



BUREAU DE L'INSPECTEUR GÉNÉRAL



Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme

Audit des subventions du Fonds mondial accordées à la République du Burundi

GF-OIG-11-003
3 août 2012

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

SOMMAIRE

RÉSUMÉ.....	3
MESSAGE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL	6
MESSAGE DE L'INSTANCE DE COORDINATION NATIONALE.....	7
CONTEXTE.....	8
OBJECTIVES, PORTÉE ET MÉTHODOLOGIE	14
GESTION DES ACHATS ET DES CHAINES D'APPROVISIONNEMENT.....	35
GESTION FINANCIÈRE DES BÉNÉFICIAIRES PRINCIPAUX.....	50
GOVERNANCE ET SUPERVISION DES PROGRAMMES	54
Annexes.....	58
Annexe 1 : Liste des acronymes.....	58
Annexe 2 : Faiblesses communes en matière de gestion financière et de contrôle interne chez tous les BP et les SB audités.....	65
Annexe 3 : TVA payée par les subventions et nécessitant remboursement	69
Annexe 4: Trop-perçus de la subvention de lutte contre le VIH du SEP-CNLS nécessitant remboursement	70
Annexe 5: Exemples de dépenses effectuées par le SEP-CNLS dans le cadre de la subvention de la Série 5	72
Annexe 6 : Exemples de dépenses effectuées par le SEP-CNLS dans le cadre des subventions des Séries 1 et 5 pour la lutte contre le VIH/sida dont les pièces justificatives sont manquantes ou inadéquates.....	73
Annexe 7 : Trop-perçus de la subvention de la Série 8 pour la lutte contre le VIH/sida octroyée à RBP+ (BP) et nécessitant remboursement	73
Annexe 8 : Dépenses sous-financées par la subvention de la Série 5 pour la lutte contre le VIH/sida, réalisées par RBP+ (SB) et nécessitant remboursement	75
Annexe 9 : Exemples de dépenses effectuées par RBP+ sans appels d'offres, dans le cadre du sous- financement de la subvention pour la lutte contre le VIH/sida	76
Annexe 10 : Réponse des Bénéficiaires Principaux et du CCM aux recommandations et au plan d'action de gestion	77

RESUMÉ

Introduction

1. Du 11 avril au 12 juin 2011, le Bureau de l'Inspecteur général (BIG) a procédé, au titre de son plan de travail pour 2011, à un audit des subventions octroyées par le Fonds mondial au Burundi. Cet audit a porté sur les dix subventions d'un montant total de 141,6 millions de dollars – dont 113,9 millions ont été dépensés – qui ont été versées de décembre 2003 (date de la première subvention) au 15 avril 2011. Les bénéficiaires principaux (BP) burundais sont deux entités du secteur public, à savoir le Secrétariat exécutif de la Commission nationale de lutte contre le sida (SEP-CNLS) et le Programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT), et deux organisations de la société civile – le Réseau Burundais des personnes vivant avec le VIH/SIDA (RBP+) et CED-CARITAS.

2. Le présent rapport contient 23 recommandations « hautement prioritaires » et 18 recommandations « prioritaires »¹. La direction s'est vue proposer 11 autres recommandations « requérant une attention particulière » en vue de remédier aux faiblesses ou cas mineurs de non-respect dans la lutte contre les maladies en question.

Action de santé publique

3. L'épidémie de VIH au Burundi s'est stabilisée. Les taux d'infection chez les groupes à risque sont en baisse ou sont restés peu élevés. L'augmentation avérée de l'utilisation des préservatifs chez les travailleuses du sexe a contribué à ce phénomène. En outre, l'accès au traitement pour les personnes vivant avec le VIH a connu un élargissement rapide. La qualité et le suivi des traitements et des soins ont été très bons, comme en témoigne le taux d'adhésion au traitement sur 24 mois de 82 % notifié à l'UNGASS en 2011. Toutefois, il existe une marge d'amélioration pour les points suivants :

- a) Les activités du secteur de la santé financées par le Fonds mondial ont été gérées comme des « projets », sans porter suffisamment d'attention à la pérennisation et au renforcement du système national de santé ;
- a) Il est nécessaire de définir des lignes directrices concernant le traitement des infections opportunistes ;
- b) La supervision des services cliniques relatifs au VIH doit être améliorée. Par exemple, les prestataires de services ont continué de procéder au dépistage du VIH malgré l'absence de tests de confirmation ;
- c) Il est nécessaire d'accroître l'utilisation des services de prévention de la transmission mère-enfant (PTME), qui s'est révélée faible.

4. On a constaté que le programme de lutte contre la tuberculose fonctionnait bien, avec des taux de détection des cas en augmentation constante, des taux de guérison élevés et de faibles taux d'abandon de traitement. Les dispensaires sont bien supervisés et les données fiables. Une évaluation menée par l'OMS en 2011 a permis de vérifier cet état de fait de manière indépendante. On a néanmoins observé une marge d'amélioration dans le diagnostic et le traitement de la tuberculose pharmacorésistante. Le schéma thérapeutique n'est pas approuvé et les services de laboratoire sont insuffisants. La sécurité des services d'hospitalisation doit également être améliorée.

¹Les recommandations sont réparties dans les catégories « hautement prioritaire », « prioritaire » et « requiert une attention particulière ». Ces catégories sont définies au paragraphe 55.

5. Le traitement du paludisme par ACT est couramment utilisé au Burundi et il est gratuit. D'autre part, de plus en plus de diagnostics de paludisme sont confirmés par microscopie ou RDT. Les moustiquaires imprégnées d'insecticide sont distribuées gratuitement dans les cliniques prénatales et les centres de vaccination, et une campagne de distribution de masse a pratiquement permis de réaliser la couverture universelle.

6. Toutefois, les liens institutionnels entre le programme financé par le Fonds mondial et le programme national de lutte contre le paludisme sont faibles. Davantage d'efforts et de ressources doivent être consacrés au renforcement et à l'appui de la capacité du programme national de lutte contre le paludisme à remplir son rôle de chef de file technique dans la riposte nationale au paludisme. En outre, le système de contrôle qualité de la microscopie appliquée au paludisme reste à améliorer, tout comme le niveau de supervision fourni par les équipes sanitaires des provinces et districts.

Gestion des achats et des chaînes d'approvisionnement

7. Le flux d'antirétroviraux est continu, sans rupture de stock importante observée au moment de la mission du BIG. Toutefois, il existe une marge d'amélioration dans les domaines suivants : (a) la coordination de la prévision, des achats et de la distribution des médicaments contre le VIH et des fournitures connexes telles que les préservatifs, (b) l'adoption de procédures officielles de surveillance et de gestion des médicaments, et (c) le renforcement des contrôles des médicaments contre les infections opportunistes et les maladies sexuellement transmissibles.

8. Les médicaments contre la tuberculose sont disponibles et la quantification et les achats sont bien gérés, avec l'aide du Dispositif mondial pour l'approvisionnement en médicaments. Le système de distribution fonctionne bien et bénéficie de l'appui des coordinateurs de province de la lutte contre la tuberculose.

9. L'approvisionnement en ACT est continu et n'a pas connu de pénurie grave depuis 2004, grâce au partenariat avec le Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF). Néanmoins, en réponse à une augmentation des cas signalés de paludisme en 2009 et 2010, le BP a commencé à rationner l'approvisionnement en ACT des établissements de santé, ce qui a entraîné des pénuries locales et l'utilisation de traitements de remplacement par la quinine.

Gestion et contrôle financiers

10. Le BIG a relevé qu'il était possible d'améliorer la gestion financière et de remédier aux faiblesses en matière de contrôle dans toutes les organisations de mise en œuvre subventionnées concernées par l'audit (BP, SB et organisations chargées de la mise en œuvre). Les principales causes de ces faiblesses communes en matière de gestion financière et de contrôle interne sont (a) un manque de personnel suffisamment qualifié pour la comptabilité dans le pays et (b) une supervision de soutien insuffisante de la part des bénéficiaires principaux auprès des entités de mise en œuvre.

11. Des tableaux figurant dans les Annexes du présent rapport indiquent qu'un montant total de 30 724 dollars doit être reversé aux subventions, principalement suite à des trop-perçus en échange de bordereaux de paiement révélés lors de l'audit.

Gouvernance et supervision des programmes

12. La CCM a la possibilité d'améliorer l'orientation stratégique et la supervision qu'elle fournit afin de garantir que les subventions du Fonds mondial sont mises en

œuvre de façon à renforcer les structures et les systèmes nationaux, dans un souci de pérennisation.

13. La CCM peut également assurer la présence d'un mécanisme fonctionnel d'audit interne afin de fournir une assurance efficace aux subventions.

14. Le Secrétariat du Fonds mondial doit veiller à la conformité totale du cahier des charges des audits externes avec les directives du Fonds mondial en matière d'audit afin de fournir une supervision efficace des subventions.

Conclusion générale

15. Les programmes financés par le Fonds mondial au Burundi ont obtenu des résultats positifs importants dans la lutte contre les trois maladies. Néanmoins, les activités du secteur de la santé des programmes de lutte contre le paludisme et le VIH ne sont pas suffisamment intégrées au système national de santé et sont souvent mises en œuvre en parallèle avec les organismes compétents du ministère de la Santé, sans accorder l'attention requise au renforcement de ces organismes.

16. Le BIG a constaté que dans l'ensemble, les médicaments sont disponibles pour le traitement du VIH et de la TB. Le rationnement des ACT fournis aux établissements de santé mis en place début 2011 a entraîné des ruptures de stock qui révèlent la nécessité de renforcer les systèmes de quantification, de suivi et de notification relatifs aux ACT.

17. Il existe une importante marge d'amélioration en matière de gestion financière. Le fait de remédier à ces faiblesses contribuera à améliorer l'environnement de contrôle dans lequel les subventions sont mises en œuvre.

18. À partir des conclusions de cet audit, le BIG ne peut pas raisonnablement garantir, auprès du Conseil du Fonds mondial, l'efficacité des contrôles mis en place à la date de l'audit dans le but de gérer tous les principaux risques encourus par les programmes et activités financés par le Fonds mondial.

Événements consécutifs à l'audit

19. Après que le BIG a fait part du rapport à la CCM et aux bénéficiaires principaux, les BP ont fourni de nouvelles informations et des clarifications qui n'ont pu être vérifiées, l'audit de terrain sur lequel s'appuie ce rapport ayant été réalisé il y a un an. Le BIG a convenu avec les BP que le Secrétariat du Fonds mondial devait demander au LFA de vérifier les informations et documents supplémentaires fournis et que les sommes à rembourser figurant aux Annexes 3 à 9 seraient ajustées, le cas échéant.

MESSAGE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL



10 YEARS
OF IMPACT

Gabriel Jaramillo, General Manager
gabriel.jaramillo@theglobalfund.org
www.theglobalfund.org

T +41 58 791 1842
F +41 58 791 1641

Chemin de Blandonnet 8
1214 Vernier, Geneva
Switzerland

Our ref: OGM/GJ/JK/2012.07.31-BURUNDI

31 July, 2012

MESSAGE FROM THE GENERAL MANAGER

I would like to thank the Office of the Inspector General for its thorough and insightful work on the audit of Global Fund grants to the Republic of Burundi.

The audit was carried out between April 11 and June 12, 2011 and covered all ten grants to Burundi, totalling at that time US\$ 141.6 million - of which US\$ 113.9 million had been disbursed from December 2003 (the inception date of the first grant) to April 15, 2011. Significant progress has been made in the fight against the three diseases, according to the audit report. Three successive Global Fund grants have contributed significantly to a rapid scale up of the HIV response in the last decade. The HIV epidemic in the country has stabilized and infection rates among groups at high risk are falling or have remained low. The tuberculosis control program was found to be performing well, with steadily increasing case detection rates, a 90.2 per cent treatment success rate, and a 4.7 per cent default rate. Malaria treatment free of charge with ACT was standard throughout Burundi; a mass distribution campaign of insecticide-treated bed nets achieved almost universal coverage.

The audit also found scope for improvement in financial management and in some programmatic aspects. Control weaknesses were identified in all grant implementing organizations audited by the Office of the Inspector General. The links between grant-funded activities and national systems are weak, and need to be strengthened by systematic integration of Global Fund supported activities. There is also a need to increase the use of HIV Prevention of Mother to Child Transmission services by the population and to improve the diagnosis and treatment of Multi-Drug Resistant tuberculosis. The audit report lists 53 recommendations to improve grants implementation in Burundi.

The report includes tables, in the Annexes, that identify a total amount of US\$ 30,724 that should be recovered, largely due to over-payments on payment vouchers. Following the completion of the audit, the Country Coordinating Mechanism and the principal recipients provided additional information and clarifications that will be verified by the Secretariat.

Audit reports by the Office of the Inspector General are an essential form of quality control for the Global Fund. The Office of the Inspector General plays an indispensable role in helping us all achieve our mission of effectively investing the world's money to save lives.

Yours sincerely



MESSAGE DE L'INSTANCE DE COORDINATION NATIONALE

REPUBLIQUE DU BURUNDI

Bujumbura, le 18/7/2012



COMITE DE COORDINATION DES SUBVENTIONS DU
FONDS MONDIAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA,
LA TUBERCULOSE ET LE PALUDISME AU BURUNDI.

CCM BURUNDI

Réf. : CCM BDI / 55 / 2012

A Monsieur John Parsons, Inspecteur
Général,
Le Fonds Mondial de lutte contre le sida,
la tuberculose et le paludisme,
Chemin de Blandonnet 8.
1214 Vernier. Genève. Suisse

Objet : Accord rapport final de l'OIG

Monsieur l'Inspecteur Général,

Nous accusons bonne réception de la version finale du rapport d'audit des subventions du Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme au Burundi, effectué durant la période d'avril à juin 2011 et vous en remercions profondément.

Ayant suivi avec attention les échanges de messages et les téléconférences entre le Bureau de l'OIG et les équipes PRs des subventions VIH (Round 1, Round 5 et Round 8) et paludisme (R2 RCC) relatifs aux observations formulées sur les annexes 3 à 9 et 11 du rapport préliminaire, le CCM Burundi a compris qu'il y aura un travail de vérification des informations et clarifications fournies par les PRs et les SRs des subventions concernées par le LFA, avant de confirmer les montants définitifs à rembourser.

Nous voudrions vous exprimer que nous sommes totalement d'accord avec le contenu de votre rapport d'audit des subventions du Fonds Mondial au Burundi effectué du 11 avril au 12 juin 2011.

Veuillez agréer, Monsieur l'Inspecteur Général, les assurances de notre haute considération.

La Ministre de la Santé Publique et de la Lutte
contre le SIDA et Présidente du CCM Burundi

Hon. Dr Sabine NTAARUTIMANA

Copie pour information à :

Membres du CCM Burundi (tous)

AR. [Signature]
Vice-Président

Avenue des Etats-Unis. Immeuble CNTS. 1^{er} étage. BP 2380 Bujumbura Burundi. Tél. +257 22 25 63 98. Fax: +257 22 25 63 96

CONTEXTE

20. Entre décembre 2003 et avril 2011, le montant total des fonds engagés par le Fonds mondial pour la lutte contre le sida, la tuberculose (TB) et le paludisme au Burundi s'est élevé à 141,6 millions de dollars US, dont 113,9 millions ont été versés à la date du 15 avril 2011. Le programme de lutte contre le VIH accapare la plus grande partie du portefeuille du Fonds mondial avec 55 pour cent des fonds engagés. Viennent ensuite le paludisme et la tuberculose qui représentent respectivement 37 et 8 pour cent. Le Fonds mondial détient un portefeuille de dix accords de subventions gérés par quatre BP, à savoir le Secrétariat exécutif du Conseil national de lutte contre le sida (SEP-CNLS), le Réseau Burundais des Personnes Vivant avec le VIH/sida (RBP+), le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) et CED-CARITAS.

21. Le SEP-CNLS est chargé de la lutte menée contre le VIH et le paludisme par le secteur public alors que RBP+ et CED-CARITAS sont respectivement en charge de la riposte au VIH et au paludisme engagée par la société civile. PNLT est responsable de la riposte nationale à la tuberculose. Le *Projet Santé Population II* du MS, financé par la Banque mondiale de 2003 à 2006, a été le BP de la subvention de la Série 2 pour le programme de lutte contre le paludisme. En 2006, lorsque le *Projet Santé Population II* s'est terminé, le SEP-CNLS a hérité de la responsabilité de la gestion du programme de lutte contre le paludisme subventionné dans le cadre Série 2, à cause d'un manque de capacité du Programme de lutte contre les maladies transmissibles et carentielles (LMTC) du Ministère de la santé en charge des actions en ce temps-là.

22. Le gouvernement du Burundi (GdB) a créé le CNLS en mars 2002 afin de mener une lutte multisectorielle contre l'épidémie du sida. Depuis 2002, la Banque mondiale finance un projet multisectoriel de lutte contre le sida (MAP) de 51 millions de dollars US, géré par le SEP-CNLS. La fin de ce projet est prévue pour juin 2011. Afin de montrer son engagement politique dans la lutte contre l'épidémie du VIH, le gouvernement du Burundi a créé, en 2002, un ministère en charge de la lutte contre le sida sous la direction du Président. Administrativement, le SEP-CNLS a été placé sous le ministère en charge de la lutte contre le sida. Le ministère en charge de la lutte contre le sida a fusionné en août 2010 avec le ministère de la santé publique afin de créer le ministère de la santé publique et de la lutte contre le sida (MSPLS).

23. Les activités du programme et les services proposés dans le cadre des programmes subventionnés sont menés dans les 17 provinces et les 45 districts du Burundi par des entités du secteur public, par la société civile, par des organisations religieuses ainsi que par des institutions du secteur privé.

Contexte du pays

24. Entre 1993 et 2005, le Burundi a souffert d'une longue guerre civile qui a entraîné de lourdes pertes de vies humaines et une migration importante de la force de travail vers l'étranger. Cela a engendré des conséquences négatives sur la capacité des institutions publiques en termes de ressources humaines, y compris au sein du système de santé publique. Les responsables des programmes ont déclaré que le maintien du personnel en poste constitue une réelle difficulté car il existe une forte concurrence entre les différentes organisations qui se disputent le peu de personnel compétent et expérimenté, afin de pouvoir mettre en œuvre les programmes subventionnés.

25. L'intégration du ministère en charge de la lutte contre le sida au sein du nouveau ministère de la santé publique et de la lutte contre le sida n'avait pas été achevée au moment de l'audit sur le terrain. De plus, le SEP-CNLS qui est le BP des subventions octroyées pour la lutte contre le VIH et le paludisme, doit actuellement faire face à des difficultés financières dues à la fin du programme MAP de la Banque mondiale, qui prend en charge les salaires du personnel principal du Secrétariat exécutif et ses frais de fonctionnement.

Accords institutionnels

Le ministère de la santé et le système de santé publique

26. Il existe 17 provinces au Burundi. Chaque province dispose d'un Bureau Provincial de Santé (BPS) en charge de la gestion, du suivi et de la surveillance de la santé publique. Chaque BPS est dirigé par un directeur médical de province qui est assisté par une équipe composée d'un coordinateur provincial TB rémunéré via la subvention et de quatre superviseurs provinciaux rémunérés par l'État, qui se consacrent à la santé reproductive, au système d'information de la gestion sanitaire, à la promotion de la santé, à l'hygiène etc.

27. Afin de décentraliser la gestion et la supervision des services de santé publique dans le pays, le gouvernement du Burundi a entamé en 2010, le processus de création de 45 Bureaux de District Sanitaire (BDS). A cette fin, le gouvernement du Burundi est soutenu par des partenaires de développement tels que l'Union Européenne² afin de développer les capacités institutionnelles d'un certain nombre de Bureaux de District Sanitaires. Chaque Bureau de District Sanitaire (BDS) est dirigé par un directeur médical de district, qui est assisté par une équipe de superviseurs en charge de la supervision des centres de santé dans le district.

28. L'Institut National de Santé Publique (INSP) qui est une institution publique au sein du ministère de la santé publique, dirige le Laboratoire National de Référence pour le VIH et la TB. Le laboratoire de l'INSP est chargé du contrôle qualité dans les domaines de la TB et du VIH dont les tests de la charge virale. D'un autre côté, le PNILP dispose d'un laboratoire pour le contrôle qualité des tests du paludisme.

29. Les services de santé pour les trois maladies sont délivrés aux trois niveaux du système sanitaire du pays dont quatre hôpitaux régionaux (troisième niveau) et 45 hôpitaux de district (second niveau) et plus de 600 centres de soins périphériques (premier niveau), ainsi que dans les centres de traitement et de test du VIH gérés par les organisations non- gouvernementales (ONG), les institutions privées et les organisations religieuses. Le Bureau de l'Inspecteur général (OIG) a enregistré, en date du mois de mai 2011, 425 sites de conseil et de dépistage du VIH, 166 sites de PTME et 95 sites/centres pour l'ART qui sont opérationnels. Environ soixante pour cent de ces sites sont gérés par des institutions religieuses ou des organisations de la société civile. Le diagnostic et le traitement de la tuberculose sont mis en œuvre dans 167 centres proposant des services de diagnostic et de traitement et 138 centres proposant uniquement des traitements. Le diagnostic et le traitement du paludisme sont réalisés dans les 600 centres de santé (CDS).

² Project Santé Plus

Programme de lutte contre le VIH : Le SEP-CNLS et RBP+

30. Depuis 2002, le SEP-CNLS est en charge de la gestion du projet multisectoriel de lutte contre le sida (MAP) financé par la Banque mondiale. Administrativement, le SEP-CNLS agit sous la supervision du MSPLS. Mais la Commission Nationale de lutte contre le sida (CNLS) est présidée par le Président du Burundi qui fait preuve d'un engagement politique de plus haut niveau en ce qui concerne la riposte nationale à l'épidémie du VIH.

31. Afin de gérer la première subvention octroyée par le Fonds mondial pour la lutte contre le VIH dans le cadre de la Série 1, le SEP-CNLS a créé une cellule de Gestion de Projets (PMU) dirigée par un coordinateur de projet national. Le coordinateur de projet national pour la lutte contre le VIH est chargé de la mise en œuvre, de la gestion et de la supervision des programmes. Il ou elle est assisté(e) d'une équipe pluridisciplinaire qui comprend du personnel pour les aspects techniques, l'approvisionnement et la gestion financière.

32. Dans le cadre du projet multisectoriel de lutte contre le sida (MAP) financé par la Banque mondiale, le SEP-CNLS a créé des comités provinciaux de lutte contre le VIH (CPLS) et des comités municipaux de lutte contre le VIH (COCOLS) afin de diriger, de coordonner et de superviser les activités décentralisées des programmes de lutte contre le VIH. Afin de souligner l'importance que le gouvernement accorde aux activités des programmes de prévention, de soins et de traitement liés au VIH, les comités provinciaux et municipaux de lutte contre le VIH sont présidés respectivement par les gouverneurs des provinces et les administrateurs des municipalités. Le SEP-CNLS a financé les activités de gouvernance et de supervision des comités de lutte contre le VIH grâce aux fonds du MAP.

33. Depuis janvier 2010, le Réseau Burundais des Personnes vivant avec le VIH/sida (RBP+) est devenu le BP de la société civile de la subvention de la 8e Série consacrée à la lutte contre le VIH. Il se consacre aux activités du programme de prévention du VIH et à l'assistance aux personnes vivant avec le VIH/sida et les orphelins et les enfants vulnérables (OEV) affectés par la maladie.

Programme de lutte contre le paludisme : Le SEP-CNLS et CED-CARITAS

34. En 2005, la CCM a sélectionné le SEP-CNLS en tant que BP de la subvention de lutte contre le paludisme octroyée par le Fonds mondial dans le cadre de la Série 2, à cause de l'incapacité de l'entité en charge des programmes de lutte contre le paludisme dans le pays. Le Programme national intégré de lutte contre le paludisme (PNILP) a été créé par le ministère de la santé en janvier 2009.

35. Afin de faciliter la gestion et la mise en œuvre du programme de lutte contre le paludisme ayant reçu la subvention, le SEP-CNLS a créé une cellule de Gestion de Projets (PMU) dirigée par un coordinateur de projet national pour la lutte contre le paludisme, qui établit son rapport pour le Secrétariat exécutif SEP-CNLS. Le coordinateur du projet du Fonds mondial pour la lutte contre le paludisme est chargé de la mise en œuvre, de la gestion et de la supervision des activités des programmes menées dans le cadre de la subvention. Le coordinateur est assisté d'une équipe pluridisciplinaire qui comprend du personnel pour les aspects techniques, l'approvisionnement et la gestion financière.

36. CED-CARITAS est le BP de la société civile pour la prévention contre le paludisme. Il a lui aussi un Groupe de Gestion de Projets dirigé par un coordinateur de

projet technique, assisté d'une petite équipe pour les aspects techniques et la gestion financière. Le coordinateur de projet est chargé des comptes-rendus auprès du Directeur des programmes de CARITAS. Il y a cinq SB. Entre février et mars 2011, il a travaillé en étroite collaboration avec les institutions gouvernementales locales et avec 67 organisations communautaires sélectionnées, afin de mener une vaste campagne de sensibilisation et de distribution de 2,5 millions de MILD dans le but d'atteindre la couverture universelle en termes d'utilisation des moustiquaires au Burundi.

Programme de lutte contre la Tuberculose : Le PNLT

37. Afin de gérer et de mettre en œuvre les programmes de lutte contre la tuberculose, le PNLT a une PMU dirigée par un coordinateur de projet national qui transmet ses rapports au Directeur du PNLT, le BP essentiel. Le coordinateur de projet national est assisté d'une petite équipe pour les aspects techniques, l'approvisionnement et la gestion financière. Les prestations de services liées à la tuberculose sont menées dans les centres de diagnostic et de traitement de la tuberculose.

Dispositions en matière de GAS

38. Au Burundi, chaque programme est responsable de son approvisionnement en médicaments, en fournitures sanitaires, en équipement médical ainsi qu'en produits non-médicaux approuvés par le plan de GAS. A cette fin, dans chaque groupe de gestion de projet, une (ou deux) personne(s) de l'équipe est responsable des achats. Le rôle de la Centrale d'achat de Médicaments du Burundi, appelée CAMEBU, se limite donc à la réception, à la gestion des stocks et à la distribution de médicaments, de fournitures médicales et de produits de laboratoire pour le compte des programmes. Depuis janvier 2010, la CAMEBU a fait l'acquisition du logiciel de gestion des stocks SAGE afin de gérer les stocks de médicaments et de fournitures médicales. Le DFID apporte une assistance technique à la CAMEBU pour la GAS.

39. A cause de l'insuffisance des infrastructures de transport, la CAMEBU ne livre pas les médicaments et les fournitures médicales pour les programmes aux pharmacies de district. Les pharmacies de district récupèrent auprès de la CAMEBU, les ACT, les ARV, les médicaments antituberculeux et les médicaments pour les infections opportunistes (OI) qu'elles ont demandés et qui ont été approuvés par les PMU. A son tour, les centres de prestations de services collectent les médicaments et les fournitures médicales auprès des pharmacies de district, qui n'ont pas non plus la capacité de livrer les centres de santé.

40. Les achats de MILD réalisés dans le cadre du programme de lutte contre le paludisme subventionné par la série 9 du Fonds mondial ont été effectués par la PMU pour la lutte contre le paludisme, par le biais du mécanisme d'approvisionnement groupé volontaire (VPP). PSI était chargé du stockage, de la logistique et de la gestion des stocks y compris du transport des MILD vers les points de distribution au niveau des municipalités.

