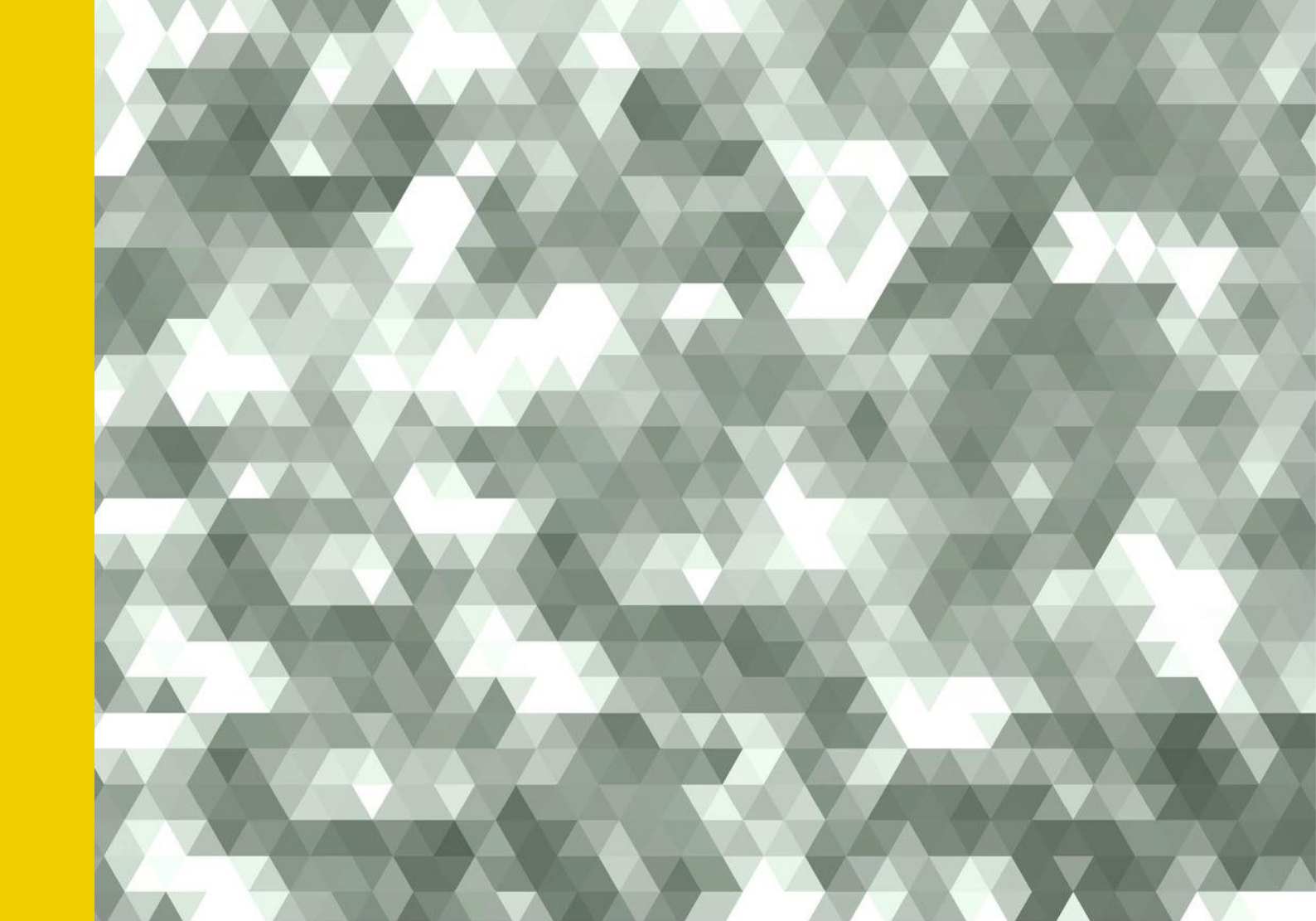




Rapport d'audit

Subventions du Fonds mondial à la République du Bénin

GF-OIG-19-005
13 mars 2019
Genève, Suisse

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

Le Bureau de l'Inspecteur général (BIG) assure la sauvegarde des actifs, des investissements, de la réputation et de la pérennité du Fonds mondial en veillant à ce qu'il prenne les mesures appropriées pour mettre fin aux épidémies de sida, de tuberculose et de paludisme. Grâce à des audits, des enquêtes et des travaux consultatifs, il promeut les bonnes pratiques, réduit les risques et informe de façon complète et transparente sur les abus.

Créé en 2005, le BIG est une composante à part entière du Fonds mondial dont il est toutefois indépendant. Il rend des comptes au Conseil via son