41. Depuis 2005, Le Dispositif mondial pour l'approvisionnement en médicaments (GDF) fait don des médicaments de première intention contre la tuberculose. Mais depuis 2011, l'achat des médicaments de première intention contre la tuberculose est budgétisé dans la subvention de la série 7 du Fonds mondial octroyée pour la lutte contre la TB. L'approvisionnement en médicaments de seconde intention contre la tuberculose MDR est financé par le gouvernement du Burundi.

Gestion financière des Bénéficiaires principaux

42. Les quatre BP audités, à savoir, le Secrétariat Exécutif de la Commission Nationale de lutte contre le sida (SEP-CNLS), le Réseau Burundais des Personnes vivant avec le VIH/sida (RBP+), le Programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT), et CED-CARITAS sont responsables de la gestion adéquate des systèmes, processus et contrôles financiers qui permettront d'assurer une gestion financière solide des subventions des fonds.

Audits annuels indépendants des subventions auprès des bénéficiaires principaux

43. Selon les accords de subvention signés entre le Fonds mondial et les BP, chaque subvention doit être soumise à un audit annuel réalisé par un auditeur indépendant. L'OIG a examiné la conformité des bénéficiaires principaux par rapport à cette exigence et l'efficacité des audits réalisés par des auditeurs externes.

La CCM

44. La CCM du Burundi a été reconstituée en avril 2010 avec l'aide de Grant Management Solutions (GMS). L'OIG a évalué la mesure dans laquelle la CCM du Burundi se conformait aux directives du Fonds mondial et l'efficacité avec laquelle elle exécutait sa fonction de superviseur. Selon les directives du Fonds mondial, la CCM a la responsabilité finale de la supervision des subventions et de toutes les activités des programmes subventionnés. Depuis 2007, la CCM du Burundi a reçu du Fonds mondial un soutien financier direct totalisant 169 000 dollars US. Le GdB a également aidé la CCM à acquérir des fournitures de bureau et de l'équipement pour son secrétariat et a financé une retraite pour la CCM en 2010.

L'Agent local du Fonds

45. L'ALF au Burundi est PricewaterhouseCoopers (PwC) Maurice depuis le début des subventions en 2003. PwC Maurice n'a aucun bureau au Burundi. Le cabinet dispose d'une équipe de spécialistes financiers et de consultants de programmation basés en dehors du pays. Les membres de l'équipe de l'ALF se rendent dans le pays pour fournir les services en tant qu'ALF, en suivant un programme déterminé et planifié en accord avec les BP. L'OIG a évalué l'efficacité des prestations de services de supervision assurées par l'ALF au Burundi. Les services de supervision principaux assurés par l'ALF comprennent les évaluations initiales et régulières de la capacité des BP préalablement à la signature de la subvention ; la vérification de la mise en œuvre, qui est semestrielle dans le cas du Burundi ; l'évaluation des BP après les deux premières années de mise en œuvre de la subvention ; l'évaluation des achats ; l'évaluation des sous-bénéficiaires ; et la vérification des données sur site.

Le Secrétariat du Fonds Mondial

46. Suite au lancement des subventions, le Secrétariat du Fonds Mondial est tenu de s'assurer que les subventions affichent de bonnes performances en matière de suivi ordinaire, d'évaluations et d'examen périodiques ainsi que de versements dans les délais des fonds aux bénéficiaires de subventions. L'OIG a évalué l'efficacité du Secrétariat du Fonds Mondial dans son rôle de supervision.

Les partenaires de développement

47. La riposte nationale pour combattre ces trois maladies est soutenue par d'autres partenaires de développement, notamment l'UNICEF, l'OMS, USAID et ses partenaires techniques. Le programme de lutte contre le paludisme est principalement soutenu par l'UNICEF (distribution régulière de moustiquaires pour les femmes enceintes) et par USAID à travers ses partenaires techniques (ACT et kits de test du paludisme pour les traitements antipaludiques à domicile réalisés par les professionnels de la santé communautaires). La Croix-Rouge du Burundi était directement impliquée dans la distribution de masse des MILD.

OBJECTIVES, PORTÉE ET MÉTHODOLOGIE

48. Les objectifs de l'audit étaient de (a) évaluer l'efficacité et l'efficience de la gestion et du fonctionnement des subventions; (b) évaluer la capacité des systèmes, des politiques et des procédures existants à préserver les ressources du Fonds mondial; (c) confirmer la conformité des bénéficiaires des subventions par rapport aux accords de subvention du Fonds mondial, aux politiques et procédures associées et aux lois nationales concernées; (d) identifier tout risque auquel pourraient être exposées les subventions et évaluer la pertinence des mesures prises pour réduire ces risques; et (e) élaborer des recommandations pour renforcer la gestion des programmes subventionnés, à partir des objectifs décrits ci-dessus.

49. Les cinq domaines suivants étaient couverts: (i) gestion de programmation; (ii) gestion des achats et de la chaîne d'approvisionnement; (iii) gestion fiduciaire; (iv) supervision des programmes au sein du Burundi; (v) supervision des programmes par le Secrétariat du Fonds mondial. Par conséquent, l'OIG a déployé une équipe pluridisciplinaire comprenant un spécialiste de la santé publique, un professionnel de la gestion des achats et des stocks ainsi que des spécialistes de l'audit.

50. La portée de l'audit a couvert les programmes subventionnés par le Fonds mondial suivants:

Maladie et Série	Bénéficiaire Principal	N° de la subvention	Montant de la subvention (USD)	Montant décaissé (USD)
VIH Série 1	SEP-CNLS	BRN-102-G01-H	8 657 000	8 657 000
VIH Série 5	SEP-CNLS	BRN-506-G04-H	32 353 173	30 701 809
VIH Série 8	SEP-CNLS	BRN-809-G07-H	22 885 179	9 087 521
VIH Série 8	RBP+	BRN-809-G08-H	13 904 412	7 794 008
		Sous-total	77 799 764	56 240 338
Paludisme Série 2	Projet Santé Population II (MS)	BRN-202-G02-M	16 568 331	16 568 331
Paludisme Série 2	SEP-CNLS	BRN-202-G05-M	22 521 552	18 853 100
Paludisme Série 9	SEP-CNLS	BRN-910-G09-M	11 947 329	11 947 329
Paludisme Série 9	CED CARITAS	BRN-910-G10-M	1 709 069	2 321 672
		Sous-total	52 746 281	49 690 432
Tuberculose Série 4	PNLT	BRN-405-G03-T	3 381 665	3 225 782
Tuberculose Série 7	PNLT	BRN-708-G06-T	7 675 089	4 769,069
		Sous-total	11 056 754	7 994 851
Totaux			141 602 799	113 925 622

Tableau 1 : Subventions du Fonds mondial octroyées au Burundi et auditées par l'OIG (Source : Site Internet du Fonds Mondial, avril 2011)

51. L'audit a couvert les programmes subventionnés par le Fonds mondial listés ci-dessus, en cours de mise en œuvre par les quatre BP, ainsi qu'un certain nombre de leurs SB et de leurs partenaires de mise en œuvre. L'audit a sondé une partie des opérations à partir du début des programmes subventionnés en 2003 jusqu'au 31 mars 2011.

52. Pour mener à bien son travail, l'OIG a utilisé les approches suivantes : entretiens avec le personnel chargé des programmes et des aspects financiers au sein des principaux bénéficiaires; révision des documents, des rapports de suivi et de supervision, des plans de mise en œuvre et des plans d'approvisionnement des programmes subventionnés ; examen des documents justificatifs pour les dépenses réalisées dans le cadre des subventions ainsi que des rapports de progrès des programmes et des rapports financiers.

53. En plus des sondages de l'audit réalisés au niveau national/central, l'équipe de l'OIG a visité les sites des programmes situés au niveau des provinces, des districts et de la périphérie, dans quatre provinces. Lors des visites sur le terrain, l'équipe de l'OIG a effectué des sondages et formulé des observations dans les hôpitaux de province et de district, les pharmacies de district et les centres de santé. L'équipe de l'OIG a également visité les programmes mis en œuvre par la société civile et les organisations religieuses en matière de soins, de prévention et de soutien aux patients, et a organisé des réunions avec les groupes de discussion des bénéficiaires des programmes.

55. Les recommandations de l'audit ont été hiérarchisées de manière à aider les responsables à décider de l'ordre de mise en œuvre des recommandations. La mise en œuvre de toutes les recommandations de l'audit est essentielle à l'atténuation des risques et au renforcement de l'environnement de contrôle interne dans lequel les programmes sont déployés. La catégorisation des recommandations est la suivante:

i. Hautement prioritaire : problème matériel, déficience intrinsèque au niveau du contrôle ou non-conformité qui, si elles ne sont pas efficacement prises en compte, peuvent présenter un risque important et être extrêmement nuisibles aux intérêts de l'organisation, affaiblir de façon significative le contrôle interne ou menacer la réalisation des buts et objectifs. Elles requièrent l'attention immédiate des hauts responsables.

ii. Prioritaire : une déficience au niveau du contrôle ou une non-conformité au sein du système expose à un risque significatif. L'attention des responsables est donc requise pour remédier à cette situation dans un délai raisonnable. Si ce problème n'est pas traité, il pourrait nuire aux intérêts de l'organisation, affaiblir le contrôle interne ou compromettre l'atteinte des buts et objectifs.

iii. Requiert une attention particulière : il existe une légère déficience au niveau du contrôle interne ou une non-conformité mineure au sein du système, qui requiert une correction adaptée dans un délai raisonnable. L'adoption de « meilleures pratiques » améliorerait ou consoliderait la gestion des systèmes, des procédures et des risques au profit de l'organisation.

QUALITÉ, SUIVI ET ÉVALUATION DES PROGRAMMES-METHODOLOGIE

Programme de lutte contre le VIH

La riposte au VIH au Burundi a rapidement évolué au cours de la dernière décennie. Trois subventions consécutives du Fonds mondial ont contribué de manière significative à ce développement. Cependant, les faibles liens qui existent entre les activités financées par les subventions et les systèmes nationaux ont tendance à inquiéter. Il est aujourd'hui urgent que les BP se concentrent sur une intégration systématique des activités soutenues par le Fonds mondial et sur le renforcement des systèmes de santé et des systèmes communautaires.

Le VIH au Burundi

56. L'historique de l'épidémie de VIH au Burundi est marqué par une expansion rapide dans les années 1980 atteignant des taux d'infection de plus de 20 pour cent à Bujumbura. Une série de trois enquêtes nationales menées en 1989, 2002 et 2007 a décrit une baisse progressive des taux d'infection du VIH dans les zones urbaines et semi-urbaines jusqu'à des niveaux inférieurs à cinq pour cent en 2007 tandis que la prévalence dans les zones rurales a été multipliée par trois atteignant près de trois pour cent². Puisque la population du Burundi est essentiellement rurale, ces tendances indiquent que le nombre de personnes vivant avec le VIH a continué d'augmenter jusqu'au début du siècle où il a atteint un palier. Le rapport UNGASS du Burundi de 2010 estime le nombre total de personnes vivant avec le VIH à 230 000^{3 4}.

57. Les enquêtes sur le comportement et la séroprévalence parmi les personnes à haut risque d'infection par le VIH ont été menées en 2007 et en 2011. L'enquête de 2011 menée parmi les professionnelles du sexe a indiqué une prévalence de 20 pour cent, ce qui correspond à une baisse majeure par rapport aux 38 pour cent enregistrés en 2007. Une première enquête menée en 2011 parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes a indiqué une prévalence de 2,4 pour cent, un résultat qui se situe dans la fourchette de la séroprévalence générale du VIH au Burundi. Un résultat similaire (2,7 %) a été enregistré parmi la population carcérale et on compte 1,4 pour cent parmi les travailleurs migrants. On constate un très faible taux de séroprévalence parmi les travailleurs en uniforme (0,25 %)⁵.

La riposte nationale au VIH

58. Le Conseil National de Lutte Contre le Sida (CNLS) poursuit sa seconde stratégie de lutte contre le VIH tout en travaillant à la rédaction de la troisième. Dans le cadre des deux premières stratégies, celle de 2002-2006 et celle de 2007-2011, la riposte au VIH s'est développée rapidement, propulsée par un fervent engagement de la part de la société civile

2 Les résultats des trois enquêtes ne sont pas à comparer à la lettre car ils ont utilisé des groupes d'âge différents. La baisse de la prévalence du VIH est inférieure à ce que suggèrent les statistiques. Il s'agit cependant d'une réelle baisse.

3 Gelmon et al. Synthèse sur l'épidémie du VIH et la réponse politique et programmatique. SEP/CNLS et Banque mondiale ; juillet 2010

4 Rapport UNGASS Burundi 2010

5 Arc Ingénierie. Enquête de séroprévalence et socio-comportementale du VIH focalisée sur les groupes à plus haut risque ; Rapport de biologie (Ébauche) avril 2011

Les principales sources du soutien financier international de ce développement proviennent de deux subventions successives de la Banque mondiale et de subventions du Fonds mondial dans le cadre des Séries 1, 5 et 8. Le nombre de sites de dépistage du VIH, de prévention de la transmission périnatale du VIH (PTME) et de traitement du VIH ont rapidement augmenté. En mai 2011, 425 sites de conseils et de dépistage du VIH étaient opérationnels, 166 pour la PTME et 95 pour l'ART. Au moins la moitié de ces sites se situe dans des centres de santé confessionnels alors que l'autre moitié se trouve dans des cliniques et des hôpitaux publics ainsi que dans des cliniques mobiles et des sites de dépistage de la société civile. Le nombre de personnes recevant une thérapie antirétrovirale est passé de 600 en 2002 à près de 23000 fin 2010.⁶ Bien que cette augmentation soit impressionnante, cela ne représente qu'un tiers du nombre estimé de personnes nécessitant un traitement antirétroviral. Le taux de survie sous thérapie et d'observance du traitement 24 mois après le démarrage d'une ART s'élève de manière impressionnante à 82 pour cent, ce qui indique des prestations de services et un soutien de bonne qualité.⁷

Prestations de services

Constats généraux

59. Les services de prévention, traitement et soins liés au VIH ont été soutenus par trois subventions successives du Fonds mondial depuis 2003. En 2010, le budget de transition entre la subvention de la Série 5 et celle de la Série 8 a été plus restreint que prévu à cause du retard pris à la signature de l'accord de subvention de la Série 8. Par conséquent, un certain nombre de services essentiels pour les personnes vivant avec le VIH n'ont pas reçu de financement pendant trois mois entre décembre 2010 et mars 2011. Il s'agissait des salaires et des frais de fonctionnement des cliniques de la société civile ainsi que le remboursement des soins médicaux pour les personnes sous ART dans les hôpitaux publics et confessionnels. Fin mai 2011, les centres visités par l'OIG et le personnel interrogé n'avaient reçu aucun paiement depuis novembre 2010. Des accords de contribution, rétroactifs au 1er avril, étaient en préparation et le gouvernement a annoncé publiquement qu'il financerait l'interruption mais aucun engagement formel n'a été pris.

60. L'audit programmatique de la subvention de la Série 8 du Fonds mondial a constaté la faiblesse des liens institutionnels et administratifs des activités du secteur de la santé avec les systèmes et les structures du ministère de la santé publique (MSPLS). Nous ne présenterons que trois exemples pour illustrer ce propos :

a) La cellule du MSPLS chargée de la mise en œuvre de la riposte au VIH au sein du secteur de la santé est l'USLS (Unité Sectorielle de Lutte contre le sida). Jusqu'à 2009, en collaboration avec le personnel du district, l'USLS a mené des missions régulières de supervision des sites proposant des services liés à la lutte contre le VIH.

En 2010, le CNLS a transféré le budget de supervision auprès des bureaux de province et de district. L'OIG n'a trouvé aucune trace (rapport ou registre) d'une supervision des services cliniques réalisée après 2009.

⁶ Base de données CNLS (fournie à l'OIG le 05/03/2011)

⁷ Données du rapport UNGASS – Ébauche mars 2011

b) En 2006, le Burundi a instauré un système de financement du secteur de la santé, basé sur la performance, qui couvre aujourd'hui la totalité du pays. La quantité et la qualité des prestations de services réalisés par tous les centres de soins sont étroitement surveillées et les centres sont financés en fonction. Des systèmes et des structures sont en place afin de vérifier les données jusqu'aux registres des patients. Pourtant, le CNLS a adopté un système parallèle de financement des services par un tiers pour les personnes sous ART, par le biais de contrats individuels avec environ 400 centres de santé. Le «financement d'un ensemble de services» décrit dans la proposition au Fonds mondial est différent. La mise en œuvre actuelle semble conduire à un schéma d'assurance maladie administré par le CNLS pour les personnes sous ART, qui existe parallèlement au système de financement basé sur la performance du MSPLS. L'OIG a constaté que le système de remboursement des services de traitement du VIH auprès des centres de traitement du VIH était inefficace ainsi que difficile à vérifier et à contrôler.

c) Les services liés au VIH dispensés dans les centres visités par l'OIG étaient assurés en grande partie par un groupe de « médiateurs de santé » employés directement par les BP (anciennement le CNLS, aujourd'hui RBP+). Il existe actuellement 240 médiateurs de santé sous contrat. Ils sont infirmiers/infirmières, psychologues et autres professionnels. Dans la plupart des centres, les médiateurs de santé assuraient tous les aspects des soins VIH, depuis le conseil jusqu'au travail de laboratoire, l'administration des médicaments, la tenue des registres et l'enregistrement des données électroniques. Ils ne sont pas liés au service public et dans de nombreux hôpitaux importants (par exemple l'hôpital militaire à Bujumbura), les services VIH ne pouvaient pas être maintenus sans la présence des médiateurs de santé. Il ne s'agit pas d'un risque uniquement théorique. A la date de la mission de l'OIG, les médiateurs de santé n'avaient pas reçu de salaire depuis cinq mois.

Prévention du VIH

61. Les programmes de prévention examinés par l'OIG regroupaient des programmes ciblés à destination des professionnelles du sexe, des prisonniers et des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ainsi que des activités destinées à des populations plus larges comme la sensibilisation au VIH dans les écoles et la distribution de préservatifs par le biais des réseaux d'agents communautaires.

62. Les résultats préliminaires de l'enquête de 2011 sur les comportements et la séroprévalence au sein des groupes exposés à un risque élevé d'infection, indiquent que les programmes de prévention ciblés sont efficaces car ils engendrent une augmentation de l'utilisation des préservatifs et une baisse de la prévalence du VIH. Les informations relatives au VIH, en ce qui concerne la population générale, étaient issues de l'enquête démographique et sanitaire de 2010. Les résultats n'étaient pas disponibles à la fin de l'audit de l'OIG mi-juin 2011.

Dépistage et conseil en matière de VIH (DCV)

63. Le Burundi a adopté des directives nationales pour le dépistage et le conseil en matière de VIH en février 2011 mais celles-ci n'ont pas encore été mises en œuvre. Tous les centres de santé visités par l'OIG proposaient des services de DCV. 14 de ces 18 centres ont connu des ruptures de stock de tests de confirmation du VIH pendant une période de deux à trois mois parce que la production du test approuvé par

l'algorithme national été progressivement abandonnée par le fabricant. Le CNLS a reçu cette information en décembre 2009. C'est seulement en mai 2011, après que les stocks de tests de la plupart des centres s'étaient épuisés, qu'un comité d'experts s'est réuni pour recommander un nouveau test. Fin mai 2011, ces tests n'avaient toujours pas été obtenus.

64. A l'exception de trois centres visités (Nouvelle Espérance, l'hôpital de Ngozi et le centre de soins de Kinama), tous les centres ont continué à réaliser les tests sans confirmer les résultats en cas de dépistage positif. Les instructions visant à faire cesser les tests de dépistage lorsque la confirmation est impossible existent bien dans les rapports de supervision 2009 de l'USLS mais elles ne sont pas observées par la plupart des centres.

65. Tous les centres étaient pourvus de conseillers formés et qualifiés, souvent des médiateurs de santé qui ont été psychologues professionnels. La plupart des services respectaient les normes nationales relatives à la confidentialité et au respect de la vie privée lors des processus de conseil et de test. Trois cas de non-respect seulement ont été constatés lors de la mission de l'OIG⁸.

Traitement des infections sexuellement transmissibles (IST)

66. L'objectif avancé dans la proposition soumise au Fonds mondial lors de la Série 8 était la fourniture de médicaments pour le traitement des IST dans tous les centres de santé. Le budget de la subvention de la Série 8 inclut une provision pour traiter 15 000 patients chaque année. Le plan d'achats ne fait pas mention d'un approvisionnement en médicaments pour traiter les IST. Au lieu de cela, ces médicaments sont mêlés à la liste des médicaments destinés aux infections opportunistes.

67. Dans tous les centres de santé visités par l'OIG, les médicaments pour traiter les IST doivent être payés par les patients. Il n'existe aucune politique nationale destinée à dispenser les utilisateurs de payer pour le traitement des IST. Aucune des cliniques de consultation externe visitées ne disposait de médicaments contre les IST financés par le Fonds mondial.

68. Au lieu de cela, l'OIG a observé de grandes quantités d'antibiotiques pour le traitement des IST mêlés aux médicaments destinés à traiter les infections opportunistes dans les pharmacies des centres de traitement du VIH. Ces médicaments sont administrés gratuitement aux patients sous ART exclusivement et aux femmes suivies dans le cadre d'un protocole de PTME. La clinique VIH de l'hôpital du district de Muramvya disposait par exemple de suffisamment d'antibiotiques spécifiques pour traiter plus de 100 cas de blennorragie. L'hôpital prend actuellement en charge 218 patients sous ART et il a enregistré 2 cas d'IST au cours du premier trimestre 2011⁹.

Prévention de la transmission mère-enfant (PTME)

69. Selon les données sanitaires nationales, environ 30 pour cent des femmes qui fréquentaient les cliniques prénatales ont effectué un dépistage du VIH en

⁸ CHUK, Hôpital militaire et Hôpital de Muramvya

⁹ Rapport CPLS Muramvya 1er trimestre 2011

2010¹⁰. Le CNLS a rapporté que 2 662 mères séropositives au VIH ont accouché en 2010 dans le cadre protecteur du protocole de PTME. Cela correspond à seulement 16 pour cent environ du nombre estimé de femmes nécessitant ce service. Cela suggère qu'un nombre important de femmes qui ont été testées positives au VIH et qui connaissent leur séropositivité, ne bénéficient pas de la PTME lors de l'accouchement.

70. Le personnel interrogé dans les centres visités par l'OIG connaissait le protocole national de la PTME, fournissait des services de conseil et de dépistage de qualité (lorsque les tests étaient disponibles) et réalisait un suivi auprès des femmes après leur accouchement. Dans toutes les cliniques prénatales visitées, l'acceptation par les femmes, du dépistage du VIH et des conseils prodigués, avait atteint une proportion élevée, généralement au delà de 80 pour cent. Selon les observations de l'OIG, beaucoup de femmes qui ont été dépistées et conseillées au cours des soins prénatals ne sont plus suivies à partir du moment où elles sont admises en salle de travail/d'accouchement¹¹.

71. Cependant, les services de maternité dans les hôpitaux qui proposent des services de PTME, ne connaissaient pas l'état sérologique de la majorité des femmes qui accouchaient. Le traitement aux ARV a uniquement été administré aux femmes qui ont elles-mêmes déclaré leur séropositivité. Une liste de ces femmes était conservée dans un registre séparé. Les informations sur l'état sérologique de toutes les autres femmes admises dans le service d'accouchement obstétrique n'étaient pas disponibles.

Soins médicaux pour les personnes vivant avec le VIH

72. Les soins médicaux pour les personnes vivant avec le VIH sont prodigués gratuitement, mais uniquement une fois qu'ils ont entamé le traitement antirétroviral. Dans toutes les réunions des groupes de discussion, les participants se sont plaints du coût élevé des soins médicaux. Ils reçoivent apparemment certains médicaments gratuitement mais repartent souvent avec une longue ordonnance de médicaments complémentaires qu'ils doivent acheter à la pharmacie de l'hôpital.

73. Dans les centres de traitement du VIH visités par l'OIG, les traitements antirétroviraux de première et deuxième intention étaient administrés selon les normes nationales. Bien qu'il y ait eu des ruptures de stock de combinaisons d'ARV à dose fixe, les médicaments étaient généralement disponibles. La thérapie prophylactique par co-trimoxazole était disponible partout. Aucun résultat d'examen de la charge virale n'a été trouvé dans les dossiers médicaux examinés. Des résultats de numérations de CD4 ont été retrouvés dans les dossiers mais l'intervalle entre les résultats enregistrés variait entre un et trois ans. Les compteurs de CD4 étaient tous en fonctionnement dans les laboratoires visités et les réactifs étaient disponibles.

74. Un dépistage de la tuberculose est réalisé par des médecins au moment de l'admission dans le service de soins du VIH. Il n'existe pas d'outil de dépistage systématique. Tous les médecins ont déclaré utiliser les rayons X pour réaliser des radiographies des poumons mais aucun résultat de ces radiographies, ni note à ce propos n'a été retrouvé dans aucun des dossiers médicaux examinés.

¹⁰ 103 800/348 495 (rapport CNLS et Statistiques annuelles EPISAT 2010)

¹¹ Ces observations sont basées sur un petit échantillon d'hôpitaux qui prennent néanmoins en charge un grand nombre d'accouchements obstétricaux.

Au moment de l'examen d'admission, les patients ne sont pas encore sous ART et doivent donc payer pour la radiographie qui est bien souvent inabordable pour eux. Un outil de dépistage de la TB a été intégré dans le nouveau formulaire d'admission mais il n'a pas encore été mis en place.

75. Les dossiers médicaux étaient généralement très mal tenus. Les dossiers des patients étaient soit constitués d'une pagaille désordonnée de feuilles volantes (ex : hôpital de Gitega), soit ne contenaient aucune autre information qu'un formulaire d'admission partiellement rempli et une liste de renouvellements d'ordonnances (hôpital de Muramvya). Cela avait déjà été consigné dans les rapports de supervision de l'USLS en 2009.

76. Il n'existe aucune directive pour le diagnostic et le traitement des infections opportunistes (IO). A la question de savoir ce qui était enregistré comme une IO et ce qui avait droit à un traitement gratuit, les réponses étaient dans tous les cas contradictoires. Toutes les pharmacies des cliniques de soins du VIH disposaient de stocks déséquilibrés de médicaments identifiés comme « médicaments pour les IO ». Elles étaient par exemple confrontées à des ruptures de stock de médicaments couramment utilisés pour traiter les IO tels que l'Acyclovir mais disposaient de grandes quantités de tel ou tel antibiotique. L'exemple le plus frappant concerne l'hôpital de Muramvya où la clinique de soins du VIH (traitant 218 patients) disposait d'un stock de 23 000 capsules de 500 mg de cloxacilline, assez pour traiter 600 infections bactériennes cutanées. A l'hôpital de Gitega et dans de nombreux autres centres de santé, l'OIG a relevé de grandes quantités de Ciprofloxacine, un antibiotique généralement utilisé pour soigner les infections intestinales et l'écoulement urétral.

Soutien psychologique, social et nutritionnel pour les personnes affectées par le VIH

77. Les activités menées pour le soutien psychologique et social sont essentiellement réalisées dans le cadre de l'accord signé avec le BP RBP+, un accord qui comprend également l'objectif de « renforcement des systèmes communautaires » inclus dans la subvention du Fonds mondial de la Série 8 pour la lutte contre le VIH. La mission de l'OIG a trouvé que les systèmes, les procédures et les outils du BP destinés à la supervision, la surveillance et la collecte des données, étaient de bonne qualité et appliqués de manière systématique.

78. L'OIG a visité les bureaux de huit organisations communautaires impliquées dans la prestation de services de soutien social et a conduit six réunions avec des groupes de discussions constitués de personnes vivant avec le VIH ou de personnes affectées par le VIH. L'information recueillie a été similaire dans toutes les réunions.

79. Les activités soutenues par le Fonds mondial sont restreintes par un système trop tendu de rationnement des contributions, système qui ne permet pas de répondre aux besoins réels et qui affecte les résultats de manière négative. Afin d'illustrer ce propos, nous ne présentons qu'un des divers exemples que l'OIG a rassemblés:

Des activités de génération de revenus sont mises en œuvre à Karusi par une organisation de développement agricole compétente à travers la mise à disposition de bétail (chèvres et vaches). Cette organisation dispose d'une équipe de vétérinaires et de vulgarisateurs agricoles, destinée à soutenir des programmes financés par d'autres sources.

Cependant, pour le programme financé par le Fonds mondial, cette organisation est restreinte à l'organisation d'un séminaire de formation de 3 jours suivie de la mise à disposition des animaux. Bien que plusieurs bénéficiaires aient déclaré que leurs animaux étaient morts, le contrat du SB ne prévoit aucune prestation de suivi ni des services vétérinaires nécessaires. L'organisation a la capacité d'apporter une réponse, mais n'en a ni les moyens ni le mandat.

80. Le système de rationnement des contributions (nourriture, formation, etc.) est inefficace et a un effet négatif sur la rentabilité. La répartition, la distribution et le contrôle des moindres services (ex : rations individuelles de nourriture distribuées à pied vers des habitations reculées au sommet d'une colline¹²), revient très cher en termes de ressources humaines, ce qui est généralement sous-évalué et insuffisamment budgétisé. Tous les organismes chargés de la mise en œuvre qui ont été interrogés par l'OIG rencontraient des difficultés à atteindre leurs objectifs de prestations de services. Leurs subventions ne laissent aucune marge qui aurait pu contribuer à leur propre développement institutionnel, c'est-à-dire au «renforcement des systèmes communautaires».

81. L'aide alimentaire est fournie pendant une période déterminée à des cohortes fermées strictement contrôlées. A titre d'exemple, une personne nouvellement placée sous ART peut recevoir une aide alimentaire pendant neuf mois, un enfant né d'une mère séropositive au VIH pendant six mois, etc. Les organismes chargés de la mise en œuvre subissent une certaine pression quant à leur performance, qui les pousse à pourvoir leur cohorte rapidement, au début de leur contrat annuel. La performance est uniquement mesurée par rapport aux cohortes achevées. Toute personne qui tomberait malade après la constitution des cohortes, même si ses besoins étaient importants, n'aurait simplement pas de chance. Il est incompréhensible qu'un tel système ait pu être conçu. L'aide alimentaire est généralement suivie par rapport aux services fournis aux personnes/mois. Dans notre cas, un indicateur de suivi inhabituel dénature la prestation de services.

Suivi et évaluation

Cadres de performance

82. Les cadres de performance pour la subvention de la Série 8 destinée à la lutte contre le VIH, comprend cinq indicateurs de haut niveau (impact/réalisations), 13 indicateurs de résultats/processus pour le BP gouvernemental et 10 indicateurs résultats/processus pour le BP de la société civile. L'examen détaillé de ces cadres, les résultats enregistrés jusqu'à décembre 2010 et l'évaluation de ces résultats par l'ALF sont disponibles.¹³ L'OIG a identifié plusieurs problèmes dont le détail est présenté ci-dessous pour les quatre plus importants:

a) Le calcul de l'indicateur d'impact pour la transmission mère-enfant du VIH (enregistré à 2,5 %) est invalide car il s'agit des résultats de toutes les recherches d'antigène sur les nourrissons au cours de l'année. Les tests négatifs étant répétés deux fois selon les exigences du protocole national, les résultats sont largement biaisés à la faveur des résultats négatifs

b) L'indicateur enregistré sur la distribution de préservatifs ne comptabilise que les mouvements des préservatifs depuis l'entrepôt de stockage central vers les provinces, ce qui ne fournit pas de véritables informations sur la distribution des préservatifs¹⁴. Les entretiens de l'OIG avec les professionnelles du sexe et les organisations communautaires font ressortir que le taux d'utilisation des préservatifs féminins est très

faible et que la distribution de préservatifs féminins est rassemblée à la fin de la chaîne.

c) L'indicateur de dépistage du VIH parmi les femmes enceintes n'est pas représentatif (bien qu'il soit calculé en conformité avec le plan de SetE). La mesure de la performance doit représenter la proportion de femmes enceintes ayant subi un dépistage et reçu ses résultats. Le dénominateur doit donc être le nombre de femmes qui ont été enregistrées en soins prénataux, à savoir 348 495 en 2010, ce qui place le taux de performance à 30 pour cent. Le dénominateur utilisé est le nombre de femmes qui ont été testées. Cela fournit une information sur la perte de patientes après le dépistage, mais cette information ne revêt qu'une importance marginale.

d) Les trois indicateurs sur l'aide alimentaire entraînent des confusions considérables car il n'existe aucune définition sur la manière dont ils doivent être calculés. Les programmes qui fournissent des rations mensuelles sont généralement suivis en se basant sur le soutien apporté par personne/mois. Le recensement des résultats « personne - 9 mois » ou « personne - 6 mois » est difficile à comprendre et affecte la qualité du programme.

Qualité et gestion des données

83. En novembre 2009, le Fonds mondial a réalisé un audit sur la qualité des données concernant la subvention de la Série 5 pour la lutte contre le VIH, et a mené, en octobre 2010, une mission de vérification des données sur site pour les subventions des Série 5 et 8. Aucun des rapports ne mentionne un problème sérieux de qualité des données. Cela a été confirmé par les visites des sites par l'OIG au cours desquelles nous n'avons trouvé aucune différence notable entre les chiffres indiqués dans les registres et ceux rapportés par le CNLS. Les observations de l'OIG ont trait aux systèmes et à l'efficacité plutôt qu'à la précision.

84. Tous les centres de traitement du VIH et de la PTME disposaient d'un ou plusieurs ordinateurs sur lesquels était installé le logiciel SIDA-Info. Aucun des sites n'avait l'habitude de faire une sauvegarde des données et plusieurs ordinateurs étaient infectés par des virus. Dans tous les sites, les noms des nouveaux patients étaient enregistrés à l'inscription, et dans plusieurs sites, la base de données était utilisée par les pharmaciens pour calculer les besoins en ARV. Les informations supplémentaires (cliniques ou laboratoires) n'étaient pas enregistrées et il n'y a qu'à l'ANSS Gitega que le système était utilisé par le médecin traitant pour récupérer des informations sur le patient. Les équipes de tous les sites, excepté l'ANSS Gitega, l'hôpital de Gitega et l'hôpital de Ngozi, avaient de grosses difficultés pour générer de simples rapports à partir de SIDA-Info. Ils calculaient à la main, en se basant sur les informations des registres, les statistiques à rapporter au CNLS.

68. Les constats concernant SIDA-Info présentent d'importants contrastes par rapports aux observations faites sur le logiciel GESIS utilisé par le système national d'information sanitaire (EPISTAT). Dans tous les bureaux de district visités, un gestionnaire des données formé enregistrait les données à partir des rapports papier soumis par les centres de santé, et transmettait les fichiers électroniques au niveau central via le gestionnaire de données situé au niveau des provinces. Des vérifications de données en termes de qualité étaient intégrées à plusieurs niveaux. Tous les bureaux de district et de province visités étaient capables de produire des rapports analytiques sur demande.

¹² Les colis de nourriture mensuels destinés aux personnes vivant avec le VIH sont budgétisés à 19 200 BIF (16 dollars US)

¹³ Document de travail 6 : Examen des RA/DD

Renforcement des capacités

69. L'observation la plus pertinente sur la question du renforcement des capacités a été répertoriée dans le paragraphe « constats généraux ». Parce qu'il a créé une infrastructure semi-autonome pour la mise en œuvre des projets relatifs aux services de santé pour les personnes vivant avec le VIH, le SEP-CNLS contribue très peu au renforcement des capacités du système de santé national à prendre en charge cette tâche¹⁵.

70. Le plan de formation soumis par le SEP-CNLS pour la période d'avril à décembre 2011, dresse la liste de 34 activités de formation distinctes pour un budget total de 1,1 M dollars US. Bien que la formation constitue clairement une activité essentielle au renforcement des capacités, l'OIG a constaté que de nombreux problèmes qui sont censés être résolus grâce à des séminaires de formation persistent car ils ne sont pas associés à des connaissances mais plutôt à des comportements et à des attitudes.

71. En interrogeant les équipes cliniques sur un certain nombre de questions techniques, l'OIG a systématiquement reçu les bonnes réponses qui ne sont, cependant, pas mises en pratique. Il est ici question de supervision et non de formation. L'absence de traces d'une supervision formative depuis 2009 a déjà été constatée.

72. Le plan de formation du BP de la société civile est quantitativement similaire mais les sujets sont différents. La plupart des activités de formation visent des volontaires ou des paires des personnes vivant avec le VIH, des professionnelles du sexe, etc. Dans ce contexte, la formation peut être vue comme une composante du renforcement des capacités, un aspect qui est en général sous-représenté dans le programme global.

VIH : recommandations programmatiques

Recommandation 1 (Prioritaire)

Le BP du secteur public (SEP-CNLS) doit transférer aux institutions existantes du MSPLS, au niveau central comme au niveau décentralisé, la charge et la responsabilité de la mise en œuvre des activités du secteur de la santé financées par le Fonds mondial. Cela inclut l'USLS pour les questions techniques et la supervision des services.

Recommandation 2 (Prioritaire)

Le SEP-CNLS doit envisager de modifier le système de financement des soins médicaux pour les personnes vivant avec le VIH, en remplaçant le système de paiement par service par un système de paiement per capita contrôlé par l'Unité de financement basé sur la performance.

Recommandation 3 (Prioritaire)

Les « Médiateurs de santé » employés par le BP doivent être intégrés progressivement dans les centres de santé les plus pertinents et occuper un poste au sein de l'équipe.

¹⁴ L'indicateur est formulé de la manière suivante : « Nombre de préservatifs distribués ». L'OIG l'interprète comme faisant référence au nombre de préservatifs distribués aux utilisateurs et non comme le nombre de préservatifs expédiés d'un entrepôt à un autre.

¹⁵ Trois exemples illustrant les faibles liens entre les soins de traitement du VIH et les services de santé généraux sont cités sous le paragraphe 39 ci-dessus.

Recommandation 4 (Prioritaire)

Le MSPLS doit s'assurer que tous les réactifs nécessaires au dépistage du VIH en conformité avec l'algorithme national sont disponibles sur chacun des sites de dépistage et doit effectuer une supervision fréquente et minutieuse afin de s'assurer que les directives nationales sur le conseil, le dépistage et la tenue des registres sont respectées.

Recommandation 5 (Prioritaire)

Le SEP-CNLS, le MSPLS et le Fonds mondial doivent réexaminer les modalités de soutien du Fonds mondial en ce qui concerne le traitement des IST et se mettre d'accord sur un mécanisme destiné à garantir que ces traitements sont effectivement fournis aux personnes souffrant d'IST. Si aucun mécanisme ne peut être développé pour fournir les médicaments contre les IST aux centres de santé qui proposeraient un traitement gratuit, ces médicaments ne doivent pas être fournis et le stock restant doit être absorbé dans le stock de médicaments génériques essentiels de la CAMEBU.

Recommandation 6 (Prioritaire)

Le MSPLS doit développer des directives pour le traitement des infections opportunistes chez les personnes vivant avec le VIH, dont une liste de médicaments autorisés pour le traitement dans ce cas-là. La quantification, l'achat et les stocks de ces médicaments pour les centres de santé doivent être strictement basés sur cette liste.

Recommandation 7 (Prioritaire)

Si la politique de gratuité des soins médicaux pour les personnes vivant avec le VIH est maintenue, alors les médicaments génériques essentiels autres que les ARV, le Cotrimoxazole et les médicaments pour les maladies identifiées comme opportunistes, doivent être fournis par les centres de santé et financés à travers un système de remboursement per capita qui devra être mis en place.

Recommandation 8 (Importante)

L'équipe Pays du Fonds mondial, la CCM du Burundi et les bénéficiaires principaux doivent s'assurer de la continuité des services de traitement et de soins auprès des personnes vivant avec le VIH, et veiller à ce que les négociations et l'élaboration des accords des bénéficiaires principaux et des sous-bénéficiaires ne soient pas interrompues par des retards administratifs.

Recommandation 9 (Importante)

Les efforts pour améliorer l'accès à la prévention de la transmission verticale du VIH doivent se concentrer sur les services de maternité tout en continuant à mettre l'accent sur les cliniques prénatales.

Recommandation 10 (Requiert une attention particulière)

Le MSPLS et le SEP-CNLS doivent s'assurer qu'au cours de la supervision des centres de traitement du VIH, une attention particulière est accordée à la qualité et au niveau de complétude des dossiers médicaux.

Recommandation 11 (Requiert une attention particulière)

Lors des négociations de la seconde phase de la subvention de la Série 8 pour la lutte contre le VIH, le BP de la société civile (RBP+) et le Fonds mondial doivent examiner et réviser les modalités du soutien social et nutritionnel apporté aux personnes vivant avec le VIH et aux personnes affectées par le VIH. Cet examen doit prendre en considération les nombreuses expériences reconnues de l'Afrique orientale en matière

de programmes de protection sociale, y compris les expériences en matière de transfert de fonds ¹⁶ et les résultats démontrant l'efficacité des programmes destinés aux enfants affectés par le VIH, résultats qui ont été collectés par l'initiative conjointe de recherche sur les enfants et le VIH/sida en Afrique¹⁷.

Recommandation 12 (Requiert une attention particulière)

Le SEP-CNLS et le Fonds mondial doivent s'assurer que les cadres de performance de la subvention de la Série 8 pour la lutte contre le VIH sont révisés lors des négociations de la phase 2. Les méthodes et les formules de calcul des indicateurs sur la transmission verticale du VIH, la distribution de préservatifs, le dépistage du VIH des patientes en soins prénataux et l'aide alimentaire doivent au moins être révisés.

Recommandation 13 (Requiert une attention particulière)

En ce qui concerne les petits centres de traitement du VIH et de PTME, le SEP-CNLS doit envisager la mise en place de questionnaires des données dédiés, basés au niveau des districts ou des provinces, qui seraient chargés de la consolidation des rapports papier de ces centres vers le format électronique de SIDA-Info.

Recommandation 14 (Requiert une attention particulière)

Afin de développer le renforcement des capacités, le SEP-CNLS doit augmenter son soutien à la supervision formative réalisée par des institutions compétentes du

¹⁶ Ex : Évaluation des systèmes de transfert monétaire en Afrique, Miller C. (*The Evaluation of Cash Transfer Schemes in Africa*), Centre pour la santé et le développement dans le monde, Faculté de la santé de l'Université de Boston (BUSPH), 2009.

¹⁷ Des vérités qui dérangent : enfants, sida et pauvreté, Rapport final de l'Initiative conjointe de recherche sur les enfants et le VIH/sida présidée par Agnès Binagwaho et Peter Bell, 2009MSPLS. (c.à.d. l'USLS, l'INSP, les BDS, etc.) Si nécessaire, les activités de formation planifiées doivent être réduites afin de libérer des fonds pour la supervision.

Programme de lutte contre la tuberculose

Le programme de lutte contre la tuberculose au Burundi se déroule bien et atteint des résultats largement au-dessus de l'objectif en termes de détection de cas et de traitement curatif. Cependant, la gestion de la tuberculose MDR se situe en dessous des normes acceptables.

La tuberculose au Burundi

90. Avec une incidence de la tuberculose estimée à environ 348/100 000¹⁸, le Burundi se situe parmi les pays les plus affectés par la maladie. Des doutes subsistent quant à la validité de cette estimation qui n'est pas fondée sur une étude épidémiologique. La prévalence de la tuberculose au Rwanda, pays voisin, pourrait servir de référence pour la révision de cette estimation.

La riposte nationale à la tuberculose

91. Le PNLT, créé en 1992, a reçu le soutien de deux subventions successives du Fonds mondial depuis 2005. Il a bénéficié d'une assistance technique de la fondation Damien. La lutte contre la tuberculose est mise en œuvre à travers 167 centres de traitement et de diagnostic et 138 centres de traitement.

92. Le PNLT a enregistré des résultats impressionnants en termes de détection de cas et de traitements réussis, qui ont été confirmés par une évaluation indépendante réalisée par l'OMS.¹⁹ Le taux de détection de cas continue d'augmenter ; le taux de réussite des traitements enregistré, qui a atteint les 90,2 pour cent, est plus élevé que la moyenne mondiale ; et le taux de défaut à 4,7 pour cent représente une amélioration conséquente par rapport au taux de 22 pour cent enregistré en 2005. Parmi les facteurs qui ont contribué à ce succès, il existe un programme de proximité actif réalisé par des professionnels de la santé communautaires (ASC). Les patients orientés par les ASC ont représenté un diagnostic de tuberculose sur cinq en 2010.

93. Depuis juin 2010, le PNLT expérimente l'approche pratique de la santé respiratoire (APSR) dans la province de Bubanza. Le programme n'a pas pu être examiné lors de la mission de l'OIG car il était impossible de traverser cette province à cause d'une alerte sécurité.

94. En 2010, la sérologie VIH de 71 pour cent de l'ensemble des patients atteints de tuberculose (5 511) était connue et environ un sur quatre (23 %) était séropositif. Le dépistage du VIH est disponible dans tous les centres de traitement de la tuberculose. Un traitement prophylactique par cotrimoxazole a été administré systématiquement mais seulement 40 pour cent des patients atteints de tuberculose étaient sous ART. Cela est dû au fait que le traitement contre la tuberculose est plus décentralisé que l'ART.

¹⁸ Rapport mondial 2010 de l'OMS sur la TB

¹⁹ Évaluation par l'OMS de la première phase de la subvention de la Série 7 du Fonds mondial, mars 2011

95. En février 2011, le PNLT a reçu l'approbation du Green Light Committee de l'OMS pour le traitement de 84 patients atteints de tuberculose MDR. Un programme de traitement de la tuberculose MDR de niveau acceptable n'a cependant pas encore été créé.

Prestations de services

Diagnostic et traitement de la Tuberculose

96. La visite de sept cliniques traitant la tuberculose et la rencontre avec cinq coordinateurs provinciaux sur la question de la tuberculose ont confirmé que les services sont dispensés en conformité avec les normes nationales, qu'ils sont bien supervisés et parfaitement documentés. Les problèmes identifiés étaient mineurs et ont déjà été constatés dans l'évaluation de l'OMS. Le PNLT prend actuellement des mesures pour y remédier. Un nouveau protocole national pour le traitement de la tuberculose a été développé et sera mis en œuvre en 2012. Il modifie, entre autres, le schéma thérapeutique DOTS qui incluait trois prises par semaine, en préconisant une prise quotidienne pendant la phase de continuation. La seule observation complémentaire issue de la mission de l'OIG concerne l'examen systématique des membres de la famille qui ont été en contact avec une personne atteinte de tuberculose pulmonaire, qui pourrait être amélioré afin d'augmenter le taux de détection de cas.

Co-infection tuberculose / VIH

97. Le conseil et le dépistage du VIH a été systématique dans tous les centres visités par l'OIG. Les tests de confirmation étaient en rupture de stock dans la plupart des cliniques mais une seule (Kinama) a cessé le dépistage. Tous les patients dont la séropositivité a été détectée ont reçu du cotrimoxazole et ont été orientés vers une clinique de traitement du VIH pour une évaluation et un démarrage d'une ART. La performance des programmes risque de ne pas s'améliorer sur cet aspect-là cette année à cause du prolongement des ruptures de stock de tests de confirmation du VIH.

Tuberculose à bacilles multirésistants

98. Les patients atteints de tuberculose chronique²⁰ sont hospitalisés à l'hôpital de Kibumbu, un ancien sanatorium d'une capacité de 200 lits. Au moment de la mission de l'OIG, dix patients séjournaient à l'hôpital qui est bien équipé pour traiter la tuberculose MDR mais manque d'un dispositif de sécurité pour maîtriser les contacts au sein de l'hôpital et avec l'extérieur. L'admission à l'hôpital est fondée sur l'historique du traitement et sur les résultats des cultures d'expectoration réalisées au laboratoire de l'INSP à Bujumbura. Une analyse de sensibilité est réalisée par l'Institut de Médecine Tropicale à Anvers afin de confirmer qu'il s'agit bien d'une tuberculose MDR. Il faut plusieurs mois pour que les résultats soient délivrés, bien souvent après les trois mois que dure la phase de traitement des patients hospitalisés. Sur les dix patients actuellement hospitalisés, un seul cas est une tuberculose MDR confirmée. Six patients sur les dix n'ont même pas les résultats des cultures d'expectoration à cause d'une panne dans la salle de culture à l'INSP.

²⁰ Le terme « tuberculose chronique » est utilisé dans ce contexte car la plupart des patients n'ont pas la confirmation qu'ils sont atteints d'une tuberculose à bacilles multirésistants.

Parmi les 25 patients admis pour un traitement l'année dernière, neuf seulement avaient reçu les résultats de l'analyse de sensibilité aux médicaments dont un qui ne présentait pas une tuberculose MDR (environ sept mois après le démarrage du traitement)

99. Les médicaments constitutifs du traitement contre la tuberculose MDR sont achetés dans le cadre du budget national. Le PNLТ utilise un schéma thérapeutique sur 15 mois, qui n'a pas reçu l'approbation de l'OMS. Un des médicaments principaux du schéma thérapeutique, l'Ofloxacinе, était en rupture de stock à l'époque de la visite de l'OIG. Des directives ont été rédigées pour un nouveau traitement conforme aux recommandations de l'OMS, qui sera mis en œuvre en 2012, selon les informations reçues par l'OIG.

100. Après la phase d'hospitalisation qui dure trois mois, les patients suivent 12 mois de traitement en se rendant à des consultations externes dans la clinique de traitement de la tuberculose la plus proche. 17 patients sont actuellement sous traitement dont la plupart au CATB à Bujumbura. Trois centres de traitement régionaux ont été construits avec le soutien du Fonds mondial et sont bientôt terminés. Le centre de Gitega constituera une amélioration majeure par rapport à la clinique de traitement de la tuberculose actuelle qui présente des problèmes de place et de ventilation.

Suivi et évaluation

Cadres de performance

101. Le cadre de performance pour la subvention de la Série 7 en faveur de la lutte contre la tuberculose est composé de trois indicateurs de haut niveau (réalisations) et de 13 indicateurs résultats/processus. Tous les indicateurs sont adaptés. Le seul problème mineur est que certains indicateurs sont définis pour une période de 3 mois alors que la mise à jour du programme n'est soumise que tous les six mois. Cela signifie en réalité que la performance, en termes de supervision mensuelle par exemple, est uniquement évaluée les seconds trimestres.

Qualité et gestion des données

102. Le Fonds mondial a effectué une vérification des données sur site (VDSS) en 2009 et en 2010. Le rapport 2009 a fait ressortir des problèmes majeurs concernant les données mais il est également difficile à comprendre. Un indicateur (détection de cas) semble avoir été révisé deux fois avec deux méthodes de calcul différentes ; l'autre (taux de guérison) a été révisé sur la base de données issues du système d'information sanitaire national (EPISTAT) plutôt que d'après les données du PNLТ. Puisque cela requiert une analyse des cohortes ce qui n'est pas possible avec les données de l'EPISTAT, nous ne pouvons pas comprendre les conclusions de cette VDSS. Une deuxième VDSS a été effectuée en 2010. Cette vérification a été correctement menée et n'a enregistré aucune incohérence majeure dans les données.

103. Aucun problème de gestion des données ni d'incohérence dans les données n'a été constaté par l'OIG dans aucune des cliniques et des bureaux de province visités. La base de données pour la tuberculose MDR n'a pas été

correctement tenue, le format Excel est difficile à lire et différentes versions étaient conservées au niveau central à l'hôpital de Kibumbu.

Renforcement des capacités

104. L'OIG n'a identifié aucun problème de capacité dans le diagnostic et les soins initiaux de la tuberculose, ni dans la gestion de la co-infection tuberculose/VIH. Cependant, de nombreuses faiblesses ont été constatées en ce qui concerne le diagnostic et le traitement de la tuberculose MDR, ce qui demandera également un effort considérable en vue de renforcer les capacités à de multiples niveaux (cliniques de traitement de la tuberculose, hôpitaux MDR, INSP).

Tuberculose : recommandations programmatiques

Recommandation 15 (Prioritaire)

Le PNLT doit s'assurer que le Laboratoire National de Référence pour la culture et les analyses de sensibilité devienne fonctionnel dès que possible.

Recommandation 16 (Prioritaire)

Le PNLT doit solliciter une assistance auprès de ses partenaires techniques afin d'élever au niveau des normes internationales les services cliniques et laboratoires, ainsi que la gestion des données sur la tuberculose MDR.

Programme de lutte contre le paludisme

D'après les chiffres enregistrés, l'incidence du paludisme au Burundi connaît une grave augmentation depuis 2008. Des informations non confirmées recueillies au cours de l'audit de l'OIG, indiquent que l'incidence pourrait avoir entamé une baisse suite à la campagne de distribution des moustiquaires en février 2011. La qualité des services de diagnostic et de traitement observés varient, principalement à cause d'une carence de la supervision et d'une absence de contrôle qualité.

Le paludisme au Burundi

105. Environ 90 pour cent du paludisme au Burundi est causé par *Plasmodium falciparum*, les 10 pour cent restants par *P. malariae* et *P. ovale*. Il constitue la principale cause de morbidité et de mortalité au Burundi. En 2010, il a représenté 44 pour cent des consultations et 38 pour cent des décès dans les centres de santé²¹. Le pays compte trois zones de transmission du paludisme qui s'étendent de la zone d'hyper endémie à la zone de non endémie. Les communautés situées entre 1 400 et 1 750 mètres d'altitude sont exposées au risque épidémique. Cette fourchette est actuellement en cours de révision. Les plus fortes périodes de transmission du paludisme ont lieu au cours des mois de mai et de décembre.

106. Entre 2008 et 2010, le nombre de cas de paludisme enregistrés dans les hôpitaux et les centres de santé a doublé, passant de 2,1 à 4,2 millions. Cette

²¹ MSPLS Annuaire Statistique 2010 (version provisoire)

²² Nouveaux patients dans les centres de santé - 2009 : 7 214 510 2010 : 9 751 851 (MSPLS 2009 et 2010-provisoire)

augmentation peut en partie s'expliquer par l'augmentation de 2,5 millions du nombre de consultations dans les centres de santé entre 2009 et 2010²³.

Le taux relativement élevé d'utilisation des moustiquaires par les enfants de moins de cinq ans (45 %) et par les femmes enceintes (50 %)²³ ainsi que le programme de pulvérisation intra-domiciliaire d'insecticide à effet rémanent, mené d'urgence suite à une épidémie dans le district de Ngozi, semblent avoir eu peu d'impact. Le nombre de cas de paludisme enregistrés au niveau national au cours du premier trimestre 2011 a été identique au chiffre enregistré au cours de la même période en 2010. Des signes indiquent néanmoins que la distribution de moustiquaires en février 2011 modifie la tendance. Les données nationales pour le mois d'avril n'étaient pas disponibles mais dans les centres de santé visités par l'OIG, le nombre de consultations liées au paludisme était considérablement inférieur en 2011 par rapport à 2010, souvent de plus de 50 %.

La riposte nationale au paludisme

107. Le Programme National de lutte contre le Paludisme (PNILP) a été créé en 2009 avec le développement de la première stratégie de lutte contre le paludisme (2008-2012). Il est constitué d'un plan de travail et d'un budget d'environ 190 M dollars US sur une période de quatre ans mais il ne dispose que d'un accès très limité aux fonds. Jusqu'à 2010, il n'a pas joué son rôle de coordinateur national des activités de lutte contre le paludisme et il régnait une confusion considérable entre les programmes financés par différents bailleurs de fonds, programmes qui finissaient par se chevaucher. Cela s'est récemment amélioré et la première réunion du Partenariat Roll Back Malaria au Burundi s'est tenue en mars 2011.

108. Malgré les difficultés du développement institutionnel du programme national de lutte contre le paludisme, le pays a fait de réel progrès en termes de programmes et de politiques. L'ACT représente partout le traitement standard contre un paludisme qui ne présente pas de complications. Les médicaments sont fournis gratuitement dans tous les centres de santé publics. La confirmation du diagnostic de paludisme par un laboratoire progresse de plus en plus. Presque tous les centres de santé disposent de microscopes. Les moustiquaires imprégnées d'insecticide sont fournies gratuitement dans les cliniques prénatales et les centres de vaccination et une récente campagne de distribution de masse a pratiquement réussi à réaliser la couverture universelle en matière de moustiquaires.

Prestations de services

Diagnostic et traitement du paludisme

109. Les visites de l'OIG dans huit centres de santé répartis sur six provinces ont renvoyé une image mitigée. Les équipes des centres de santé étaient généralement bien informées des directives nationales sur le diagnostic et le traitement du paludisme. Elles étaient conscientes de la nécessité d'obtenir une confirmation par un laboratoire et de la politique d'utilisation de l'ACT comme traitement de première intention sauf contre-indication. Les rapports mensuels élaborés pour le système national d'information sanitaire indiquaient souvent une conformité avec ces directives bien que l'examen des registres des patients ait quelquefois dressé un tableau différent.

²³ Enquête démographique et sanitaire, 2010 (résultats préliminaires)

Par exemple, le rapport d'avril 2011 du CS de Gitega mentionnait que tous les cas de paludisme avaient été traités avec des ACT, excepté pour 10 femmes enceintes. Cependant, une vérification sur place du registre sur une période de deux jours dans le même mois a révélé que 9 des 25 enfants de moins de cinq ans avaient été traités avec de la quinine. Dans le CS de Makebuku, le personnel a déclaré que tous les cas de paludisme étaient confirmés au microscope. Cependant, seulement 20 pour cent des analyses au microscope ont été positives. Nous avons demandé à voir une lame négative qui, après examen, ne contenait pas de globule rouge. L'équipe de la clinique était consciente de la mauvaise qualité de sa microscopie qu'elle a compensée en traitant avec des ACT les patients qui avaient des résultats laboratoires négatifs.

110. La conclusion que l'on peut tirer de ces exemples et de bien d'autres est que les équipes des cliniques connaissent les directives mais qu'elles ne les mettent pas toujours en pratique. Le fait de traiter des patients sans une confirmation laboratoire ou avec des analyses de laboratoire négatives est lié à (a) un manque de confiance dans la microscopie ou dans les résultats des TDR (quelquefois justifié) ; (b) une rupture de stock des réactifs de laboratoire (enregistrée dans plusieurs centres) ; et (c) une incapacité pour les patients à payer pour une analyse au microscope (coût à payer entre 50 et 500 BIF). Le fait de traiter à la quinine plutôt qu'avec une ACT est lié à (a) un manque de confiance dans l'efficacité des ACT et (b) des ruptures de stock d'ACT à cause du rationnement de l'approvisionnement (traité au paragraphe GAS).

111 La plupart de ces problèmes peuvent être résolus grâce à une supervision formative permanente. Tous les centres de santé disposaient de registres de supervision alimentés mensuellement par les superviseurs de district et par l'équipe de vérification des données du système de financement basé sur la performance (PBF). La seule mention faite au paludisme dans ces registres émanait des pharmaciens du projet de lutte contre le paludisme du SEP-CNLS. Aucune trace d'un contrôle qualité des laboratoires n'a été trouvée. Tous les centres de santé visités avaient l'habitude de laver et de réutiliser les lames employées pour les recherches sur le paludisme, anéantissant de ce fait tout effort systématique de contrôle de la qualité.

Moustiquaires

112. La distribution de masse des moustiquaires s'est terminée en février 2011. Selon l'examen des données des centres de santé sur le paludisme réalisé par l'OIG, la campagne a été réussie. Lors d'une réunion avec une association communautaire impliquée dans la distribution et le suivi des moustiquaires, un certain nombre de problèmes a été soulevé. Le recensement des ménages comportait des lacunes qui seront comblées grâce à la campagne corrective actuellement en cours de préparation. La taille des moustiquaires a fréquemment été citée comme un problème car les moustiquaires fournies étaient trop petites par rapport à la taille des lits communément utilisés dans les zones rurales. Un problème de couleur a également été évoqué (les moustiquaires étaient blanches mais beaucoup de gens préfèrent les moustiquaires colorées). De manière générale, la campagne a généré un sentiment de satisfaction et l'évaluation des résultats a été positive.

Suivi et évaluation

Cadres de performance

113. Le cadre de performance de la reconduction de la subvention (RCC) de la

Série 2 comporte sept indicateurs de haut niveau (impacts/réalisations) et neuf indicateurs résultats/processus. L'OIG a constaté des erreurs dans la définition et le calcul des indicateurs en ce qui concerne la mortalité due au paludisme et la confirmation en laboratoire. Ces deux points ont été signalés au Secrétariat du Fonds mondial et ont fait l'objet de discussions avec le BP. Ils ont été corrigés dans l'accord de la phase 2.

114. Les cadres de performance pour la subvention de la Série 9 comportent sept indicateurs de haut niveau (impacts/réalisations). Tous, sauf un attendent encore que les études soient menées. Le BP gouvernemental fait son rapport sur trois indicateurs de résultats dont deux liés à la supervision par les équipes de santé des districts et des provinces. La supervision est générale et selon l'OIG, rien n'indique que dans les centres de santé visités, elle aborde les questions du diagnostic et du traitement du paludisme. Le BP de la société civile fait un rapport sur sept indicateurs liés à la campagne et au suivi de la distribution massive de moustiquaires.

Qualité et gestion des données

115. Une vérification des données sur site pour la reconduction de la subvention (RCC) de la Série 2 a été effectuée en octobre 2010. Des problèmes importants de qualité des données ont été identifiés en ce qui concerne l'indicateur sur la confirmation en laboratoire et l'indicateur sur le traitement par ACT. Le rapport de VDSS a également constaté des problèmes concernant la mesurabilité de l'indicateur de laboratoire mais n'a pas réalisé que cet indicateur était basé sur une formule invalide (elle a été changée pour la phase 2). Les problèmes de précision des données pour l'indicateur de traitement par ACT, identifiés par la VDSS, persistent comme le confirme les vérifications effectuées sur place par la mission de l'OIG.

116. La gestion des données sur le paludisme est entièrement intégrée au système national d'information sanitaire (EPISTAT). La qualité des données est vérifiée par l'équipe provinciale du PBF. L'amélioration de la qualité des données via une révision fréquente et systématique des registres des patients constitue une des composantes de la supervision. Elle n'est actuellement pas effectuée par les superviseurs de districts et de provinces.

Renforcement des capacités

117. En décembre 2010, le BP a signalé que 3 093 membres des équipes cliniques et 393 membres des équipes des laboratoires ont été formés. Pourtant, la mission de l'OIG a remis en cause la qualité des diagnostics et des soins dans la plupart des centres de santé visités. Nous n'étions pas les seuls. En 2010, une étude de l'USAID a enregistré dans les centres de santé un manque généralisé de personnel formé au travail de laboratoire. L'étude commentait également l'absence de supervision et de contrôle qualité²⁴. Cette question ne doit pas être traitée par davantage de formation mais plutôt par une supervision plus fréquente qui doit se concentrer particulièrement sur le diagnostic et le traitement du paludisme.

118. Le PNILP est mandaté pour diriger la riposte nationale au paludisme. L'INSP est mandaté pour développer le réseau national des laboratoires.

²⁴ *Improving Malaria Diagnostics* (Amélioration du diagnostic du paludisme) - Rapport d'évaluation - USAID 2010

Fournir les ressources techniques, financières et humaines nécessaires à ces institutions contribuerait considérablement au renforcement des capacités destinées à lutter contre le paludisme au Burundi. Cela a malheureusement été négligé dans les programmes financés jusqu'à maintenant par le Fonds mondial.

119. La mobilisation des associations communautaires autour des campagnes de distribution de moustiquaires est prometteuse mais elle est également relativement récente. Les systèmes communautaires du Burundi ont été affaiblis par des années de conflit. La mobilisation de ces groupes autour des campagnes « d'accrochage » (Hang up) et « de maintien » (Keep up) des moustiquaires peut contribuer à leur renforcement. Mais au cours des discussions avec un de ces groupes, il est apparu clairement qu'ils ne sont pas simplement des « prestataires de services dédiés à la question des moustiquaires ». Ils représentent une institution émergente au sein de la société civile au niveau communautaire. L'attention portée aujourd'hui exclusivement sur le nombre de moustiquaires et le nombre de foyers visités dans le cadre du programme ne laisse aucune place à un aspect du renforcement des capacités qui pourrait être nécessaire pour maintenir les résultats de la campagne de distribution de moustiquaires.

Paludisme : recommandations programmatiques

Recommandation 17 (Prioritaire)

Le BP (SEP-CNLS) doit développer la supervision et le contrôle qualité des services antipaludiques des cliniques et des laboratoires. Cette tâche doit être guidée par le PNILP (pour les services cliniques) et par l'INSP (pour les services laboratoires). Les tâches techniques doivent être progressivement déléguées à ces institutions tout en renforçant leurs capacités afin qu'elles puissent réaliser intégralement leur mandat.

Recommandation 18 (Prioritaire)

Le MSPLS doit nommer, au sein des équipes décentralisées, du personnel qui serait spécialement chargé de la supervision formative des services antipaludiques cliniques et laboratoires, sous la direction technique du PNILP et de l'INSP. Le BP pourrait envisager un soutien financier mais les postes devront appartenir entièrement au service public pour une plus grande pérennité.

Recommandation 19 (Requiert une attention particulière)

Le MSPLS doit envisager la gratuité de la microscopie dans les centres de santé dans le cadre de la lutte contre le paludisme.

Recommandation 20 (Requiert une attention particulière)

Dans une future phase de la subvention de la Série 9 pour la lutte contre le paludisme, CED-CARITAS et le Fonds mondial doivent réviser conjointement la conception du programme et solliciter des conseils techniques sur la manière de renforcer les systèmes communautaires dans le cadre des programmes

GESTION DES ACHATS ET DES CHAINES D'APPROVISIONNEMENT

VIH

Quantification et distribution

Produits pharmaceutiques

120. Le SEP-CNLS est chargé de la quantification des ARV, des médicaments pour les infections opportunistes (IO) et des médicaments constitutifs du traitement des infections sexuellement transmissibles (IST). Afin de coordonner la quantification des produits pharmaceutiques, un comité multipartenaire a été créé par décret ministériel en avril 2007. Il s'agit du « Comité national de gestion des ARV, I-O et fournitures médicales ». Mais les membres de ce comité ne se sont pas réunis depuis 2008. Depuis, le travail de quantification et de prévision est réalisé par les pharmaciens du SEP-CNLS, la CAMEBU et l'unité sectorielle de lutte contre le sida du ministère de la santé (USLS).

121. Les responsables des programmes ont informé l'OIG d'importantes ruptures de stocks d'ARV en 2007. Cependant, lors de l'audit de l'OIG en juin 2011, les seuls ARV qui étaient en rupture de stock dans les centres visités étaient les combinaisons à dose fixe basées sur l'Emtricitabine. Cela n'a pas entraîné d'interruptions de traitement puisque ces médicaments ont été temporairement remplacés par des formulations à molécule unique.

122. La quantification des ARV au niveau national est basée sur la consommation mensuelle moyenne enregistrée par la pharmacie centrale (CAMEBU) plutôt que sur le nombre de patients sous traitement, enregistré par les 95 sites d'ART. Les rapports papier soumis par ces sites au coordinateur SetE du SEP-CNLS sont considérés comme trop peu fiables et pas assez opportuns. Cependant, à partir de juin 2011, le SEP-CNLS prévoit de calculer les quantités sur la base des données électroniques enregistrées par le logiciel SIDA-Info pour chaque patient sur les sites de traitement. Le logiciel a été installé dans tous les sites mais la formation des utilisateurs est toujours en cours et le manuel d'utilisation n'a pas encore été distribué. L'OIG a constaté que la capacité à travailler avec SIDA-Info au niveau périphérique était très variable. Seuls les plus grands sites étaient capables de générer des rapports à jour.

123. Le budget de la phase 1 alloué aux médicaments contre les IST et les IO dans le cadre de la subvention de la Série 8 pour la lutte contre le VIH est largement plus élevé que le budget pour les ARV (3,1 millions de dollars US contre 1,3 million). Ces médicaments ont été achetés sans étude de quantification. Les quantités listées dans le plan de GAS ont simplement été recopiées dans les dossiers d'appel d'offres. Les médicaments sont livrés sur les sites de traitement du VIH afin d'être administrés gratuitement aux patients sous ART. Il n'existe cependant aucune directive destinée aux professionnels de la santé, qui définisse quelles situations médicales doivent être enregistrées en tant que IO. Il n'existe aucune information sur l'incidence de ces IO et le nombre d'IST traitées sur ces sites est proche de zéro. Cette situation entraîne les deux conséquences suivantes : (a) de grandes quantités d'antibiotiques s'accumulent dans les pharmacies des sites de traitement du VIH et (b) les sites de traitement se plaignent de ruptures de stock de médicaments contre les IO parce qu'ils commandent à la CAMEBU, des médicaments qui ne sont pas inclus dans le

plan de GAS. La situation se complique avec les donations de médicaments contre les IO à certains hôpitaux, donations émanant d'autres sources comme par exemple l'Initiative des pays des Grands Lacs dans la lutte contre le sida (GLIA).

a) La clinique VIH au sein de l'hôpital de Muramvya traitait 218 patients actifs sous ART fin mars 2011, dont 16 enfants. Au cours de la visite de terrain, l'OIG a découvert dans la réserve de la clinique VIH, au milieu des ARV et de nombreux autres médicaments, les antibiotiques suivants: (1) Capsules 500 mg de Cloxacilline: 56 boîtes de 500 capsules chacune; (2) Comprimés de 250 mg d'érythromycine: 39 boîtes de 500 comprimés chacune ; (3) Capsules de 500 mg d'Amoxicilline: 27 boîtes de 500 capsules chacune; (4) Injections de 2 g de Spectinomycine: 100 doses; (5) Comprimés de 125 mg d'Amoxicilline et Acide clavulanique (pour enfants): 44 doses de traitement (emballées individuellement) (6) Comprimés de 500 mg d'Amoxicilline et Acide clavulanique (pour adultes): 50 doses de traitement (emballées individuellement) Les dates de péremption de la plupart de ces médicaments arrivaient à échéance en 2013 mais les quantités étaient suffisantes pour durer plus d'une décennie même si le nombre de patients actifs pris en charge devait doubler.

b) La clinique VIH au sein de l'hôpital de Kayanza avait reçu une donation de médicaments contre les IO de la part de GLIA. La clinique disposait d'assez d'acétaminophène 500 mg pour durer au moins quatre ans. Les médicaments devaient expirer en novembre 2012. Par conséquent, la clinique a adopté une pratique de « prêt » de médicaments auprès de la pharmacie de l'hôpital, d'où ils étaient vendus aux patients. Le remboursement des médicaments par l'hôpital serait effectué plus tard.

124. Certains médicaments contre les IO et les IST forment des stocks bien trop conséquents au niveau central à la CAMEBU. Le site est désorganisé et le BP ne dispose pas des outils adéquats ni d'un système opérationnel qui lui permettent de suivre la distribution de ces médicaments. L'OIG n'a pas réussi à obtenir des informations fiables sur les quantités de médicaments présents aux différentes étapes de la chaîne après être sortis de la CAMEBU. Les risques de péremption et de détournement de ces médicaments sont élevés.

125. Le SEP-CNLS ne dispose pas de procédures ni d'outils pour la quantification et le suivi des ARV. Toutes les procédures sont informelles et très peu d'entre elles sont documentées.

Dépistage du VIH

126. Les 15 centres de santé visités par l'OIG, offrant des services de conseil et de dépistage en matière de VIH (CTVIH), étaient bien achalandés en tests de dépistage du VIH (Determine®) mais neuf d'entre eux étaient confrontés à des ruptures de stock de tests de confirmation, certains depuis février 2011.

127. Un nouvel algorithme de dépistage utilisant trois tests rapides a été approuvé en février 2011 mais n'a pas encore été mis en place. Tous les centres visités par l'OIG suivaient l'ancien algorithme, utilisant un test de dépistage et un test de confirmation. Les laboratoires Bio-Rad qui fabriquaient le test de confirmation Genie II® anciennement utilisé, avaient informé le BP en décembre 2009, qu'ils remplaçaient ce test par un nouveau produit : Genie III®. Une petite quantité de ce nouveau test a été achetée et distribuée. En octobre 2010, des questions se sont posées car le nouveau test n'avait pas été pré-qualifié par l'OMS. Les tests n'ont plus été commandés et ce n'est qu'en mai 2011 qu'un comité technique a été chargé de choisir un nouveau test de confirmation. A la date de clôture de la mission d'audit en juin 2011, le nouveau test

n'avait toujours pas été obtenu.

Préservatifs

128. Il existe deux principaux réseaux de distribution de préservatifs au Burundi. PSI alimente un réseau subventionné de vente des préservatifs de sa marque « Prudence Class ». Le Programme National de Santé Reproductive (PNSR) fait fonctionner un réseau de distribution gratuite de préservatifs génériques dans les centres de santé et via les distributeurs communautaires. Les deux sources principales fournissant les préservatifs au PNSR sont le SEP-CNLS et le FNUAP. Les préservatifs gérés par le PNSR sont stockés à la CAMEBU et distribués via (a) les districts sanitaires et (b) les comités provinciaux de lutte contre le sida (CPLS).

129. Le PNSR supervise la distribution des préservatifs via les districts et les centres de santé mais il ne reçoit aucune information sur les distributions de préservatifs via le CPLS. Une fois que les préservatifs quittent la CAMEBU en direction des bureaux provinciaux du CPLS, ils sont théoriquement suivis par le SEP-CNLS mais il n'existe aucun système de suivi. Le PNSR n'a par conséquent aucun retour sur le flux de préservatifs en direction des distributeurs communautaires.

130. Ce manque de coordination dans la chaîne de distribution se ressent également à l'étape de l'achat. Les principaux partenaires, à savoir le PNSR, le FNUAP, le SEP-CNLS et l'USLS du ministère de la santé, n'ont formalisé aucun accord et n'utilisent aucun mécanisme de coordination. Le «Comité de coordination et de gestion du préservatif», tel que stipulé dans le cadre de la Politique Nationale de 2009 sur les préservatifs, n'a jamais été établi. Par conséquent, le FNUAP et le SEP-CNLS procurent en même temps de grandes quantités de préservatifs. A l'époque de la mission de l'OIG, la CAMEBU disposait d'un stock trop important de préservatifs issus du SEP-CNLS tandis que le PNSR a dû louer un entrepôt supplémentaire pour stocker les préservatifs approvisionnés par le FNUAP. Les préservatifs procurés par le SEP-CNLS ne sont pas actuellement distribués, et ne le seront pas tant que les stocks procurés par le FNUAP n'auront pas diminué.

131. En avril 2011, le PNSR et le SEP-CNLS ont organisé leur première supervision conjointe sur 13 provinces. Le rapport de cette mission n'avait pas été publié et n'était pas disponible pour l'OIG. Lors d'un entretien avec le personnel du PNSR, l'OIG a appris que la mission avait révélé des déséquilibres importants dans la distribution, car certaines provinces disposaient d'un excès de stock et d'autres frôlaient la rupture de stock.

Achats

132. L'OIG a examiné les dossiers d'appel d'offres concernant le matériel médical, les médicaments contre les IO, les ARV, les préservatifs et les fournitures de laboratoire. Le processus d'appel d'offres était généralement bien organisé et aboutissait à une analyse et une attribution transparentes et équitables. Des faiblesses ont cependant été constatées en matière de coordination centrale et de contrôle interne. L'inexistence d'une demande formelle pour lancer les actions d'achat en est un exemple. Un manque de coordination entre l'unité chargée des achats et les unités des programmes a également été constaté, au sujet de la planification et du suivi des achats lors de la mise en œuvre du plan de GAS approuvé.

Contrôle qualité

133. Le marché des produits pharmaceutiques au Burundi est totalement dérégulé puisque la Direction de la Pharmacie, du Médicament et du Laboratoire (DPML) est incapable de recenser les médicaments entrant dans le pays. Le contrôle qualité des médicaments achetés avec les subventions du Fonds mondial revêt donc une importance particulière. La création d'un laboratoire pour le contrôle qualité est en cours au Burundi mais il n'est pas encore opérationnel. Le SEP-CNLS utilise donc les services de International Medical Solutions, un laboratoire situé en Afrique du Sud, pour contrôler la qualité des médicaments achetés avec les subventions des Série 5 et 8 allouées à la lutte contre le VIH. L'OIG n'a pu démontrer que ce laboratoire détenait la certification ISO 17025, ni qu'il faisait partie de la liste des laboratoires pré-qualifiés par l'OMS pour le contrôle qualité (17^{ème} édition, janvier 2011).

VIH : Recommandations pour la GAS

Recommandation 21 (Prioritaire)

Le SEP/CNLS doit élaborer des Directives thérapeutiques standard pour les infections opportunistes afin de garantir l'adéquation de la gestion des patients et la rationalité de l'utilisation des médicaments contre les infections opportunistes.

Recommandation 22 (Prioritaire)

Un inventaire physique de tous les médicaments contre les IO doit être entrepris dans les pharmacies des sites de traitement du VIH afin d'identifier les centres de santé qui disposent d'une quantité de médicaments contre les IO dépassant leurs besoins, et de les distribuer aux centres qui en manquent.

Recommandation 23 (Importante)

Le MSPLS doit envisager la remise en fonction du comité multipartenaire pour coordonner la quantification des produits pharmaceutiques.

Recommandation 24 (Importante)

Le SEP-CNLS doit élaborer et adopter un manuel de procédures de gestion des produits pharmaceutiques pour la quantification, l'achat, la gestion des stocks, la distribution des médicaments, les systèmes de suivi, la supervision et l'assurance qualité.

Recommandation 25 (Importante)

Le SEP CNLS doit s'assurer que SIDA Info est totalement opérationnel et mis en œuvre dans l'ensemble des sites de traitement. Les données de SIDA Info doivent être utilisées par le SEP CNLS conjointement avec les données de consommation pour prévoir et superviser la consommation.

Recommandation 26 (Importante)

Le MSPLS doit envisager la remise en fonction du comité multipartenaire pour la gestion des préservatifs comme indiqué dans la politique nationale 2009.

Tuberculose

134. Les médicaments de première intention contre la tuberculose sont achetés via le dispositif mondial d'approvisionnement en médicaments antituberculeux (GDF) qui conduit des missions annuelles pour assister le PNLT dans la quantification. Le

processus fonctionne bien et ne contient que quelques problèmes mineurs comme par exemple une rupture de stock d'une préparation pédiatrique à base de rifampicine et d'isoniazide qui a eu lieu en 2010. L'OIG n'a identifié aucun risque dans ce processus d'approvisionnement. Les médicaments contre la tuberculose MDR sont achetés avec des fonds Gouvernementaux via Action Damien. Le seul achat de produits pharmaceutiques réalisé directement par le PNLT concerne une petite quantité de médicaments nécessaires au projet pilote sur la santé pulmonaire globale (APSR - Approche Pratique de la Santé Respiratoire) dans la province de Bubanza.

135. Les centres de traitement de la tuberculose (CDT et CT) sont approvisionnés en médicaments antituberculeux par la pharmacie de district. Les besoins en réapprovisionnement sont évalués lors des réunions provinciales de vérification des données qui ont lieu chaque trimestre. Les médicaments sont livrés de la CAMEBU aux pharmacies de district par le coordinateur tuberculose de la province. Ils sont distribués aux centres de traitement contre une demande d'achat vérifiée par le responsable médical du district et le coordinateur tuberculose de la province. Le processus fonctionne avec efficacité. Cependant, l'OIG a constaté que parmi les cinq pharmacies de district visitées lors de la mission, trois ne disposaient pas d'un espace de stockage des médicaments correspondant aux critères acceptables. Les pharmacies de district n'ont été incluses que récemment dans la chaîne d'approvisionnement des médicaments contre la tuberculose, dans le cadre de la politique de décentralisation du secteur de la santé publique. Une mise en œuvre trop rapide de cette politique risque d'avoir un effet négatif sur la qualité de la lutte contre la tuberculose.

136. Le PNLT n'a pas la capacité ni le personnel qualifié pour gérer seul l'approvisionnement des produits pharmaceutiques même si le volume des achats qu'il gère actuellement est très faible. Le PNLT a par exemple approvisionné l'APSR en fournitures médicales et en médicaments dans le cadre de la subvention de la Série 7 du Fonds mondial. L'examen des pratiques d'achats par l'OIG a révélé des faiblesses en matière de planning pour l'approvisionnement, de processus d'appel d'offres et de tenue des registres. A titre d'exemple, le contrat pour la fourniture des médicaments pour l'APSR (Soumission n° AOO 011/2010) a été attribué à un fournisseur local après un appel d'offres ouvert à l'international. L'appel d'offres a uniquement été publié dans un journal local d'annonces publiques et a été émis deux fois après annulation de l'appel d'offres initial. Les deux fois, le fournisseur local a été l'unique soumissionnaire. L'OIG a constaté que les coûts unitaires des médicaments dans ce contrat étaient bien plus élevés que les prix des mêmes médicaments vendus par la CAMEBU. Ils étaient également beaucoup plus élevés que les coûts estimés dans le plan de GAS.

Contrôle qualité

137. Les médicaments achetés pour l'APSR par le PNLT n'ont subi aucune procédure de contrôle qualité ce qui est particulièrement risqué. Les médicaments ont été achetés localement, sur un marché qui manque de réglementation et de contrôle.

Tuberculose : Recommandations GAS

Recommandation 27 (Prioritaire)

Le PNLT doit s'abstenir d'acheter des médicaments, des réactifs et des fournitures médicales pour l'APSR. C'est la CAMEBU qui doit le faire dans le cadre d'un protocole d'accord. Un planning annuel et une livraison par avion doivent faciliter le processus et éviter d'éventuels retards dans la mise en œuvre des prestations de services.

Recommandation 28 (Importante)

En l'absence d'une Agence nationale de réglementation pour assurer la qualité des médicaments et des diagnostics, le BP doit travailler avec des experts techniques à la définition de spécifications applicables à l'achat de produits médicaux.

Recommandation 29 (Importante)

Une évaluation des pharmacies de district doit être menée afin de sélectionner celles qui ont la capacité de stocker et de gérer correctement les médicaments contre la tuberculose. Les districts qui ne disposent pas de pharmacies de district satisfaisantes ne doivent pas être pris en compte dans l'organisation de la chaîne d'approvisionnement des médicaments contre la tuberculose. Dans ce cas, les médicaments pourraient être directement distribués aux CDT par la CAMEBU.

Paludisme

ACT

138. Le SEP-CNLS, bénéficiaire principal des deux subventions pour la lutte contre le paludisme, est chargé de la quantification nationale des ACT et des produits antipaludiques pour les laboratoires. Il est également chargé de leur approvisionnement d'après (i) les informations concernant leur distribution et leurs disponibilités et (ii) les données de morbidité due au paludisme enregistrées par les centres de santé. Le suivi de l'utilisation des médicaments et des réactifs au niveau des centres de santé ne fait cependant pas partie des attributions du SEP-CNLS. Cette responsabilité incombe aux structures du ministère de la santé, à savoir le Programme National Intégré de Lutte contre le Paludisme (PNILP) au niveau central et les autorités sanitaires des districts pour ce qui est du niveau périphérique.

Dans le cadre de la subvention de la Série 2 du Fonds mondial octroyée pour la lutte contre le paludisme, deux combinaisons d'Artésunate et d'Amodiaquine de formulations différentes ont été achetées par le SEP-CNLS via l'UNICEF:

- a) De 2005 à 2008: Une formulation d'Artésunate et d'Amodiaquine en co- blister produite par CIPLA, les laboratoires IPCA et Guilin Pharmaceutical ;
- b) Depuis 2009: L'ASAQ, co-formulé, produit par Sanofi-Aventis.

139. L'unité de lutte contre le paludisme du SEP-CNLS ne dispose pas d'un manuel de procédures pharmaceutiques. Un pharmacien (recruté en décembre 2010) est chargé de la quantification, du calcul du réapprovisionnement national, du suivi de la distribution et de la gestion des stocks d'ACT. La distribution des ACT est basée sur la consommation moyenne mensuelle, comme le confirme le ministre de la santé dans une lettre datant du mois de mai 2009.

140. Suite au fait que le nombre de cas de paludisme enregistrés et la consommation d'ACT ont doublé entre 2008 et 2010, et aux soupçons concernant une sur-utilisation des ACT et de possibles détournements de médicaments en 2010, le SEP-CNLS a commencé à rationner le réapprovisionnement des ACT dans les pharmacies de district début 2011. Avec l'approbation du PNILP, le SEP-CNLS a réduit les commandes mensuelles de réapprovisionnement en se basant sur le nombre de cas de paludisme confirmé enregistré le mois précédent. En février 2011, le SEP-CNLS a instauré une nouvelle méthode de calcul des quantités d'ACT nécessaires pour le réapprovisionnement, en se basant sur l'incidence nationale du paludisme

indépendamment des groupes d'âges ou de la situation géographique. Les deux tentatives de rationnement du réapprovisionnement des ACT se sont soldées par une augmentation du nombre de déclarations de rupture de stock d'ACT et par une hausse de la consommation de quinine pour traiter le paludisme. Face à cela, le ministère de la santé a organisé une réunion des partenaires de la santé avec le PNILP et le SEP-CNLS le 16 mai 2011. Les participants se sont mis d'accord pour reprendre la méthode de calcul des quantités de réapprovisionnement basée sur la consommation mensuelle moyenne.

141. Les visites de terrain de l'OIG dans les pharmacies de district, les centres de santé et les hôpitaux ont confirmé que le rationnement des ACT en 2011 a sévèrement bouleversé la gestion des stocks aux niveaux périphériques. Les stocks de sécurité ont été entamés, la fréquence des ruptures de stock des formulations d'ACT spécifiques à certains groupes d'âge s'est accélérée et l'utilisation de la quinine pour traiter le paludisme a considérablement augmenté. Mais l'OIG a également observé des situations où les perturbations dans la chaîne d'approvisionnement ont eu l'effet inverse. La pharmacie du district de Kayanza par exemple, n'avait pas été approvisionnée en ACT depuis janvier 2011 lors de la visite de l'OIG en mai 2011. Mais la pharmacie détenait un stock de plus de 28 mois de ASAQ 25/67.5 mg et un stock de plus de 18 mois de ASAQ 100/270 mg dont les dates de péremption arrivaient à échéance dans les 12 mois. La distribution mensuelle moyenne d'ACT dans le district n'avait pas été recalculée depuis avril 2009.

142. Les données nationales sur la consommation d'ACT en 2010 sont semblables à quelques points près, à l'incidence du paludisme enregistrée. Une analyse au niveau du district a montré qu'en 2010, sept districts sur les 45 ont fait une surconsommation importante d'une formulation d'ACT à dose fixe. Ces sept cas nécessitent une analyse plus approfondie en examinant la qualité des données et en envisageant la possibilité que des formulations à faible doses ait été administrées en double afin de compenser les ruptures de stock des formulations à plus forte dose. Des incohérences dans la consommation d'ACT de certains centres de santé ont été signalées à l'ALF en 2010 par le SEP-CNLS. Selon le pharmacien du SEP-CNLS, la police poursuit une enquête. Les constats soulignent la nécessité de renforcer le système de suivi des flux d'ACT mais rien n'indique d'éventuels détournements institutionnels des ACT.

Produits de laboratoire

143. De graves pénuries de coloration de Giemsa utilisée pour la microscopie dans la lutte contre le paludisme ont eu lieu au cours des années 2009 et 2010 ainsi qu'une pénurie de vaccinostyles pour la prise d'échantillons de sang pour la microscopie depuis fin 2009. Ces éléments n'ont jamais été quantifiés dans le plan de GAS mais ont simplement été inclus dans un volume général de produits de laboratoire. A l'époque de la mission de l'OIG, les vaccinostyles étaient toujours en rupture de stock au niveau central mais aucune commande n'avait été passée.

Achats

Achats des ACT

144. Le SEP-CNLS achète des ACT depuis 2004 dans le cadre d'un contrat direct avec l'UNICEF. Cette approche a jusqu'à maintenant assuré un approvisionnement opportun sans créer aucune période de pénurie. L'OIG a examiné le processus d'approvisionnement depuis 2004 à partir du fournisseur jusqu'à la

CAMEBU et l'a trouvé satisfaisant en termes de procédures et de sécurité. Il faut néanmoins se poser la question du renforcement du système de santé national. La CAMEBU représente l'institution au sein du système de santé, chargée de la gestion des achats et des stocks de médicaments essentiels.

Actions d'achat par PSI en tant que sous-bénéficiaire du programme de lutte contre le paludisme du SEP-CNLS

145. La quantification des moustiquaires pour la campagne de distribution de masse menée en 2011 dans le cadre de la subvention de la Série 9 de lutte contre le paludisme, a été réalisée par CED-Caritas sur la base d'un recensement des ménages organisé en 2010 par le SEP-CNLS dans les huit provinces cibles. Environ 2,3 millions de moustiquaires ont été achetées puis stockées et distribuées par PSI dans le cadre d'un protocole d'accord signé avec le SEP-CNLS en novembre 2010.

146. L'OIG a constaté les carences/anomalies suivantes dans l'achat, par SEP-CNLS, des services de PSI en matière de logistique et de soutien à la gestion de la chaîne d'approvisionnement pour la distribution nationale des MILD.

a) L'estimation du coût des services n'était pas mentionnée dans l'accord signé en novembre 2010 car le budget n'avait pas encore été finalisé;

b) Dans un avenant au contrat, datant de février 2011, les frais généraux de PSI/Washington ont été définis à neuf pour cent, sans qu'aucune indication sur les coûts estimés des services n'ait été précisée;

147. L'OIG a relevé les faiblesses suivantes dans le processus d'achat mené par PSI pour sélectionner les fournisseurs en matière de stockage, de sécurité et de transport pour la campagne nationale de distribution des MILD. Des responsables chez PSI ont attribué les lacunes du processus d'approvisionnement au délai relativement court qui leur avait été donné pour effectuer le transport des moustiquaires vers les points de distribution communaux. Contrat avec PSI signé le 10 novembre 2010.

a) Court délai de réponse à l'appel d'offres pour la soumission des offres de services de transport par les prestataires.

b) Deux des trois fournisseurs qui ont soumis des offres pour les services de sécurité ont reçu l'appel d'offres un jour avant l'ouverture des plis. Cela implique que les soumissionnaires qui n'ont pas été sélectionnés n'ont pas eu le temps nécessaire pour préparer leurs offres, et que l'appel d'offres n'était donc ni concurrentiel ni équitable. Le coût des services de sécurité s'élevait à 95 488 946 BIF (environ 98 416 dollars US).

c) Les offres de services pour la sécurité, le stockage et le transport ont uniquement été évaluées sur la base des propositions techniques au lieu de prendre en compte l'aspect technique parallèlement au coût, afin de déterminer le meilleur rapport qualité prix pour ces services. Cela est contraire à la réglementation nationale en matière d'approvisionnement ;

d) Des coûts supplémentaires s'élevant à 22 585 404 BIF (environ 18 656 dollars US), correspondant à la manutention et au carburant, se sont rajoutés au contrat initial de 192 042 903 BIF (environ 158 713 dollars US).

Contrôle qualité

148. Bien que la formulation d'ASAQ sélectionnée soit pré-qualifiée par l'OMS et apparaisse sur la liste des médicaments approuvés par le Fonds mondial, le budget de la première phase de la Série 2 de la subvention reconduite (RCC) pour la lutte contre le paludisme incluait une ligne pour le contrôle qualité des ACT, des moustiquaires, des tests de diagnostic rapide et des lames pour les échantillons de sang. Ni le ministère de la santé ni le SEP- CNLS n'ont jamais élaboré une politique ou entrepris des procédures de contrôle qualité et l'intégralité de ce budget reste inutilisée.

Paludisme : Recommandations GAS

Recommandation 30 (Prioritaire)

Le programme de lutte contre le paludisme du SEP-CNLS doit élaborer un système de suivi et de reporting efficace pour les ACT et les fournitures de laboratoire.

Recommandation 31 (Prioritaire)

Le SEP-CNLS doit effectuer un examen indépendant détaillé, en accord avec le Secrétariat du Fonds mondial, de toutes les dépenses engagées par PSI dans le cadre de sa prestation de services relative à la logistique et à la distribution de masse des moustiquaires. Toute dépense inéligible devra être remboursée par PSI.

Recommandation 32 (Prioritaire)

Le MSPLS et le SEP-CNLS doivent élaborer des politiques et des procédures pour le contrôle qualité des médicaments et des produits sanitaires dont les ACT, les moustiquaires et les tests de diagnostic rapide.

Recommandation 33 (Importante)

Sous la supervision du MSPLS, le programme de lutte contre le paludisme du SEP-CNLS doit documenter, dans le cadre d'un manuel de procédures pharmaceutiques, les processus et procédures applicables à la quantification, l'achat, la distribution, le suivi, le reporting et la gestion des ACT. Ce manuel doit inclure des outils standard que pourraient utiliser les centres de santé pour les commandes et le reporting.

Recommandation 34 (Requiert une attention particulière)

Le MSPLS et le SEP-CNLS doivent envisager d'attribuer progressivement à la CAMEBU, la responsabilité de l'approvisionnement des médicaments antipaludiques et des produits sanitaires associés, avec comme objectif à long terme de renforcer ses capacités afin qu'elle puisse assumer pleinement son rôle de centrale d'achats médicale pour le Burundi. La CAMEBU doit initialement être chargée de la gestion des achats des ACT pour le programme de lutte contre le paludisme, tâche actuellement attribuée à l'UNICEF.

Recommandation 35 (Requiert une attention particulière)

Suite à l'évaluation des capacités d'achat de la CAMEBU, jugées adéquates, le SEP-CNLS doit envisager de confier à la CAMEBU l'ensemble des tâches liées à l'achat d'ACT.

Achats de biens et services non médicaux

149. En ce qui concerne les achats de biens et services non médicaux, réalisés par les organisations chargées de la mise en œuvre des subventions qui ont été auditées (les BP, les SB et les organisations de mise en œuvre), l'OIG a dressé les constats généraux suivants:

- a) Manque de preuve justifiant de la publication d'un appel d'offres ou d'une comparaison des prix pour l'achat de biens/services ; non-conformité à la réglementation et aux procédures d'achat (délais plus courts pour la soumission des réponses par les fournisseurs, absence de spécifications techniques. Voir annexe 9).
- b) Dans les contrats d'achat, les clauses sur les pénalités encourues par les fournisseurs en cas de retard de livraison des biens/services n'ont pas été appliquées telles qu'il est stipulé dans le contrat.

Achats de biens et services non médicaux

Recommandation 36 (Importante)

Il est nécessaire que tous les BP, les SB et les organisations chargées de la mise en œuvre puissent prouver qu'un bon rapport qualité prix est obtenu pour les biens et services, en s'assurant qu'un appel d'offres concurrentiel et transparent a bien lieu préalablement à l'achat des biens et services.

Recommandation 37 (Importante)

Afin de garantir la livraison dans les délais, par les fournisseurs, des biens et services destinés aux programmes, tous les BP et SB doivent s'assurer que les clauses sur les pénalités en cas de retard de livraison des biens par les fournisseurs sont appliquées, ce qui aura un effet dissuasif.

Chaîne d'approvisionnement des produits pharmaceutiques

La CAMEBU

150. La CAMEBU est une entreprise publique créée par décret en mars 2000. Bien qu'elle soit gérée de manière autonome et qu'elle dispose d'un capital propre, elle est sous l'autorité directe du ministère de la santé. Les cadres supérieurs sont nommés par le ministre. Les procédures d'achat et les procédures administratives de la CAMEBU sont celles du service public. Un manuel des procédures d'exploitation standards est en cours d'élaboration avec l'aide d'un projet d'assistance technique financé par le DFID. Les zones de stockage sont généralement en bon état et bien entretenues. La capacité totale de stockage est comprise entre 2 500 m² et 3 000 m² organisés en 6 zones de stockage réparties dans un seul bâtiment construit en U. Tous les entrepôts sont assurés contre les risques de vols et d'incendies.

151. En tant que sous-bénéficiaire du SEP-CNLS et du PNLT, la CAMEBU reçoit les médicaments et les fournitures médicales, gère les stocks au niveau central et approvisionne les centres de santé avec les médicaments et les réactifs financés par le Fonds mondial. Ces activités sont encadrées par de vastes protocoles d'accord signés avec les BP. Cependant, ces protocoles ne détaillent pas le niveau de service que les unités du SEP-CNLS chargées de la gestion des subventions de lutte contre le VIH et le paludisme doivent attendre de la CAMEBU. Le renforcement de la relation opérationnelle entre la CAMEBU et les BP contribuerait grandement à atteindre l'objectif de renforcement des systèmes de santé. La CAMEBU pourrait par exemple communiquer mensuellement aux BP un « profil des ventes » des principaux produits pharmaceutiques, qui remplacerait la méthode de calcul actuelle des consommations mensuelles par les BP eux-mêmes.

152. L'espace de stockage à la CAMEBU est limité. Il était un peu difficile de stocker les marchandises qui s'écoulaient rapidement telles que le Cotrimoxazole et le Paracétamol. Le stock est réparti sur plusieurs bâtiments. Le stock acheté avec le

soutien du Fonds mondial est physiquement séparé des autres stocks donnés ou achetés. Cela comporte des avantages mais requiert beaucoup de place. A cause des restrictions en termes d'espace, des médicaments identiques, financés par le Fonds mondial, sont stockés dans des bâtiments différents, ce qui complique l'inventaire. Ce problème est exacerbé par la pratique des BP qui consiste à lancer un appel d'offres annuel conformément aux plans de GAS, ce qui implique que la CAMEBU doive stocker la fourniture d'une année entière. Puisque tous les médicaments contre le VIH et le paludisme sont acheminés par avion, les livraisons pourraient facilement être organisées tous les 6 mois. Cette méthode comporte deux principaux avantages: (i) une gestion rationnelle de l'espace de stockage à la CAMEBU; (ii) un meilleur contrôle des risques de péremption puisque le second arrivage est livré avec une échéance plus tardive que s'il avait été livré 6 mois plus tôt.

153. Les produits pharmaceutiques achetés par d'autres partenaires mais utilisés dans les programmes financés par le Fonds mondial (ex : les dons de médicaments contre les IO) sont stockés avec les produits pharmaceutiques achetés par les BP et maintenus dans l'inventaire de la CAMEBU sur les médicaments du Fonds mondial. Puisque les méthodes d'achat de ces médicaments et le type de contrôle qualité qu'ils ont subi nous sont inconnus, il est possible que des médicaments de mauvaise qualité ou même des contrefaçons se mêlent aux médicaments financés par le Fonds mondial.

154. Le système d'information de la CAMEBU est organisé verticalement avec quatre bases de données différentes, une pour chaque client principal. Il existe quatre manières différentes de codifier les clients, les mêmes médicaments peuvent apparaître dans chacune des bases de données (par exemple les médicaments contre les IO achetés par le SEP-CNLS, les médicaments contre les IO achetés par la CAMEBU, etc.), les éléments sont évalués différemment dans chaque base de données, et dans le cas d'une donation, les médicaments peuvent ne pas être évalués du tout. Il pourrait être bien plus efficace de créer une base de données unique pour tout le stock de la CAMEBU et déterminer l'emplacement des médicaments en fonction de leur type sans considération de leur financement ni de leur provenance, étant donné que la CAMEBU détient «l'ensemble du stock national».

Les pharmacies de district

155. La création des pharmacies de district fait partie du processus de décentralisation du secteur de la santé, entamé en 2007. L'OIG a visité cinq PD entre lesquelles il a constaté de grands écarts en termes de capacité et de performance. Les PD souffrent généralement d'une grave pénurie de personnel qualifié. La plupart d'entre elles sont gérées par des infirmières dont le niveau de formation en gestion de pharmacie est très variable. Chaque gestionnaire de pharmacie utilisait une période différente pour le calcul de la consommation mensuelle moyenne, cette variable essentielle permettant d'assurer le réapprovisionnement en ACT, ARV et autres médicaments. Des procédures d'exploitation standards pour la gestion des médicaments au niveau des districts ont été publiées par le ministère de la santé en avril 2011. Cela pourrait apporter des améliorations mais le taux très élevé de mobilité du personnel risque d'altérer cette réussite. Certaines pratiques désastreuses qui ont été observées dans la manipulation des produits pharmaceutiques comme par exemple le stockage de médicaments dans un carton sous un évier (pharmacie de district de Kayanza) ou des pilules conservées dans un récipient ouvert cerné d'excréments de souris (pharmacie de district de Ngozi), indiquent clairement que la supervision des pharmacies restent insuffisante.

Chaîne d'approvisionnement des Produits Pharmaceutiques:

Recommandations

Recommandation 38 (Importante)

Pour l'achat de produits médicaux anti-VIH et antipaludiques, le BP doit envisager de convenir avec les fournisseurs de livraisons échelonnées avec une clause contractuelle spécifiant que les quantités de la deuxième livraison pourront être ajustées à un certain pourcentage des quantités initialement requises.

Recommandation 39 (Importante)

Le MSPLS doit impliquer le personnel pharmaceutique des programmes nationaux de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, dans une supervision de soutien des pharmacies de district, ce qui est actuellement réalisé par les Bureaux de santé des districts.

Recommandation 40 (Requiert une attention particulière)

Le SEP-CNLS doit établir un accord avec la CAMEBU afin de spécifier le niveau et les types de services qu'il exige de la CAMEBU dans le cadre des programmes de lutte contre le VIH et le paludisme.

Recommandation 41 (Requiert une attention particulière)

La CAMEBU doit créer une base de données unique pour tout son stock et disposer les médicaments en fonction de leur type sans considération de leur financement ni de leur provenance.

Recommandation 42 (Importante)

Le SEP-CNLS doit renforcer les capacités de son unité pharmaceutique en matière de collecte des données, de reporting et de supervision, et s'assurer que les rôles et responsabilités de l'unité pharmaceutique correspondent bien aux besoins du programme. Le programme peut considérer comme nécessaire l'engagement d'une assistance technique pour la mise en œuvre de cette recommandation.

Gestion financière et contrôle financier

L'audit a démontré que la gestion financière de l'ensemble des organisations auditées (BP, SB et organisations chargées de la mise en œuvre) pouvait encore être améliorée. Cette amélioration peut être obtenue en veillant à (a) une disponibilité suffisante de comptables qualifiés parmi le personnel et (b) la mise en place de la supervision et de l'accompagnement des entités de mise en œuvre par les Bénéficiaires Principaux.

156. L'audit de l'OIG a porté sur les recettes, les dépenses et le reporting financier des subventions de quatre BP, à savoir le SEP-CNLS, le PNLT, RBP+ et CED-CARITAS. De plus, l'équipe de l'OIG a audité les dépenses et les recettes des subventions auprès d'une sélection de SB et de partenaires de mise en œuvre des BP mentionnés ci-dessus, à savoir l'ANSS, PSI, AFASI, ABS, RBP+, certains hôpitaux régionaux et quelques organisations de la société civile.

Faiblesses communes en matière de gestion financière et de contrôle interne chez tous les BP et les SB audités

157. L'OIG a constaté des faiblesses communes en matière de gestion financière et de contrôle financier dans les organisations chargées de la mise en œuvre de la subvention qui ont été auditées (BP, SB et organisations de mise en œuvre). Les principales causes de ces faiblesses communes en matière de gestion financière et de contrôle interne sont (a) un manque de personnel qualifié pour la comptabilité dans le pays et (b) une supervision de soutien insuffisante de la part des bénéficiaires principaux auprès des entités de mise en œuvre. Les recommandations correspondant aux constats communs sont décrites dans ce rapport en annexe 2. De plus, les annexes 2 et 9 de ce rapport donnent quelques exemples/illustrations des faiblesses de certaines organisations de mise en œuvre de la subvention qui ont été auditées. Tous les BP et les principaux SB des subventions du Fonds mondial doivent fournir des lettres de recommandations à toutes les organisations de mise en œuvre en vue de préparer des plans d'action de gestion destinés à solutionner les constats communs suivants.

Comptabilité, documentation et reporting financier

a) Les dépenses subventionnées n'étaient pas codifiées de manière précise sur les bordereaux de paiement, en fonction des postes budgétaires du Fonds mondial, afin de faciliter le contrôle budgétaire.

b) L'OIG a constaté, dans certains cas, une faiblesse dans le contrôle et le suivi des budgets de la subvention, ce qui pourrait entraîner les bénéficiaires/organisations chargées de la mise en œuvre à dépasser les budgets qui leur avaient été alloués.

c) Les avances de fonds aux organisations pour les activités de mise en œuvre des programmes ont été traitées comme des dépenses et reportées sur des comptes de dépenses dans le grand livre. Les raisons de cette erreur résident dans (a) un manque de compétences professionnelles des comptables sur les programmes et (b) un défaut de supervision de soutien de la part des BP.

d) Les SB n'ont pas systématiquement corrigé les erreurs que les BP ont constatées

dans leurs rapports financiers. La cause réside dans le fait que les retours faits au SB étaient souvent tardifs. De plus, à cause d'un manque de compétences professionnelles, certains comptables des SB n'ont pas accordé une grande importance au fait d'apporter ces corrections/ajustements dans leurs livres/logiciels.

e) Les indemnités journalières versées aux équipes excèdent parfois le montant établi par les entités auditées. Cela s'explique par le fait que le montant établi que paient les BP/SB était insuffisant pour couvrir le coût minimum raisonnable de la nourriture et de l'hébergement des équipes du programme.

f) Les bordereaux de paiement et les pièces justificatives n'étaient pas correctement numérotés consécutivement, ni archivés chronologiquement de manière à faciliter la recherche des documents comptables.

g) Dans certains cas, l'OIG n'a pas pu vérifier que les responsables du programme avaient examiné les justificatifs de paiement et les factures correspondantes avant d'effectuer les paiements en raison de l'absence des signatures requises.

h) Les rapports financiers soumis par les bénéficiaires des subventions différaient des données financières présentes dans leur logiciel de comptabilité. Les rapports avaient été élaborés à partir des relevés bancaires à cause du retard de certaines transactions financières qui n'avaient pas été enregistrées dans le logiciel.

i) Les rapports financiers des SB n'ont pas été élaborés en fonction des postes budgétaires du programme subventionné, ce qui n'a pas facilité la consolidation des rapports financiers de la subvention par les BP.

j) L'OIG a constaté que les rapprochements bancaires étaient effectués tous les trimestres, au moment de la préparation des rapports financiers, ce qui entraîne le risque que les erreurs et les irrégularités ne soient pas détectées à temps ; de plus, dans certains cas, rien n'indiquait que ces rapprochements bancaires avaient été contrôlés par un responsable (absence de signature).

k) Les manuels des opérations et des procédures n'ont pas été mis à jour ; et certains SB ne disposaient pas du manuel financier ni du manuel des opérations qui fournissent les directives pour la gestion financière des subventions et la mise en œuvre des programmes.

l) L'OIG a constaté divers cas où les pièces justificatives des dépenses de voyage et de formation étaient inadéquates, car le manuel des opérations et des procédures ne comportait pas de politique claire qui définisse les documents justificatifs nécessaires pour ces types de dépense. Voir annexes 5 et 6.

Achats et contrats

m) Manque de preuve justifiant de la publication d'un appel d'offres ou d'une comparaison des prix pour l'achat de biens/services; non-conformité à la réglementation et aux procédures d'achat (délais plus courts pour la soumission des réponses par les fournisseurs, absence de spécifications techniques, etc.). Voir annexe 9

n) Dans les contrats d'achat, les clauses sur les pénalités encourues par les fournisseurs en cas de retard de livraison des biens/services n'ont pas été appliquées

telles que visées aux contrats.

Paielement de la TVA

o) La TVA a été payée pour certains biens/services financés par les subventions, contrairement aux accords de subvention. L'OIG n'a pas observé la preuve que les TVA payées aient été récupérées auprès des autorités fiscales dans les meilleurs délais. Voir annexe 3.

Contrats du personnel et retenues légales

p) Les retenues légales, telles que les impôts sur le revenu et les contributions sociales, n'ont pas été retenues sur les salaires des employés. L'OIG a constaté que les déductions relatives aux impôts sur le revenu et aux contributions sociales, n'avaient pas été incluses aux contrats de travail des salariés.

Gestion des immobilisations

q) Les registres des immobilisations n'ont pas été mis à jour régulièrement afin de faciliter le contrôle et la comptabilité des actifs du programme subventionné ; et dans certains cas, le registre des immobilisations n'était pas tenu.

r) L'OIG a relevé des cas où le bon de livraison n'avait pas été préparé par le BP/SB ou signé par le bénéficiaire final des biens du programme (ex: équipement et véhicules).

158. L'OIG a relevé des dépenses qui ne devaient pas être imputées sur les subventions. Ces dépenses sont détaillées dans les annexes 3, 4, 7 et 8. Le Secrétariat doit envisager un remboursement par les BP.

GESTIÓN FINANCIÈRE DES BÉNÉFICIAIRES PRINCIPAUX

Gestion financière des BP Programme de lutte contre le VIH/sida du SEP-CNLS

159. A l'occasion de l'audit, l'OIG a relevé les faiblesses suivantes dans la gestion financière et le contrôle interne du SEP-CNLS :

- a) Les pièces justificatives des dépenses de voyage, de formation et de carburant étaient inadéquates car le manuel des opérations et des procédures ne comporte pas de politique claire qui définisse les pièces justificatives nécessaires pour ces types de dépense. Voir exemples dans les annexes 5 et 6.
- b) D'autres faiblesses du contrôle interne sont détaillées au paragraphe 134 et en annexe 2. Les recommandations correspondant aux constats de l'audit sont également décrites en annexe 2. Il est demandé au BP de pallier à ces faiblesses au sein de sa propre organisation et de transmettre des lettres de recommandations à tous ses SB afin de préparer des plans d'action de gestion destinés à solutionner les problèmes communs constatés dans le contrôle interne.

Gestion financière des BP Programme de lutte contre le paludisme du SEP-CNLS

160. L'OIG a relevé les faiblesses suivantes en matière de gestion financière lors de l'audit du SEP-CNLS en tant que BP du programme de lutte contre le paludisme:

- a) L'accord signé en novembre 2010 avec PSI pour sa prestation de soutien logistique pour la distribution des MILD, ne spécifiait pas une estimation du coût des services, ce qui laissait place aux augmentations de coûts;
- b) Sans qu'aucun coût des services n'ait été précisé, le contrat mentionné ci-dessus a été modifié en janvier 2011 afin d'inclure neuf pour cent de frais de gestion/frais généraux pour le siège social de PSI à Washington DC. L'OIG n'a pas pu vérifier la validité et le bien-fondé du montant de ces frais généraux imputés sur la subvention par PSI;
- c) Une avance de 1,3 million de dollars US a été payée à PSI en février 2011 sans qu'un montant ait été convenu pour le contrat avec ventilation du budget ;
- d) Un paiement de 108,1 millions de BIF (environ 89 085 dollars US) a été effectué en janvier 2009 par le BP à PSI pour mettre en œuvre les activités du programme en prévision d'une subvention du Fonds mondial. Les activités que PSI a mises en œuvre n'ont finalement pas été incluses dans l'accord de subvention du Fonds mondial. Le BP doit encore 299 000 dollars US à PSI. PSI a lancé une procédure d'arbitrage auprès de la CCM;
- e) L'important fonds de réserve de liquidités maintenu pour financer les activités des programmes du PNILP (dû au manque de capacité de ce dernier en matière de gestion financière) faisait l'objet d'un faible contrôle : les paiements individuels au comptant issus du fonds variaient entre 10 000 et 30 000 dollars US et aucun comptage de caisse régulier n'avait lieu pour contrôler les fonds;

f) Les avances faites par le BP à ses SB, comme par exemple au PNILP, pour la mise en œuvre des activités de leurs programmes, restent parfois quatre mois après la date limite établie pour la justification de cette avance avant d'être liquidées; et

g) Un examen de l'achat de 2 000 litres de deltaméthrine (utilisée en pulvérisation pour lutter contre les moustiques) pour un montant de 21 915 dollars US a confirmé qu'il n'y avait pas eu, comme l'avait constaté l'ALF, d'appel d'offres équitable puisque deux sociétés affiliées ont soumis des offres. De plus, l'examen d'un constat de l'ALF sur l'achat de fournitures en septembre 2010 pour un montant total de 23 028 dollars US, a indiqué que les prix payés excédaient les prix actuels de ces marchandises sur le marché.

h) D'autres faiblesses décelées dans le contrôle interne sont détaillées au paragraphe 134 et en annexe 2. Les recommandations correspondant aux constats de l'audit sont décrites en annexe 2.

Gestion financière des BP: Programme de lutte contre le VIH/sida de RBP+ dans le cadre de la Série 8

161. RBP+ impute 80 pour cent du montant de la location de son bureau et 100 pour cent du montant de la location de ses bureaux provinciaux sur la sous-subvention de lutte contre le VIH reçue du SEP-CNLS. L'OIG a constaté que tous les bureaux de RBP+ organisent d'autres activités qui ne sont pas financées par la subvention du Fonds mondial. De plus, l'OIG n'a pas trouvé une formule équitable pour le partage des coûts de location.

162. L'OIG a relevé des erreurs dans le paiement des dépenses subventionnées, qui sont détaillées en annexe 7.

Gestion financière des BP : CED-CARITAS (Programme de lutte contre le paludisme de la Série 9)

163. Le programme ayant démarré en juillet 2010, l'audit a couvert une période de six mois jusqu'au 31 décembre 2010. Aucun constat significatif/pertinent de l'audit n'est à noter mais l'OIG a constaté des faiblesses dans le contrôle interne, qui sont détaillées au paragraphe 134 et en annexe 2. Les recommandations correspondant aux constats de l'audit sont décrites en annexe 2. Le BP doit pallier à ces faiblesses au sein de sa propre organisation et transmettre des lettres de recommandations à tous ses SB afin de préparer des plans d'action de gestion destinés à solutionner les problèmes communs constatés dans le contrôle interne.

Gestion financière des BP : PNLT (Programme national de lutte contre la tuberculose)

164. L'OIG a relevé les faiblesses suivantes en matière de gestion financière lors de l'audit du PNLT. Merci de bien vouloir vous référer à la liste des faiblesses communes en matière de gestion financière et de contrôle interne au paragraphe 134 et en annexe 2.

a) Les avances de fonds aux bureaux de santé des provinces pour les activités de mise en œuvre des programmes ont été traitées comme des

dépenses et reportées sur des comptes de dépense dans le grand livre.

b) Les rapprochements bancaires étaient effectués tous les trimestres, au moment de la préparation des rapports financiers, ce qui entraîne le risque que les erreurs et les irrégularités ne soient pas détectées à temps.

c) Les bordereaux de paiement et les pièces justificatives n'étaient pas correctement numérotés consécutivement, ni archivés chronologiquement de façon à faciliter la recherche de documents comptables.

d) Les bordereaux de paiement n'étaient pas codifiés en fonction des postes budgétaires du Fonds mondial, afin de faciliter le contrôle budgétaire.

Gestion financière des sous-bénéficiaires

Sous-bénéficiaires du SEP-CNLS (programme de lutte contre le VIH/sida)

Sous-bénéficiaire : RBP+

165. L'OIG a relevé les faiblesses suivantes dans la gestion financière et le contrôle interne de RBP+ :

a) Le faible contrôle des factures de services pour le traitement des PVVS a entraîné le non-paiement des factures en attente pour un montant total de 100 940 410 BIF (environ 83 421 dollars US) pour lequel RBP+ n'avait pas de budget. Voir recommandation numéro 1.

b) RBP+ impute 80 pour cent du montant de la location de son bureau et 100 pour cent du montant de la location de ses bureaux provinciaux sur la sous-subvention de lutte contre le VIH reçue du SEP-CNLS. Cependant, les bureaux de RBP+ organisent d'autres activités qui ne sont pas financées par la subvention du Fonds mondial. Ainsi, il n'existait aucune formule équitable pour le partage des coûts de location.

c) Manque de preuve justifiant de la publication d'un appel d'offres ou d'une comparaison des prix pour certains achats de biens/services. Voir les exemples en annexe 9.

Sous-bénéficiaire: L'ANSS

166. L'OIG a relevé les faiblesses suivantes dans la gestion financière et le contrôle interne de l'ANSS:

a) Un faible contrôle des factures correspondant aux services de traitements pour les patients sous ART. Le problème est décrit en détail au paragraphe 39b. Voir également la recommandation numéro 1.

Sous-bénéficiaires de RBP+ (programme de lutte contre le VIH/sida)

Sous-bénéficiaires : ABS, GIPA et SWAA/Gitega

167. Les faiblesses de l'ABS, de GIPA et de l'AFASI/Gitega en matière de gestion financière et de contrôle interne sont similaires à ceux de la liste des constats communs, qui est détaillée au paragraphe 134 et en annexe 2.

Recommandation 43 (Importante)

Tous les BP doivent pallier aux faiblesses de la gestion financière et du contrôle interne, détaillées au paragraphe 134 et en annexe 2. De plus, tous les BP doivent préparer des plans d'action de gestion et transmettre des lettres de recommandation à tous leurs SB et organisations chargées de la mise en œuvre, afin de pallier à ces faiblesses. Les recommandations correspondantes de l'audit sont décrites en annexe 2.

Recommandation 44 (Prioritaire)

Le programme de lutte contre le paludisme du SEP-CNLS doit réviser ses procédures et ses modèles pour l'établissement des contrats et des protocoles d'accord afin de corriger les défauts constatés dans le contrat de service avec PSI.

Recommandation 45 (Prioritaire)

Le programme de lutte contre le paludisme du SEP-CNLS doit renforcer les capacités du PNILP à gérer les fonds de subvention en tant que sous-bénéficiaire, puis supprimer le fonds de liquidités. Dans l'intervalle, afin de diminuer le risque de perte ou de vol de liquidités, le BP doit définir un montant maximum des liquidités à maintenir dans le fonds. De plus, un montant maximum doit être déterminé pour les paiements individuels au comptant issus du fonds. Des comptages de caisse inattendus doivent être effectués régulièrement et toute différence doit faire l'objet d'une enquête.

Recommandation 46 (Prioritaire)

Le Secrétariat du Fonds mondial doit demander à l'ALF de calculer le montant total qui a été imputé en trop sur la subvention et le programme de lutte contre le paludisme du SEP-CNLS doit rembourser ce montant sur le compte dédié à la subvention de lutte contre le paludisme. Voir le paragraphe 139 g.

GOUVERNANCE ET SUPERVISION DES PROGRAMMES

Supervision des programmes subventionnés - par la CCM

168. Les programmes de lutte contre le VIH et le paludisme subventionnés par le Fonds mondial au Burundi ont été mis en œuvre dans le cadre de projets séparés. Ils n'ont donc pas été intégrés aux unités/structures nationales qui sont chargées de la gestion des programmes et de la supervision des activités des programmes de lutte contre le VIH et le paludisme. L'OIG a relevé que l'unité du ministère de la santé chargée de la lutte contre le VIH (USLS/Santé) et le Programme national de lutte contre le paludisme (PNILP) ont des rôles limités dans la supervision des services cliniques de lutte contre le VIH et le paludisme. Un sous-accord signé entre la PMU VIH et l'USLS/Santé en juin 2010 attribue entre autres, la responsabilité de former les superviseurs des bureaux de santé des provinces et des districts à l'USLS/Santé²⁵. Par conséquent, la CCM doit apporter une orientation stratégique et assurer la supervision afin de garantir que les subventions du Fonds mondial sont mises en œuvre de façon à renforcer les structures et les systèmes nationaux dans un souci de pérennisation.

169. Depuis avril 2010, la CCM a été redynamisée grâce à l'élection de nouveaux responsables. L'OIG a établi que tous les groupes constitutifs étaient représentés à la CCM conformément aux directives du Fonds mondial. Les réunions de la CCM ont été régulièrement tenues et les décisions de la CCM ont été documentées grâce à des comptes-rendus de réunion. Les responsables des programmes nationaux, comme les dirigeants des partenaires de développement interrogés par l'OIG se sont déclarés satisfaits de l'amélioration de la nouvelle CCM en termes d'efficacité.

170. L'OIG a pris note qu'un sous-comité de la CCM chargé du suivi et de la supervision, créé mi-2010, a entrepris des visites des sites où ont lieu les programmes. Mais le tableau de bord, un outil de suivi des programmes développé avec le soutien technique de Grant Management Solutions (GMS), attend toujours d'être utilisé, car les responsables du SetE des BP ne maîtrisent pas suffisamment le logiciel. L'utilisation du logiciel par les BP aiderait le Secrétariat de la CCM à procéder à l'analyse des rapports de programmation des bénéficiaires des subventions, ce qui faciliterait le travail de supervision des programmes pour la CCM. L'OIG a appris que pour développer l'utilisation du tableau de bord par les responsables du S&E et par le comité de S&E de la CCM, l'ONUSIDA a proposé de financer les coûts d'un consultant qui assurerait une formation complémentaire/remise à niveau auprès des utilisateurs du logiciel.

171. Depuis avril 2007, la CCM reçoit un financement du Fonds mondial en plus du cofinancement limité du gouvernement du Burundi en soutien au Secrétariat de la CCM.

Gestion financière: Secrétariat de la CCM

172. L'OIG a relevé les faiblesses suivantes en matière de gestion financière et de contrôle interne au sein du Secrétariat de la CCM:

a) Aucun système de comptabilité n'existait pour la gestion des fonds de la subvention. De plus, personne n'était chargé de la tenue des livres comptes au sein du Secrétariat de la CCM.

²⁵ Convention entre SEP/CNLS et l'Unité Sectorielle de Lutte contre le Sida du ministère de la Santé Publique Phase I Juin

b) Pour plus de détails sur les autres faiblesses en matière de gestion financière et de contrôle interne, veuillez vous référer à la liste commune en annexe 2.

Audit des programmes subventionnés

173. Le Burundi a deux jeunes institutions : l'Inspection Générale d'État et la Brigade spéciale anti-corruption (SACB). Ces deux entités ont été créées en 2006 pour promouvoir la bonne gouvernance et la transparence et combattre la corruption. Cependant, elles agissent sous les auspices d'un ministère qui est sous les ordres du Bureau du Président. En 2008, l'Inspectorat Général a entrepris un examen des finances et de la gestion du SEP-CNLS²⁶ mais celui-ci s'est concentré sur le programme de lutte contre le VIH financé par le Fonds mondial. L'OIG a appris qu'en avril 2011, l'Inspectorat Général a terminé un audit du PNLT mais aucun rapport final n'était encore disponible pour examen par l'OIG.

174. La Brigade spéciale anti-corruption (SACB) est mandatée pour enquêter et poursuivre en justice tous les cas de corruption, comme les détournements de biens, les fraudes commises par les directions, les escroqueries et les détournements de fonds. La SACB collabore avec les partenaires internationaux tels que l'Office européen de lutte anti-fraude (OLAF) et fait partie des membres de l'Association internationale des autorités anti-corruption (IAACA). L'OIG a appris que la SACB avait enquêté et poursuivi en justice des personnes pour avoir vendu des médicaments périmés dans le pays.

175. L'OIG a confirmé que les subventions avaient régulièrement fait l'objet d'audits indépendants réalisés par des sociétés d'audit sélectionnées dans le cadre d'appels d'offres annuels restreints. L'OIG a appris que des sociétés d'audit du Rwanda et de l'Ile Maurice avaient audité les programmes de subvention en raison de l'incapacité des sociétés d'audit locales. Par exemple, une société d'audit a audité les subventions de lutte contre le VIH gérées par le SEP-CNLS depuis le lancement des programmes de subvention du Fonds Mondial jusqu'en juin 2011. Aucun élément ne prouve que la liste restreinte de sociétés d'audit soit le résultat d'un appel à candidatures public ouvert destiné à présélectionner des sociétés d'audit.

176. L'OIG a établi que les termes de référence des audits sont examinés et approuvés par l'ALF. Un examen des rapports d'audit externes portant sur le programme de lutte contre le VIH géré par le SEP-CNLS a montré que, sur un plan positif, l'audit couvrait de nombreux sous-bénéficiaires du BP. Mais en conséquence de l'importance de son champ d'application, l'audit portait essentiellement sur la révision de justificatifs de paiement et autres pièces justificatives, la confirmation de bonne réception des services/marchandises par les bénéficiaires du programme ne faisant pas partie du champ d'application des audits externes.

Supervision des programmes subventionnés - par les bénéficiaires principaux

177. Le SEP-CNLS a un auditeur interne pour le programme MAP financé par le Fonds mondial. Mais le SEP-CNLS, le PNLT, CED-CARITAS et RBP+ n'ont pas d'auditeurs internes qui superviseraient les programmes financés par le Fonds mondial. RBP+ recherche un financement afin de pourvoir un poste d'auditeur interne.

²⁶ Rapport Définitif de Contrôle de la Gestion du SEP/CNLS pour la période 2004-2007, septembre 2008.

Il n'y a pas de supervision via un audit interne pour le portefeuille de subventions du Fonds mondial s'élevant à 141 millions de dollars US.

178. L'OIG a relevé que les seuls audits internes réalisés par le SEP-CNLS depuis le début des programmes subventionnés par le Fonds mondial en 2003 ont eu lieu entre avril et mai 2011. L'OIG a noté que les trois examens dont la portée était limitée, ont été effectués par l'auditeur interne du MAP. Pour le programme de lutte contre le VIH, il s'agissait d'une révision diagnostique du programme de lutte contre le VIH de la Série 8 et d'une révision des contrôles autour de la gestion ²⁷ du carburant par la PMU²⁸. En ce qui concerne le programme de lutte contre le paludisme, l'auditeur interne du MAP a procédé à une révision d'un achat au comptant de fournitures de bureau en octobre 2010.

179. L'expert-comptable de la PMU VIH pour le suivi financier des SB, vérifie les factures soumises par les centres de traitement du VIH. Le budget 2011 du BP pour le remboursement des services de traitement auprès d'environ 23 000 patients sous ART dans 65 centres répartis dans le pays, est de 4,5 millions de dollars US. L'OIG a trouvé qu'il était difficile et inefficace pour un seul expert-comptable d'examiner correctement les documents disponibles afin de vérifier les factures correspondant aux différents services fournis tels que les consultations, les hospitalisations, les tests de laboratoire, etc. Par conséquent, l'expert comptable effectue une révision limitée des documents justificatifs des principaux centres de traitement. Afin de soutenir son expert-comptable, le BP a conclu un contrat de services avec un cabinet d'audit local en janvier 2011, pour la vérification semestrielle des factures de 20 centres de traitement du VIH sur 65, pour un coût annuel de 29 000 dollars US. Le cabinet d'audit doit fournir une équipe de quatre personnes pendant 28 jours par an. Étant donné le volume de travail et le niveau d'effort nécessaires pour contrôler de manière efficace les factures de services de traitement, l'accord de sous-traitance n'est pas rentable et le rapport coût/avantages n'est pas positif. Le BP doit entreprendre une révision du système actuel en vue d'instaurer un schéma simplifié qui permettrait de rembourser les centres de traitement à un prix standard convenu ou pour un coût de traitement par patient uniforme/moyen qui serait prédéterminé. Cela permettrait au BP de concentrer ses efforts autour du suivi et de la supervision de ces centres de traitement afin de fournir des services de bonne qualité, conformément à l'accord convenu pour l'ensemble des services. Voir la Recommandation numéro 2

181 L'OIG a découvert que la PMU Paludisme n'a pas audité son SB le plus important, à savoir PSI (Population Services International) qui gère un budget de 3,4 millions de dollars US. La PMU a engagé un expert-comptable pour le suivi des SB en février 2011. Mais celui-ci ne s'est concentré que sur le suivi financier de sous-bénéficiaires de petite taille.

164. RBP+ a environ 100 sous-bénéficiaires gérant un budget total pour 2010 d'environ 5,03 millions de dollars US. Les responsables des programmes nous ont informés que le poste d'auditeur interne n'avait pas été pourvu à cause d'un manque de financement. RBP+ emploie du personnel intérimaire qui est actuellement responsable du contrôle et du suivi financier des SB. Étant donné le nombre de SB du programme et la taille du budget géré par ses sous-bénéficiaires, il est important pour RBP+ d'avoir un auditeur interne.

²⁷Rapport de l'Audit Interne pour l'Appui au Programme d'intensification de la Lutte contre le Sida et de Décentralisation.

²⁸ Rapport de l'Audit Interne Gestion de Carburant Projet PRIDE Année 2010, mai 201

Recommandation 47 (Prioritaire)

La CCM doit apporter une orientation stratégique et assurer la supervision afin de garantir que les subventions du Fonds mondial sont mises en œuvre de façon à renforcer les structures et les systèmes nationaux dans un souci de pérennisation.

Recommandation 48 (Importante)

La CM doit recruter un comptable/personne chargée de la tenue des livres de comptes pour la gestion financière des fonds de sa subvention.

Recommandation 49 (Prioritaire)

La CCM doit faire en sorte qu'un mécanisme fonctionnel d'audit interne soit effectif afin de fournir une assurance efficace aux subventions.

Annexes

Annexe 1 : Liste des acronymes

ACT	Polythérapie à base d'artémisinine
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
ANSS	Association Nationale de Soutien aux Séropositifs et aux Malades du Sida
APSR	Approche Pratique de la Santé Respiratoire
ART	Thérapie Antirétrovirale
ARV	Antirétroviral
ASAQ	Artésunate et Amodiaquine (co-formulé)
BDS	Bureau de District Sanitaire
BIF	Franc Burundais
BPS	Bureau de Province Sanitaire
BSS	Enquête de Surveillance des Comportements (<i>Behavioral Surveillance Survey</i>)
CAMEBU	Centrale d'Achat des Médicaments du Burundi
CATB	Centre Anti-Tuberculose du Burundi
CBO	Organisations communautaires (<i>Community Based Organization</i>)
CCM	Instance de Coordination Nationale (<i>Country Coordinating Mechanism</i>)
CDC	Centres états-unis pour le contrôle et la prévention des maladies (<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>)
Numération CD4	Test immunologique pour déterminer le niveau du déficit immunitaire causé par le VIH
CDT	Centre de Dépistage et de Traitement (Tuberculose)
CHUK	Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge
CHW	Travailleur de santé communautaire (<i>Community Health Worker</i>)
CNLS	Conseil National de Lutte Contre le sida
COCOLS	Comité Communal de Lutte Contre le sida
CPLS	Comité Provincial de Lutte Contre le Sida
CS	Centre de Santé
CT	Centre de Traitement (Tuberculose)
DFID	Département du Royaume Uni pour le Développement International (<i>Department for International Development</i>)
DHS	Enquête démographique et sanitaire (<i>Demographic and Health Survey</i>)
DOTS	Traitement de courte durée sous supervision directe (contre la tuberculose) (<i>Directly Observed Treatment, Short Course</i>)
EPISTAT	Service d'Epidémiologie et des Statistiques
GLC	Comité Green Light (du Partenariat Stop TB)
GLIA	Initiative des pays des Grands Lacs dans la lutte contre le sida (<i>Great Lakes Initiative on</i>
AIDS) GdB	Gouvernement du Burundi
HBM	Gestion à domicile du paludisme (<i>Home-Based Management</i>)
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

DCV	Dépistage et Conseils en matière de VIH
AOI	Appel d'Offres International
IEC	Information, Éducation et Communication
INSP	Institut National de la Santé Publique
TPI	Traitement Préventif Intermittent (du paludisme)
ALF	Agent local du Fonds
MILD	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide Longue Durée
LMTC	Lutte Contre les Maladies Transmissibles et Carentielles
S&E	Suivi et Évaluation
Tuberculose MDR	Tuberculose à bacilles multi résistants (<i>Multi-Drug Resistant Tuberculosis</i>)
MS	Ministère de la Santé
MSPLS	Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida
ONG	Organisation Non Gouvernementale
LNR	Laboratoire National de référence
IO	Infection Opportuniste
OIG	Bureau de l'Inspecteur Général (<i>Office of the Inspector General</i>)
OSDV	Vérification des Données sur Site (<i>On-site data vérification</i>)
OEV	Orphelins et Enfants Vulnérables
FBP	Financement Basé sur la Performance
PCR	Réaction en Chaîne par Polymérase (<i>Polymérase Chain Réaction</i>)
PVVS	Personne Vivant avec le VIH/sida
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant
PMU	Groupe de Gestion de Projets (<i>Project Management Unit</i>)
PNILP	Programme National Intégré de Lutte Contre le Paludisme
PNLT	Programme National Lèpre et Tuberculose
PNSR	Programme National de la Santé Reproductive
BP	Bénéficiaire Principal
PSI	Population Services International
GAS	Gestion des Achats et des Stocks
RA/DD	Rapport sur les résultats actuels et Demandes de décaissement
PWC	PricewaterhouseCoopers
RBP+	Réseau Burundais des Personnes Vivant avec le VIH et le Sida
RCC	Canal de Reconduction Révisable (<i>Rolling Continuation Channel</i>)
TDR	Test de Diagnostic Rapide (pour le paludisme)
SEP-CNLS	Secrétariat Exécutif Permanent du Conseil National de Lutte Contre le Sida
SB	Sous-Bénéficiaire
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
TB	Tuberculose
ONUSIDA	Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida
UNGASS	Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida (<i>United Nations General Assembly Spécial Session</i>) de 2001
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (<i>United Nations International Children's Emergency Fund</i>)
USAID	Agence des États-Unis pour le Développement international (<i>United States Agency for International</i>

USLS
OMS

Unité Sectorielle de Lutte contre le Sida
Organisation mondiale de la Santé

Annexe 2 : Faiblesses communes en matière de gestion financière et de contrôle interne chez tous les BP et les SB audités

N° Réf.	Constats d'audit	Recommandations d'audit
	Comptabilité, reporting et documentation	
a)	Les dépenses subventionnées n'étaient pas codifiées de manière précise sur les bordereaux de paiement, en fonction des postes budgétaires du Fonds mondial, afin de faciliter le contrôle budgétaire.	Tous les bordereaux de paiement doivent être codifiés en fonction des postes budgétaires du Fonds mondial afin de faciliter l'enregistrement des transactions dans le système comptable et de mettre en place un contrôle budgétaire satisfaisant. De plus, les responsables chargés de la supervision de la comptabilité doivent vérifier l'exactitude de la codification indiquée sur les bordereaux de paiement et dans les livres.
b)	L'OIG a constaté, dans certains cas, une faiblesse dans le contrôle et le suivi des budgets de la subvention, ce qui pourrait entraîner les bénéficiaires/organisations chargées de la mise en œuvre à dépasser les budgets qui leur avaient été alloués.	Les BP/SB doivent renforcer la supervision de soutien et le coaching/encadrement des organisations chargées de la mise en œuvre des subventions afin de mettre en place un système de contrôle budgétaire.
c)	Les avances de fonds aux organisations pour les activités de mise en œuvre des programmes ont été traitées comme des dépenses et reportées sur des comptes de dépenses dans le grand livre. Les raisons de cette erreur résident dans (a) un manque de compétences professionnelles des comptables sur les programmes et (b) un défaut de supervision de soutien de la part des BP.	Les avances effectuées aux organisations pour les activités de mise en œuvre des programmes ne doivent pas être traitées comme des dépenses tant que les activités des programmes n'ont pas été mises en œuvre et que les fonds n'ont pas été justifiés par le bénéficiaire de ces fonds. En attendant les documents justifiant de l'utilisation de ces fonds, ces avances doivent être suivies dans un compte de tiers.
d)	Les SB n'ont pas systématiquement corrigé les erreurs que les BP ont constatées dans leurs rapports financiers. La cause réside dans le fait que les retours faits au SB étaient souvent tardifs. De plus, à cause d'un manque de compétences professionnelles, certains comptables des SB n'ont pas accordé une grande importance au fait d'apporter ces corrections/ajustements dans leurs livres/logiciels.	Les BP et les SB doivent s'assurer que les SB et les organisations chargées de la mise en œuvre de la subvention ont effectué les corrections/ajustements nécessaires dans leurs registres comptables.

e)	Les indemnités journalières versées aux équipes excèdent parfois le montant établi par les entités auditées. Cela s'explique par le fait que le montant établi que paient les BP/SB était insuffisant pour couvrir le coût minimum raisonnable de la nourriture et de l'hébergement des équipes du programme.	Les BP doivent examiner et réviser le montant de leurs indemnités journalières, sous réserve de l'approbation de la CCM, si le montant établi pour lesdites indemnités journalières se révèle insuffisant pour couvrir les coûts minimum raisonnables de l'hébergement et de la nourriture.
f)	Les bordereaux de paiement et les pièces justificatives n'étaient pas correctement numérotés consécutivement, ni archivés chronologiquement de manière à faciliter la recherche des documents comptables.	Tous les bordereaux de paiement (PV pour <i>Payment Vouchers</i>) doivent être numérotés conformément aux postes budgétaires de la subvention afin de faciliter la saisie des transactions dans le système comptable et d'établir un contrôle adéquat. Il convient en outre que les surveillants comptables vérifient la précision de la numérotation indiquée sur les bordereaux de paiement et les justificatifs.
g)	Dans certains cas, l'OIG n'a pas pu vérifier que les responsables du programme avaient examiné les justificatifs de paiement et les factures correspondantes avant d'effectuer les paiements en raison de l'absence des signatures requises.	Afin d'améliorer la piste d'audit, les bordereaux de paiement doivent être numérotés et les pièces justificatives jointes aux bordereaux. Les bordereaux et documents correspondants doivent être classés dans un ordre numérique afin de faciliter les recherches.
h)	Les rapports financiers soumis par les bénéficiaires des subventions différaient des données financières présentes dans leur logiciel de comptabilité. Les rapports avaient été élaborés à partir des relevés bancaires à cause du retard de certaines transactions financières qui n'avaient pas été enregistrées dans le logiciel.	Les BP et SB doivent s'assurer que les transactions sont saisies quotidiennement dans le logiciel comptable afin de garantir que des données comptables vérifiées et validées servent à préparer les rapports financiers et qu'il n'y a aucune différence entre les données du système comptable et celles des rapports financiers.
i)	Les rapports financiers des SB n'ont pas été élaborés en fonction des postes budgétaires du programme subventionné, ce qui n'a pas facilité la consolidation des rapports financiers de la subvention par les BP.	Les BP/SB doivent renforcer la supervision de soutien et le coaching / l'encadrement des organisations chargées de la mise en œuvre des subventions afin de mettre un terme à cette faiblesse du reporting financier.
j)	L'OIG a constaté que les rapprochements bancaires étaient effectués tous les trimestres, au moment de la préparation des rapports financiers, ce qui entraîne le risque que les erreurs et les irrégularités ne soient pas détectées à temps ; de plus, dans certains cas, rien n'indiquait que ces	Il est important que les rapprochements bancaires soient réalisés, révisés et approuvés tous les mois afin de s'assurer que les erreurs, les mouvements inhabituels ou les irrégularités qui pourraient affecter les comptes bancaires/fonds de la subvention, soient détectés et vérifiés à temps.

	rapprochements bancaires avaient été contrôlés par un responsable (absence de signature).	
k)	Les manuels des opérations et des procédures n'ont pas été mis à jour ; et certains SB ne disposaient pas du manuel financier ni du manuel des opérations qui fournissent les directives pour la gestion financière des subventions et la mise en œuvre du programme.	Les BP et les SB doivent s'assurer que les organisations chargées de la mise en œuvre de la subvention disposent d'un manuel financier et d'un manuel des opérations à jour et bénéficient ainsi de directives adéquates pour la gestion financière des subventions et la mise en œuvre du programme.
l)	L'OIG a constaté divers cas où les pièces justificatives des dépenses de voyage et de formation étaient inadéquates, car le manuel des opérations et des procédures ne comportait pas de politique claire qui définisse les documents justificatifs nécessaires pour ces types de dépense. Voir annexes 5 et 6.	Le manuel des opérations et des procédures des BP et des SB doit être mis à jour pour définir en détails le type de documents requis pour justifier les dépenses de voyages, de formation, d'achat de carburant, etc.
	Achats et contrats	
m	Manque de preuve justifiant de la publication d'un appel d'offres ou d'une comparaison des prix pour certains achats de biens/services ; non-conformité à la réglementation et aux procédures d'achat (délais plus courts pour la soumission des réponses par les fournisseurs, absence de spécifications techniques, etc.).	Il est nécessaire que tous les BP, les SB et les organisations chargées de la mise en œuvre puissent prouver qu'un bon rapport qualité-prix est obtenu pour les biens et services en s'assurant qu'un appel d'offres transparentes a bien eu lieu préalablement à l'achat des biens et services.
n	Dans les contrats d'achat, les clauses sur les pénalités encourues par les fournisseurs en cas de retard de livraison des biens/services n'ont pas été appliquées telles qu'il est stipulé dans le contrat.	Afin d'être sûr que les biens et services des programmes soient livrés dans les délais par les fournisseurs, les clauses de pénalités en cas de retard de livraison des biens par les fournisseurs doivent être appliquées, ce qui aura un effet dissuasif.
	Païement de la TVA	
o	La TVA payée pour certains biens/services financés par les subventions n'a pas été remboursée, contrairement aux accords de subvention. L'OIG n'a pas observé la preuve que la TVA payée avait été récupérée auprès des autorités fiscales dans les meilleurs délais. Voir annexe 3.	Les BP doivent former les comptables des programmes au suivi/contrôle de la TVA à récupérer, soit en mettant en place un système de suivi sur papier ou bien en créant des comptes de contrôle de la TVA dans le logiciel de comptabilité, le cas échéant.
	Contrats de travail du personnel et retenues légales	
p	Les retenues légales, telles que les impôts sur le revenu et les	Tout contrat de travail doit respecter le droit national, notamment

	contributions sociales, n'ont pas été retenues sur les salaires des employés. L'OIG a constaté que les déductions relatives aux impôts sur le revenu et aux contributions sociales, n'avaient pas été incluses dans les contrats des employés.	en ce qui concerne les retenues légales sur salaires.
	Gestion des immobilisations	
q	Les registres des immobilisations n'ont pas été mis à jour régulièrement ce qui aurait facilité le contrôle et la comptabilité des actifs du programme subventionné ; et dans certains cas, le registre des immobilisations n'était pas tenu.	Les BP et les SB doivent renforcer le contrôle sur les actifs du programme subventionné en s'assurant que les registres et les dossiers des immobilisations sont mis à jour au moins annuellement.
r	L'OIG a relevé des cas où le bon de livraison n'avait pas été préparé par le BP/SB ou signé par le bénéficiaire final des biens du programme (ex : équipement et véhicules).	Afin d'améliorer la responsabilisation et la transparence, les BP doivent s'assurer que les SB signent les bons de livraison qui constituent la preuve de la réception des biens des programmes y compris pour l'équipement et les véhicules.

Annexe 3 : TVA payée par les subventions et nécessitant remboursement

(Source : Registres comptables des organisations chargées de la mise en œuvre)

BP/SB et Subvention	Date	Référence du bordereau	Montant (BIF)	Description de la dépense
RBP+ VIH/sida Série	16/04/2010	110	295 221	Règlement de TVA
	14/09/2010	181	181 200	Règlement de TVA
	09/12/2010	224	684 000	Règlement de TVA
	31/12/2010	228	565 318	Règlement de TVA
		Sous-total	1 725 739	
ABS en tant que SB	15/07/2010	02/10	29 185	Règlement de TVA
	15/07/2010	03/10	44 676	Règlement de TVA
	28/10/2010	16/10	73 901	Règlement de TVA
	03/12/2010	22/10	65 412	Règlement de TVA
	21/12/2010	23/10	71 608	Règlement de TVA
		Sous-total	284 782	
CCM	30/08/2010	Sous-total	450 000	Règlement de TVA
Total BIF	2 460 521*	Total BIF	2 460 521*	

*environ 2 033 dollars US

Annexe 4: Trop-perçus de la subvention de lutte contre le VIH du SEP-CNLS nécessitant remboursement

(Source : Logiciels et registres comptables sur le VIH du SEP-CNLS)

Subvention / Exercice financier	Date	Référence du bordereau	Montant \$ US	Description de la dépense Commentaires	
APRODIS VIH Série 5 2006/07 SEP-CNLS	21/07/06	P14	1 848,07	Per diem pour la formation sur le logiciel Tom 22 jours @ 300 \$ US	Le montant du per diem doit être 250 \$ US au lieu de 300 \$ US. Le nombre total de jours de per diem est 20. De plus, l'avance payée n'a pas été déduite du paiement du per diem.
	08/08/06	P37	1 050,00	Per diem pour la conférence de Toronto : 16 jours @350 \$ US	Trop-perçu de trois jours de per diem
	10/08/06	P42	4 959,00	Billet d'avion pour Toronto pour les membres de l'équipe de l'ANSS	Double paiement pour un même voyage sur le bordereau P44. Pas de billet d'avion ni de carte d'embarquement
	30/08/06	P67	900,00	Per diem pour le séminaire des spécialistes de la PTME à Montréal	Trop perçu de trois jours de per diem
	03/11/06	P165	600,00	Per diem pour la formation à La Rochelle (Spécialiste de la gestion financière) : 36 jours @ 300 \$ US par jour	Trop perçu de deux jours de per diem

APRODIS 2007/08 VIH Série 5	29/11/07	P975	300,00	Formation du contrôleur financier sur le logiciel Tompro 23 jours @ 300 \$ US par jour	Trop-perçu d'un jour de per diem à 300 \$ US
	06/03/08	P1241	300,00	Formation sur les soins et le traitement des PVVS	Trop-perçu d'un jour de per diem
PRIDE 2010 VIH Série 8	09/07/10	AC63	1 050,00	Per diem pour le comptable du CPLS au Swaziland 21 jours @ 300 \$ US	Le montant du per diem doit être de 250 \$ US au lieu de 300 \$ US. Cela correspond à un trop-perçu de 50 \$ US pendant 21 jours
	16/07/10	AC72	650,00	Per diem lors de la formation d'un membre de l'équipe au Sénégal : 13 jours @ 300 \$ US	Le montant du per diem doit être 250 \$ US au lieu de 300 \$ US. Cela correspond à un trop-perçu de 50 \$ US pendant 13 jours
Total (USD)			11 657,07		

Annexe 5: Exemples de dépenses effectuées par le SEP-CNLS dans le cadre de la subvention de la Série 5 pour la lutte contre le VIH/sida et justifiées par une photocopie

(Source : Registres comptables du SEP-CNLS pour la subvention de la Série 5 pour la lutte contre le VIH)

Subventi on / Exercice financier		Date Référé nce du bordere au	Montant \$ US	Description de la dépense Commentaires	
APRODIS 2006/2007 VIH/sida Série 5	27/06/06	P3	6 199,23	Inscription à un atelier de formation sur le logiciel de comptabilité Tompro	Le paiement a été justifié par une photocopie d'une facture pro forma.
	28/07/06	P15	8 000,00	Inscription du spécialiste de la PTME à un séminaire à Montréal.	Absence de facture originale. Photocopie de facture utilisée comme pièce justificative.
	26/02/07	P389	11 335,63	Formation de 46 participants sur le conseil en matière de VIH.	Absence de facture originale pour les dépenses de l'atelier. Paiement justifié par des photocopies.
APRODIS 2007/2008 Série VIH/sida	14/05/08	IP23	11 718,58	Billet d'avion retour Dakar- Bruxelles- Bujumbara pour un consultant	Absence de facture originale et du talon du billet.
APRODIS 2010 Série VIH/sida	11/05/10	AC1663	2 098 739,88	Médicaments ARV (CIPLA)	Absence de facture originale Paiement justifié par des factures scannées.

Annexe 6 : Exemples de dépenses effectuées par le SEP-CNLS dans le cadre des subventions des Séries 1 et 5 pour la lutte contre le VIH/sida dont les pièces justificatives sont manquantes ou inadéquates

(Source : SEPT-CNLS HIV/AIDS, registres comptables)

Subvention /Exercice financier	Date	Référence du bordereau	Montant \$ US	Description de la dépense	Commentaires
Série 1 VIH/sida (RIBUP) 2003/2006	28/11/03	P54	25 201,56	Ordinateurs et imprimantes	Pas de bon de réception des marchandises
	22/10/03	P35	2 747,35	Fournitures de bureau	Pas de bon de réception des marchandises
	30/06/05	P663	2 770,22	Billet d'avion Conférence ONUSIDA à Genève	Pas d'autorisation de voyage
	28/11/05	P867	6 776,22	Billets d'avion (4 participants)	Pas de bon de commande ni d'autorisation de voyage
	22/10/03	P39	2 747,35	Billets d'avion (2 participants)	Pas d'autorisation de voyage
	09/12/03	P74	7 419,97	Billets d'avion (3 participants)	Pas d'autorisation de voyage
	11/07/03	P6	9 500,00	Formation en France (1 personne)	Pas d'autorisation de voyage
	20/10/03	P38	6 250,00	Formation (1 personne)	Pas d'autorisation de voyage
APRODIS (Subvention Série 5 HIV/sida 2006/2007)	04/09/06	P68	2 544,51	Achat de 2 000 litres de carburant	Pas de Approbation d'achat ni de reçu
	20/12/06	P250	2 312,83	Achat de 15 pneus	Pas de justificatif d'appel d'offres
	15/02/07	P366	2 599,03	Cartouches d'imprimantes	Pas de justificatif d'appel d'offres
	20/12/06	P262	4 180,00	Per diem consultant	Pas de facture d'hôtel
	28/07/09	IP1046	6 170,65	Fournitures de bureau	Pas de bon de réception des marchandises

Annexe 7 : Trop-perçus de la subvention de la Série 8 pour la lutte contre le VIH/sida octroyée à RBP+ (BP) et nécessitant remboursement

(Source : Registres comptables de RBP+ sur la subvention de la Série 8 pour la lutte contre le VIH/sida)

BP/SB	Date	Référence du bordereau	Montant à rembourser (BIF)	Description de la dépense	Commentaires
RBP+ Série 8 VIH/sida	17/06/2010	067	770 057	Antenne et abonnement Internet	Trop-perçu
	24/09/2010	117	364 622	Per diem Formation des comptables	Trop-perçu sur les per diem
	24/09/2010	117	364 622	Per diem Formation des comptables	Trop-perçu sur les per diem
	03/11/2010	136	1 663 114	Achat de billet d'avion	Voyage annulé Le montant doit être remboursé.
	Janvier à mai 2010	Divers bordereaux	3 027 245	Contribution à la sécurité sociale janvier à mai 2010	Montant déjà imputé sur le Projet PRIDE
TOTAL BIF			6 189 660*		

*environ 5 114 dollars US

Annexe 8 : Dépenses sous-financées par la subvention de la Série 5 pour la lutte contre le VIH/sida, réalisées par RBP+ (SB) et nécessitant remboursement

(Source : Registres comptables de RBP+)

Subvention / Exercice financier	Date	Référence du bordere au	Montant BIF	Description de la dépense	Commentaires
Série 5 VIH/sida (APRODIS)	19/11/20 08		1 789 740	Billet d'avion pour la conférence ICASA au Sénégal	Cette dépense initialement imputée sur la subvention avait été remboursée à RBP+ par un partenaire de développement.
Série 5 VIH/sida (APRODIS)	26/08/20 08 et 27/10/20 08	débit	2 638 257	Débit sur le compte bancaire de la subvention	Intérêts sur les dépôts à terme de 2008 transférés sur un compte bancaire non dédié à la subvention.
Série 5 VIH/sida (APRODIS)	06/05/20 09	Transfert	9 996,000	Coûts de fonctionnement pour le traitement des PVVS qui ne sont pas sous ARV	Transfert non-financé du compte bancaire de la subvention sur un compte bancaire non dédié à la subvention.
Total BIF			14 423 997*		

*environ 11 920 dollars US

Annexe 9 : Exemples de dépenses effectuées par RBP+ sans appels d'offres, dans le cadre du sous- financement de la subvention pour la lutte contre le VIH/sida

(Source : RBP+ en tant que SB de la subvention de la Série 5 allouée au SEP-CNLS pour la lutte contre le VIH/sida)

Date	Montant BIF	Description de la dépense	Commentaires
01/02/2007	6 780 000	Duplication de livres et de cassettes	Pas de preuve de publication d'un appel d'offres
01/07/2007	14 925 000	Production d'un film concernant les PVVS	Pas de preuve de publication d'un appel d'offres
21/03/2007 et 18/05/2007	2 776 950	Formation dans l'art culinaire	Pas de preuve de publication d'un appel d'offres
TOTAL	24 481 950*		

*environ 20 233 dollars US

Annexe 10 : Réponse des Bénéficiaires Principaux et du CCM aux recommandations et au plan d'action de gestion

Classement des recommandations par ordre de priorité

Les recommandations de l'audit ont été hiérarchisées de manière à aider les responsables à décider de l'ordre de mise en œuvre des recommandations. La mise en œuvre de toutes les recommandations de l'audit est essentielle à l'atténuation des risques et au renforcement de l'environnement de contrôle interne dans lequel les programmes sont déployés. La catégorisation des recommandations est la suivante :

- i. Hautement prioritaire : problème matériel, déficience intrinsèque au niveau du contrôle ou non-conformité qui, si elles ne sont pas efficacement prises en compte, peuvent présenter un risque important et être extrêmement nuisibles aux intérêts de l'organisation, affaiblir de façon significative le contrôle interne ou menacer la réalisation des buts et objectifs. Elles requièrent l'attention immédiate des hauts responsables.
- ii. Prioritaire : une déficience au niveau du contrôle ou une non-conformité au sein du système expose à un risque significatif. L'attention des responsables est donc requise pour remédier à cette situation dans un délai raisonnable. Si ce problème n'est pas traité, il pourrait nuire aux intérêts de l'organisation, affaiblir les contrôles internes ou compromettre l'atteinte des buts et objectifs

Domaine d'audit	Recommandation	Réponse et action	Responsable	Date d'achèvement
Programme de lutte contre le VIH	Recommandation 1 (Prioritaire) Le BP du secteur public (SEP-CNLS) doit transférer la responsabilité de la mise en œuvre des activités sanitaires soutenues par le Fonds Mondial aux institutions existantes des MSPLS aux niveaux central et décentralisé, y compris l'USLS en ce qui concerne les questions techniques et la supervision des services.	Le SEP/CNLS tout en étant Bénéficiaire Principal agit surtout en tant qu'organe national de coordination de la lutte contre le VIH et le Sida et non comme organe d'exécution. La mise en œuvre des interventions de la subvention du round 8 est faite par les sous bénéficiaires. Les sous bénéficiaires et/ou les partenaires de la mise en oeuvre sont principalement les institutions du niveau Central, provincial et intermédiaire du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida. Au niveau		

		central, il s'agit principalement du PNLS/IST (ex-USLS/Santé), de la CAMEBU et de l'INSP. Au niveau décentralisé le SEP/CNLS apporte un appui pour le renforcement du système de santé au niveau des Districts de santé notamment par la fourniture des équipements aux structures de soins, le financement de la formation des prestataires, l'appui financier et technique pour les supervisions formatives des services et la collecte et le contrôle de la qualité des données. Les structures impliquées de prise en charge des PVVIH tant du secteur public, associatif, religieux et privé sont financées à travers des conventions tripartites signées par le SEP/CNLS/ le PNLS/IST et la structure concernée. Ces conventions indiquent bien le rôle de chacun y compris celui de PNLS/IST ayant trait notamment au suivi et à la supervision de la mise en œuvre des conventions.		
	<u>Recommandation 2 (Prioritaire)</u> Le SEP-CNLS doit envisager de modifier le système de financement des soins médicaux pour les personnes vivant avec le VIH, en remplaçant le système de paiement par service par un système de paiement per capita contrôlé par l'Unité de financement basé sur la performance.	Une équipe technique composée des membres de la cellule de mise en œuvre du FBP et du SEP/CNLS est entrain d'analyser le tarif à appliquer qui permettra aux structures d'offrir des soins gratuitement aux PVVIH sur base d'une étude des coûts de prestations des soins dans les formations sanitaires publiques au Burundi commanditée par le MSPLS.	SEP/CNLS	Avec le 2 ^{ème} décaissement de la phase II
	<u>Recommandation 3 (Prioritaire)</u> Les « Médiateurs de santé » employés par le BP	Le SEP/CNLS a contribué à l'initiation de la médiation dans la prise en charge		

	doivent être intégrés progressivement dans les centres de santé les plus pertinents et occuper un poste au sein de l'équipe.	des PVVIH et était responsable des médiateurs de santé au cours de la mise en œuvre des subventions du round 1 et du round 5 (196 médiateurs de santé). Actuellement, les médiateurs de santé sont sous la responsabilité du RBP+. Dans le domaine de la prise en charge psychosociale, les médiateurs de santé ont prouvé l'efficacité de cette approche dans le suivi et l'accompagnement des malades et des familles en termes d'observance et de maintien d'une dynamique de prévention et de recherche d'autonomie. Cette approche est très appréciée par les intervenants dans la lutte contre le Sida, les communautés et les bénéficiaires des services eux-mêmes. Le MSPLS reconnaît qu'il est effectivement nécessaire d'intégrer les médiateurs de santé come professionnels de santé dans la pyramide sanitaire du Burundi pour assurer la pérennité des services qu'ils offrent dans les structures hospitalières publiques et associatives des 17 provinces que compte le pays. Cependant, étant donné la limite des moyens financiers dont dispose le Gouvernement Burundais actuellement, il serait souhaitable que les fonds de la subvention PRIDE volet communautaire destinés au paiement des indemnités et honoraires des médiateurs de santé reviennent au PR gouvernemental qui avait déjà initié le		
--	--	---	--	--

		plaidoyer en faveur de leur intégration dans le système de santé.		
	<u>Recommandation 4 (Prioritaire)</u> Le MSPLS doit s'assurer que tous les réactifs nécessaires au dépistage du VIH en conformité avec l'algorithme national sont disponibles sur chacun des sites de dépistage et effectuer une supervision fréquente et minutieuse afin de s'assurer que les directives nationales sur le conseil, le dépistage et la tenue des registres sont respectées.	Des efforts ont déjà été fournis par le MSPLS pour mettre fin aux ruptures de stock des tests de dépistage. Aujourd'hui les tests achetés sur les subventions du GF sont disponibles. Les autres partenaires techniques et financiers ont été mobilisés pour donner leur contribution. Des commandes ont été passées, notamment par l'UNICEF, USAID par le biais de Family Health International (FHI) et ESTHER. Par ailleurs, des missions de supervision ont été effectuées par le niveau central et le District de santé dans tous les CDV. Elles vont se poursuivre pour s'assurer que les tests sont disponibles partout et que les directives nationales sur le conseil	PNLS/IST	En continu
	<u>Recommandation 5 (Prioritaire)</u> Le SEP-CNLS, le MSPLS et le Fonds mondial doivent réexaminer les modalités de soutien du Fonds mondial en ce qui concerne le traitement des IST et se mettre d'accord sur un mécanisme destiné à garantir que ces traitements sont effectivement fournis aux personnes souffrant d'IST. Si aucun mécanisme ne peut être développé pour fournir les médicaments contre les IST aux centres de santé qui proposeraient un traitement gratuit, ces médicaments ne doivent pas être fournis et le stock restant doit être absorbé dans le stock de médicaments génériques essentiels de la CAMEBU.	Le MSPLS va instruire les Médecins Directeurs des Districts Sanitaires de réquisitionner et de distribuer non seulement aux hôpitaux, mais aussi aux Centres de Santé, les médicaments pour une prise en charge gratuite des IST.	PNLS/IST	Avril 2012

	<u>Recommandation 6 (Prioritaire)</u> Le MSPLS doit développer des directives pour le traitement des infections opportunistes chez les personnes vivant avec le VIH, dont une liste de médicaments autorisés pour le traitement dans ce cas-là. La quantification, l'achat et les stocks de ces médicaments pour les centres de santé doivent être strictement basés sur cette liste.	Deux consultants sont entrain d'élaborer un guide et des algorithmes de diagnostic et de prise en charge des infections opportunistes pour les adultes et enfants. Une liste des médicaments sera élaborée en fonction des IO à traiter. Le SEP/CNLS effectuera la quantification et l'achat de médicaments contre les IO sur base de cette liste.	SEP/CNLS	Avril 2012
	<u>Recommandation 7 (Prioritaire)</u> Si la politique de gratuité des soins médicaux pour les personnes vivant avec le VIH est maintenue, alors les médicaments génériques essentiels autres que les ARV, le Cotrimoxazole et les médicaments pour les maladies identifiées comme opportunistes, doivent être fournis par les centres de santé et financés à travers un système de remboursement per capita qui devra être mis en place.	D'accord. Pour le système de remboursement per capita, voir commentaire à la recommandation n°2	SEP/CNLS	Avec le 2 ^{ème} décaissement de la phase II

Domaine d'audit	Recommandation	Réponse et action	Responsable	Date d'achèvement
	<u>Recommandation 8 (Prioritaire)</u> L'équipe Pays du Fonds mondial, la CCM du Burundi et les bénéficiaires principaux doivent s'assurer de la continuité des services de traitement et de soins auprès des personnes vivant avec le VIH, et veiller à ce que les négociations et l'élaboration des accords des bénéficiaires principaux et des sous-bénéficiaires ne soient pas interrompues par des retards administratifs.	Pour le SEP/CNLS, depuis le début des financements VIH par le Fonds Mondial (Round 1, Round 5 et Round 8), nous avons adopté comme modalité de financement, la signature des conventions tripartites entre les SB, le PNLS/IST et le PR. En effet, à la signature des conventions, le PR procède à un versement anticipatif correspondant au budget du premier trimestre (6 mois) aux comptes bancaires ouverts par les SB pour accueillir exclusivement les financements du Projet. A la demande des SB, le PR procède au déboursement de la tranche suivante sur présentation d'un rapport détaillé des dépenses d'un montant au moins égal à 75% de la tranche précédente de façon à permettre aux SB de continuer à fonctionner avec les 25% durant la période d'analyse des rapports et de transfert bancaire.		

Domaine d'audit	Recommandation	Réponse et action	Responsable	Date d'achèvement
	<u>Recommandation 9 (Prioritaire)</u> Les efforts pour améliorer l'accès à la prévention de la transmission verticale du VIH doivent se concentrer sur les services de maternité tout en continuant à mettre l'accent sur les cliniques prénatales.	Le plan de passage à l'échelle de la PTME, en cours de mise en œuvre, insiste sur l'intégration de la PTME dans les services de santé maternelle et infantile y compris la maternité. L'approche de dépistage initié par le prestataire sera mise à contribution pour que dans les maternités, toute parturiente connaisse son statut sérologique et bénéficie des soins de PTME selon le protocole.	PNLS/IST	En continu
	<u>Recommandation 10 (requiert une attention particulière) :</u> Le MSPLS et le SEP-CNLS doivent s'assurer qu'au cours de la supervision des centres de traitement du VIH, une attention particulière est accordée à la qualité et au niveau de complétude des dossiers médicaux.	Le SEP/CNLS en collaboration avec le Ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le SIDA et ses différents partenaires ont standardisé le contenu des dossiers patients, les registres de collecte de données et des formulaires de rapportage. Un guide de supervision a été conçu pour la vérification de la gestion et la tenue des dossiers. L'intensification des missions de supervision dans le cadre de la mise en œuvre du plan de supervision de 2012 contribuera à résoudre les différents problèmes des sous-bénéficiaires. Le SEP/CNLS continuera à appuyer l'approche district du MSPLS laissant les prérogatives de supervision, de formation, d'approvisionnement, suivi évaluation aux Bureaux de districts sanitaires, niveau opérationnel et hiérarchiques du système de santé. Cela permettra aux prestataires d'être constamment encadrés et d'offrir des services selon en respect des directives nationales.	SEP/CNLS	En Continu

	<u>Recommandation 11 (requiert une attention particulière) :</u> Lors des négociations de la seconde phase de la subvention de la Série 8 pour la lutte contre le VIH, le BP de la société civile (RBP+) et le Fonds mondial doivent examiner et réviser les modalités du soutien social et nutritionnel apporté aux personnes vivant avec le VIH et aux personnes affectées par le VIH. Cet examen doit prendre en considération les nombreuses expériences reconnues de l'Afrique orientale en matière de programmes de protection sociale, y compris les expériences en matière de transfert de fonds et les résultats démontrant l'efficacité des programmes destinés aux enfants affectés par le VIH, résultats qui ont été collectés par l'initiative conjointe de recherche sur les enfants et le sida en Afrique.			
--	---	--	--	--

Domaine d'audit	Recommandation	Réponse et action	Responsable	Date d'achèvement
	<u>Recommandation 12 (requiert une attention particulière) :</u> Le SEP-CNLS et le Fonds mondial doivent s'assurer que les cadres de performance de la subvention de la Série 8 pour la lutte contre le VIH sont révisés lors des négociations de la phase 2. Les méthodes et les formules de calcul des indicateurs sur la transmission verticale du VIH, la distribution de préservatifs, le dépistage du VIH des patientes en soins prénataux et l'aide alimentaire doivent au moins être révisés.	Le mode de calcul et de rapportage de ces indicateurs sont en cours de négociation avec le Fonds Mondial dans le cadre de la subvention de la phase 2.	SEP/CNLS	31 mars 2012
	<u>Recommandation 13 (requiert une attention particulière) :</u> En ce qui concerne les petits centres de traitement du VIH et de PTME, le SEP-CNLS doit envisager la mise en place de gestionnaires des données dédiés, basés au niveau des districts ou des provinces, qui seraient chargés de la consolidation des rapports papier de ces centres vers le format électronique de SIDA-Info.	Une base de données agrégée, dans le format des nouveaux outils de collecte et formats de rapport est en cours d'élaboration par le SEP/CNLS. Cette base synthèse pourra être utilisée, au niveau de la province ou du district pour saisir et centraliser les données papier provenant des sites qui n'ont pas SIDA-INFO. Pour les sites qui utilisent SIDA-INFO, cette base sera remplie automatiquement à partir des informations saisies dans SIDA-INFO. Elle pourra progressivement remplacer les formats papier au fur et à mesure que les infrastructures de transmission de données par voie électronique seront mises en œuvre.	SEP/CNLS	Octobre 2012

Domaine d'audit	Recommandation	Réponse et action	Responsable	Date d'achèvement
	<u>Recommandation 14 (requiert une attention particulière)</u> Dans le cadre du renforcement des capacités, le SEP-CNLS doit augmenter son soutien à la supervision formative réalisée par des institutions compétentes du MSPLS (c.à.d. l'USLS, l'INSP, les BDS, etc.). Si nécessaire, les activités de formation planifiées doivent être réduites afin de libérer des fonds pour la supervision.	Dans le cadre de la Phase II du round 8, il est prévu de renforcer davantage les capacités des structures compétentes pour effectuer les supervisions formatives conjointes avec les Experts du SEP-CNLS.	SEP/CNLS	Avec le 1 ^{er} Décaissement de la Phase 2
Programme de lutte contre la tuberculose	<u>Recommandation 15 (Prioritaire)</u> Le PNLT doit s'assurer que le Laboratoire National de Référence pour la culture et les analyses de sensibilité devienne fonctionnel dès que possible.	La recommandation a déjà été mise en œuvre	PNILT	
	<u>Recommandation 16 (Prioritaire)</u> Le PNLT doit solliciter une assistance auprès de ses partenaires techniques afin d'élever au niveau des normes internationales les services cliniques et laboratoires, ainsi que la gestion des données sur la tuberculose MDR.	La recommandation a déjà été mise en oeuvre	PNILT	
Programme de lutte contre le paludisme	<u>Recommandation 17 (Prioritaire)</u> Le BP (SEP-CNLS) doit développer la supervision et le contrôle qualité des services antipaludiques des cliniques et des laboratoires.	Le BP est d'accord avec la recommandation. Le processus de supervision des aspects cliniques et de laboratoire respectivement par le PNILP et l'INSP a déjà commencé.	SEP/CNLS/UGP Projet Paludisme, PNILP, INSP	Déjà commencé et en continu.

	Cette tâche doit être guidée par le PNILP (pour les services cliniques) et par l'INSP (pour les services laboratoires). Les Tâches techniques doivent être progressivement déléguées à ces institutions tout en renforçant leurs capacités afin qu'elles puissent réaliser intégralement leur mandat.	Les nouvelles directives de traitement du paludisme sur lesquelles se basent les supervisions viennent d'être validées et intègrent les aspects cliniques et contrôle de qualité du laboratoire qui sont faites conjointement par le PNILP. La phase 2 du Round 9 en cours de soumission intègre des moyens logistiques qui manquent énormément à ces deux institutions pour assurer leur rôle de supervision.		
	<u>Recommandation 18 (Prioritaire)</u> Le MSPLS doit nommer, au sein des équipes décentralisées, du personnel qui serait spécialement chargé de la supervision formative des services antipaludiques cliniques et laboratoires, sous la direction technique du PNILP et de l'INSP. Le BP pourrait envisager un soutien financier mais les postes devront appartenir entièrement au service public pour une plus grande pérennité.	La recommandation a déjà été mise en œuvre. Par sa lettre n°633/47/DG/PNILP/2012 du 17 février 2012, le Directeur Général des Services de Santé Publique et de la Lutte contre le Sida a instruit tous les Médecins Chefs des Districts Sanitaires de désigner un point focal au sein de l'équipe cadre du district qui sera chargé en plus de ses fonctions habituelles d'assurer un suivi au quotidien des activités de lutte contre le paludisme. Le BP appuiera cette unité en moyens logistiques de fonctionnement (moto, matériel informatique, matériel de bureau, et.) qui sont en cours de commande.	DGSP	Déjà réalisé.
	<u>Recommandation 19 (requiert une attention particulière) :</u> Le MSPLS doit envisager la gratuité de la microscopie dans les centres de santé dans le cadre de la lutte contre le paludisme.	La gratuité de la microscopie par TDR est déjà un acquis. Pour la goutte épaisse, il s'agit d'une réflexion que le MSPLS doit mener en concertation avec les autres partenaires de la lutte contre le paludisme pour harmoniser son prix.	MSPLS	Décembre 2012

	<u>Recommandation 20 (requiert une attention particulière)</u> Dans une future phase de la subvention de la Série 9 pour la lutte contre le paludisme, CED-CARITAS et le Fonds mondial doivent réviser conjointement la conception du programme et solliciter des conseils techniques sur la manière de renforcer les systèmes communautaires dans le cadre des programmes.	Le CED-CARITAS Burundi va, en collaboration avec le Secrétariat du FM, contacter l'OMS Burundi pour mobiliser une assistance technique auprès de l'OMS Afrique pour renforcer la composante communautaire de la subvention R9	Le CED-CARITAS Burundi et le Secrétariat du FM	1 ^{er} semestre la phase 2
GAS: VIH	<u>Recommandation 21 (Prioritaire)</u> Le SEP/CNLS doit élaborer des Directives thérapeutiques standard pour les infections opportunistes afin de garantir l'adéquation de la gestion des patients et la rationalité de l'utilisation des médicaments contre les infections	Voir les commentaires sur la recommandation n°6	SEP/CNLS	Avril 2012
	<u>Recommandation 22 (Prioritaire)</u> Un inventaire physique de tous les médicaments contre les IO doit être entrepris dans les pharmacies des sites de traitement du VIH afin d'identifier les centres de santé qui disposent d'une quantité de médicaments contre les IO dépassant leurs besoins, et de les distribuer aux centres qui en manquent.	Les médicaments qui sont en excès dans les sites sont progressivement redistribués aux sites qui n'en ont pas assez.	MSPLS	Avril 2012
	<u>Recommandation 23 (Prioritaire)</u> Le MSPLS doit envisager la remise en fonction du comité multipartenaire pour	Le comité est fonctionnel depuis novembre 2011.	MSPLS	En continu
	<u>Recommandation 24 (Prioritaire)</u> Le SEP-CNLS doit élaborer et adopter un manuel de procédures de gestion des produits pharmaceutiques pour la quantification, l'achat, la gestion des stocks, la distribution des médicaments, les systèmes de suivi, la supervision et l'assurance qualité.	Le MSPLS a introduit auprès du Gouvernement Français une demande d'assistance technique pour le renforcement du système de gestion des achats et des approvisionnements en médicaments, dans le cadre de l'initiative 5% Fonds Mondial. L'un des Termes de Référence de cette assistance technique porte sur l'élaboration d'un manuel de procédures de gestion des produits pharmaceutiques	SEP/CNLS	9 mois après la signature de l'accord de Don Phase 2 du Round 8

		spécifiques aux projets financés par le Fonds Mondial.		
	<u>Recommandation 25 (Prioritaire)</u> Le SEP CNLS doit s'assurer que SIDA Info est totalement opérationnel et mis en œuvre dans l'ensemble des sites de traitement. Les données de SIDA Info doivent être utilisées par le SEP CNLS conjointement avec les données de consommation pour prévoir et superviser la consommation.	SIDA-INFO est installé et fonctionnel dans tous les sites de prise en charge disposant de l'outil informatique. Une campagne de supervisions formatives/encadrement est en cours aux niveaux central régional et provincial pour s'assurer que les mises à jour des données sont régulières en particulier pour les consommations de médicaments. Des formations sur l'utilisation de SIDA-INFO sont prévues durant les mois de mars et avril afin de s'assurer que les sites disposent des moyens humains suffisants pour exploiter cette base.	SEP/CNLS	En continu
	<u>Recommandation 26 (Prioritaire)</u> Le MSPLS doit envisager la remise en fonction du comité multipartenaires pour la gestion des préservatifs comme indiqué dans la politique nationale 2009.	Il sera créé un comité de coordination et de gestion du préservatif qui se veut inclusif et dont les membres proviendront du Gouvernement, des ONGs, des partenaires techniques et financiers et des principaux intervenants dans la distribution et le marketing social des préservatifs. Ce comité aura entre autre pour mission de donner des orientations claires en matière de gestion des préservatifs masculins et féminins.		
GAS: Tuberculose	<u>Recommandation 27 (Prioritaire)</u> Le PNLT doit s'abstenir d'acheter des médicaments, des réactifs et des fournitures médicales pour l'APSR. C'est la CAMEBU qui doit le faire dans le cadre d'un Protocole d'accord. Un planning annuel et une livraison par avion doivent faciliter le processus et éviter d'éventuels retards dans la mise en œuvre des prestations de services.			

	<u>Recommandation 28 (Prioritaire)</u> En l'absence d'une Agence nationale de réglementation pour assurer la qualité des médicaments et des diagnostics, le BP doit travailler avec des experts techniques à la définition de spécifications applicables à l'achat de produits médicaux.			
	<u>Recommandation 29 (Prioritaire)</u> Une évaluation des pharmacies de district doit être menée afin de sélectionner celles qui ont la capacité de stocker et de gérer correctement les médicaments contre la tuberculose. Les districts qui ne disposent pas de pharmacies de district satisfaisantes ne doivent pas être pris en compte dans l'organisation de la chaîne d'approvisionnement des médicaments contre la tuberculose. Dans ce cas, les médicaments pourraient être directement distribués aux CDT par la CAMEBU.			
GAS: Paludisme	<u>Recommandation 30 (Prioritaire)</u> Le programme de lutte contre le paludisme du SEP-CNLS doit élaborer un système de suivi et de reporting efficace pour les ACT et les fournitures de laboratoire.	La recommandation est déjà mise en œuvre. Un document de procédures opérationnelles standards a été élaboré grâce à l'appui de Management Sciences for Health (MSH), de l'OMS et du Pharmacien du PR. Les CMM, les Stocks Maxima et Minima, les Stocks d'alerte pour les centres de santé, les distributions moyennes mensuelles (DMM), Stocks Maxima et Stocks d'Alerte pour les districts ont été mis en place et sont révisables semestriellement pour les ACTs et fournitures de laboratoire, et une nouvelle fiche de rapportage a été élaborée et disséminée.	SEP/CNLS, PNILP	Déjà réalisée et nécessite un suivi continu par la supervision.

	<u>Recommandation 31 (Prioritaire)</u> Le SEP-CNLS doit effectuer un examen indépendant détaillé, en accord avec le Secrétariat du Fonds mondial, de toutes les dépenses engagées par PSI dans le cadre de sa prestation de services relative à la logistique et à la distribution de masse des moustiquaires. Toute dépense inéligible devra être remboursée par PSI.	Nous sommes d'accord avec la recommandation. Le SEP-CNLS Programme Paludisme est entrain de recruter un bureau d'audit externe pour les dépenses du round 9 pour la période allant du 1^{er} août 2010 au 31 décembre 2011 et cela en concertation avec le Secrétariat du Fonds Mondial. Conformément à un calendrier provisoire de cet audit, ce dernier devra se dérouler à partir de la 2^{ème} moitié du mois de mai 2012. <u>Le CCM exigera à PSI de rembourser les dépenses jugées inéligibles par cet audit.</u>	SEP/CNLS Paludisme, PSI	30 juin 2012
	<u>Recommandation 32 (Prioritaire)</u> Le MSPLS et le SEP-CNLS doivent élaborer des politiques et des procédures pour le contrôle qualité des médicaments et des produits sanitaires dont les ACT, les moustiquaires et les tests de diagnostic rapide.	Nous sommes entièrement d'accord avec cette recommandation. Un projet de dossier d'appel d'offres commun pour les projets VIH, TB et Paludisme du Fonds Mondial est en cours d'élaboration pour assurer le contrôle de qualité des médicaments et des produits sanitaires dont les TDR, les CTAs et les moustiquaires conformément aux recommandations du Secrétariat du Fonds Mondial	PMU HIV, TB, Paludisme, CAMEBU	Continu.
	<u>Recommandation 33 (Prioritaire)</u> Sous la supervision du MSPLS, le programme de lutte contre le paludisme du SEP-CNLS doit documenter, dans le cadre d'un manuel de procédures pharmaceutiques, les processus et procédures applicables à la quantification,	La recommandation est en cours de mise en œuvre. Un document de manuel de procédures opérationnelles standard pour la gestion des produits pharmaceutiques a été élaboré et comprend les processus et procédures applicables à la quantification, l'achat, la distribution, le suivi, le reporting et la gestion des ACT. Ce manuel inclut aussi des outils standards que doivent utiliser les centres de santé pour les commandes et le reporting. Ce manuel sera disséminé à partir du mois d'avril 2012.	SEP/CNLS Paludisme, PNILP	En cours et continu.

	l'achat, la distribution, le suivi, le reporting et la gestion des ACT. Ce manuel doit inclure des outils standard que pourraient utiliser les centres de santé pour les commandes et le reporting.			
	<u>Recommandation 34 (requiert une attention particulière) :</u> Le MSPLS et le SEP-CNLS doivent envisager d'attribuer progressivement à la CAMEBU, la responsabilité de l'approvisionnement des médicaments antipaludiques et des produits sanitaires associés, avec comme objectif à long terme de renforcer ses capacités afin qu'elle puisse assumer pleinement son rôle de centrale d'achats médicale pour le Burundi. La CAMEBU doit initialement être chargée de la gestion des achats des ACT pour le programme de lutte contre le paludisme, tâche actuellement attribuée à l'UNICEF.	La CAMEBU est entrain de finaliser son Manuel des Procédures. Une proposition de changement de statut de la CAMEBU a été initié pour contourner les Clauses des Marchés qui sont générales pour tous les produits, ce qui facilitera l'acquisition des produits sensibles tels que les ACTs, les ARV et produits connexes.	CAMEBU, MPLS	Au 31 décembre 2013
	<u>Recommandation 35 (requiert une attention particulière) :</u> Suite à l'évaluation des capacités d'achat de la CAMEBU, jugées adéquates, le SEP-CNLS doit envisager de confier à la CAMEBU l'ensemble des tâches liées à l'achat d'ACT.	Idem que 34	CAMEBU, MSPLS	31 décembre 2013

Biens et services non médicaux	<u>Recommandation 36 (Prioritaire)</u> Il est nécessaire que tous les BP, les SB et les organisations chargées de la mise en œuvre puissent prouver qu'un bon rapport qualité prix est obtenu pour les biens et services, en s'assurant qu'un appel d'offres concurrentiel et transparent a bien lieu préalablement à l'achat des biens et services.	Nous sommes d'accord avec cette recommandation. Des appels d'offre concurrentiels et garantissant un bon rapport qualité prix sont généralement mis en vigueur au niveau du PR. Un nouveau manuel des procédures administratives et comptable valable pour les Projets VIH et Paludisme dont le SEP/CNLS est bénéficiaire principal est en cours de validation et intègre ces aspects. Tous les achats seront effectués en se basant sur les procédures décrites dans ce manuel. En outre et en vue de renforcer les mécanismes de contrôle interne garantissant l'application de ces procédures, il est prévu de recruter deux auditeurs internes avec la phase 2 VIH dont deux seront chargés du programme paludisme (round 2 RCC et round 9). Pour ce qui concerne les marchés passés au SEP-CNLS, le processus d'Appel d'Offres est concurrentiel et transparent. Les offres sont analysées par une sous commission technique qui donne rapport à la Commission de Passation des Marchés pour examen. Le marché n'est attribué que sur accord du PR après évaluation du dossier. Néanmoins, il y a certains intrants (réactifs) utilisés spécifiquement sur des appareils de marque particulière, il est autorisé de passer des marchés par entente directe. Pour ce qui est des marchés passés au niveau des sous bénéficiaires, les conventions signées conjointement entre le SEP-CNLS et ces derniers, stipulent que les sous bénéficiaires doivent respecter les procédures du BP et qu'ils sont tenus de l'impliquer dans le processus de passation et d'attribution des Marchés.	Tous les PR SEP/CNLS Le CED-CARITAS Burundi	En cours et Continu En continu. Dès la réception du Rapport de l'OIG
--------------------------------	--	--	--	---

		de passation et d'attribution des Marchés. Le CED-CARITAS Burundi, pour obtenir un bon rapport qualité-prix, va continuer à veiller que tout acquisition de biens et /ou de service est préalablement précédé par un qu'un appel d'offres concurrentiel et transparent		
	<u>Recommandation 37 (Prioritaire)</u> Afin de garantir la livraison dans les délais, par les fournisseurs, des biens et services destinés aux programmes, tous les BP et SB doivent s'assurer que les clauses sur les pénalités en cas de retard de livraison des biens par les fournisseurs sont appliquées, ce qui aura un effet dissuasif.	Nous sommes d'accord avec la recommandation qui est par ailleurs en application. En effet, tous les dossiers d'appel d'offre et contrats contiennent une clause sur les pénalités en cas de retard dans la livraison. Le PR veillera à l'application de cette clause en cas de retards, même au niveau des sous bénéficiaires sauf dans les cas de force majeure valablement justifiés Le CED-CARITAS Burundi, pour garantir la livraison des biens et services dans les délais , va continuer à veiller que les clauses sur les pénalités en cas de retard de livraison des biens par les fournisseurs sont appliquées .	SEP/CNLS Le CED-CARITAS Burundi	En continu Dès la réception du Rapport de l'OIG
Chaîne d'approvisionnement	<u>Recommandation 38 (Prioritaire)</u> Pour l'achat de produits médicaux anti-VIH et antipaludiques, le BP doit envisager de convenir avec les fournisseurs de livraisons échelonnées avec une clause contractuelle spécifiant que les quantités de la deuxième livraison pourront être ajustées à un certain pourcentage des quantités initialement requises.	La mesure est appliquée partiellement avec les marchés en cours. La clause sera intégrée dans les DAO et les lettres de marché en cas de besoin.	SEP/CNLS	Décembre 2012

	<u>Recommandation 39 (Prioritaire)</u> Le MSPLS doit impliquer le personnel pharmaceutique des programmes nationaux de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, dans une supervision de soutien des pharmacies de district, ce qui est actuellement réalisé par les Bureaux de santé des districts.	Nous sommes d'accord avec la recommandation. Pour le programme paludisme, des supervisions formatives sont régulièrement organisées chaque trimestre au niveau de toutes les pharmacies de district et des centres de santé et impliquent le Pharmacien du PR, la DPML et le PNILP.	SEP/CNLS, CAMEBU	31 décembre 2012
	<u>Recommandation 40 (requiert une attention particulière) :</u> Le SEP-CNLS doit établir un accord avec la CAMEBU afin de spécifier le niveau et les types de services qu'il exige de la CAMEBU dans le cadre des programmes de lutte contre le VIH et le paludisme.	La CAMEBU a signé des conventions de collaboration avec chacun des 2 projets dont le SEP/CNLS (VIH et Paludisme) est Bénéficiaire Principal. Le SEP/CNLS va établir un document de convention unique dans lequel le niveau et les types de services qu'il exige à la CAMEBU dans le cadre de la gestion des programmes de lutte contre le VIH et le paludisme seront spécifiés.	SEP/CNLS CAMEBU	Décembre 2012
	<u>Recommandation 41 (requiert une attention particulière) :</u> La CAMEBU doit créer une base de données unique pour tout son stock et disposer les médicaments en fonction de leur type sans considération de leur financement ni de leur provenance.	C'est déjà fait : la CAMEBU a déjà unifié la gestion de ses propres stocks et de ceux appartenant aux partenaires, dont les programmes de lutte contre le VIH et le paludisme.	CAMEBU	
	<u>Recommandation 42 (Prioritaire)</u> Le SEP-CNLS doit renforcer les capacités de son unité pharmaceutique en matière de collecte des données, de reporting et de supervision, et s'assurer que les rôles et responsabilités de l'unité pharmaceutique correspondent bien aux besoins du programme. Le programme peut considérer comme nécessaire l'engagement d'une assistance technique pour la mise en œuvre de cette recommandation.	Pour le VIH, la recommandation sera mise en œuvre dans le cadre de l'Assistance Technique pour le renforcement du système de gestion des achats et des approvisionnements en médicaments demandée au Gouvernement Français. (Voir commentaires à la recommandation n°24) Pour le palu, la recommandation est mise en œuvre avec l'appui des partenaires dont MSH, HERA et OMS.	SEP/CNLS VIH SEP/CNLS Palu, DPML, PNILP	9 mois après la signature de l'accord de Don de la Phase 2 du

Gestion et contrôle financiers	<u>Recommandation 43 (Prioritaire)</u> Tous les BP doivent pallier aux faiblesses de la gestion financière et du contrôle interne, détaillées au paragraphe 134 et en annexe 2. De plus, tous les BP doivent préparer des plans d'action de gestion et transmettre des lettres de recommandation à tous leurs SB et organisations chargées de la mise en œuvre, afin de pallier à ces faiblesses. Les recommandations correspondantes de l'audit sont décrites en annexe 2.	Pour le SEP/CNLS, une lettre de rétroaction ainsi qu'un plan de mise en œuvre indiquant les faiblesses constatées, les recommandations y relatives et les délais de mise en œuvre seront adressés à tous les sous bénéficiaires et entités de mise en œuvre. Le BP est d'accord avec la recommandation. Un rapport des consommations mensuelles des produits est déjà produit par la CAMEBU et communiqué à chaque BP (PNILP, Palu, VIH). Le feed back sur le rapport sera à un rythme mensuel Le BP adressera à la fin de chaque mois, une correspondance à ses sous Bénéficiaires en guise de rétroaction aux faiblesses constatées dans la gestion des fonds de la période concernée.	SEP/CNLS VIH	Mars 2012
	<u>Recommandation 44 (Prioritaire)</u> Le programme de lutte contre le paludisme du SEP-CNLS doit réviser ses procédures et ses modèles pour l'établissement des contrats et des protocoles d'accord afin de corriger les défauts constatés dans le contrat de service avec PSI.		SEP/CNLS Palu	En continu

	<u>Recommandation 45 (Prioritaire)</u> Le programme de lutte contre le paludisme du SEP-CNLS doit renforcer les capacités du PNILP à gérer les fonds de subvention en tant que sous-bénéficiaire, puis supprimer le fonds de liquidités. Dans l'intervalle, afin de diminuer le risque de perte ou de vol de liquidités, le BP doit définir à maintenir dans le fonds. De plus, un montant maximum doit être déterminé pour les paiements individuels au comptant issus du fonds. Des comptages de caisse inattendus doivent être effectués régulièrement et toute différence doit faire l'objet d'une enquête.	Le BP est d'accord avec la recommandation. Cinq (5) actions envisagées et progrès : (1) Le PNILP s'est déjà doté des nouvelles unités pour renforcer sa gestion Financière (Un nouveau Gestionnaire Financier est en fonction depuis Février 2012, avec un service de comptabilité instauré). (2) Les chèques sont actuellement émis au nom des Gestionnaires de fonds du PNILP où à la personne mandatée par ce dernier – au lieu de retrait des fonds à la Caisse du BP comme avant. (3) Le PR a déjà commandé un logiciel de gestion (TOMPRO) pour le PNILP pour renforcer sa gestion, une formation sur l'utilisation du logiciel est envisagée après son installation. (4) Une convention de partenariat pour domicilier progressivement les fonds reçus du Projet (en fonction du plan de travail dressé par le PNILP) est déjà en cours de finalisation. (5) Le BP va continuer l'accompagnement de renforcement du PNILP pour se doter de son propre manuel des procédures.	SEP/CNLS MSPLS PNILP	En cours
--	---	--	-------------------------------------	-----------------

	<u>Recommandation 46 (Prioritaire)</u> Le Secrétariat du Fonds mondial doit demander à l'ALF de calculer le montant total qui a été imputé en trop sur la subvention et le programme de lutte contre le paludisme du SEP-CNLS doit rembourser ce montant sur le compte dédié à la subvention de lutte contre le paludisme. Voir le paragraphe 139 g.	L'achat de la deltaméthrine en question s'est fait sur base d'une demande de financement adressée par le programme national car il y avait une flambée des cas de paludisme dans la province de Ngozi. Sur base de cette requête, le PR, en concertation avec le Programme National sur les fournisseurs habituels de ce produit, a fait une consultation restreinte de trois maisons, BOLENA, SOCOPHAR et ALCHEM et seuls BOLENA et ALCHEM ont répondu à l'AO. L'achat a respecté les procédures d'achat conformément au manuel de procédures du PR et du pays (lettre de consultation restreinte, nomination d'une commission d'analyse des offres, ouverture et analyse des offres par cette commission, attribution du marché par un autre comité de passation des marchés, livraison du produit, paiement de la facture) et les différents documents y relatifs ont été envoyés au LFA. Le principal point de mésentente a été que les deux fournisseurs qui ont soumissionnés portent le même nom (RASQUINHA) et seraient des frères. Le PR a fait ses investigations après et a trouvé que ils sont justement des frères mais que leurs pharmacies grossistes ont été agréées différemment par le MSPLS et le Ministère du Commerce. Nous avons cherché à savoir les prix qui ont été pratiqué par la Coopération Suisse qui a cofinancé l'activité et acheté le même produit et l'avons trouvé à 15500 Fr Bu, soit 1820 Fr plus cher que le prix que nous avons obtenu. Pour l'achat des fournitures en rapport avec le dénombrement des bénéficiaires des moustiquaires de la campagne, il s'agit d'un achat qui était intégré dans un ensemble d'autres activités et s'est sur recherche de trois factures proformas qui est prévu dans le manuel des procédures du PR. Si ces justifications ne rencontrent pas l'approbation de l'OIG, le BP est disposé à travailler avec l'ALF et apportera toute clarifications sur les demandes de ce dernier afin de produire un rapport complémentaire sur le dossier en objet. Le BP fournira ses commentaires sur le rapport de l'ALF aussitôt qu'il sera produit.	ALF et équipe du BP	Dès réponse de l'OIG
--	--	---	---------------------	----------------------

Audit des subventions du Fonds mondial accordées au Burundi

Instance de Coordination Nationale et gouvernance	<u>Recommandation 47 (Prioritaire)</u> La CCM doit apporter une orientation stratégique et assurer la supervision afin de garantir que les subventions du Fonds mondial sont mises en œuvre de façon à renforcer les structures et les systèmes nationaux dans un souci de pérennisation.	Le CCM est d'accord avec cette recommandation et il l'a intégrée dans son plan stratégique 2011-2013	CCM	Dès 2012
	<u>Recommandation 48 (Prioritaire)</u> La CCM doit recruter un comptable/personne chargée de la tenue des livres de comptes pour la gestion financière des fonds de sa subvention.	Le CCM est d'accord avec cette recommandation et va mobiliser des ressources pour recruter un comptable	CCM	Dès 2013
	<u>Recommandation 49 (Prioritaire)</u> La CCM doit faire en sorte qu'un mécanisme fonctionnel d'audit interne soit effectif afin de fournir une assurance efficace aux subventions.	La recommandation est acceptée. Le CCM va envisager le recrutement d'un auditeur interne pour les subventions en cours	CCM	Dès 2013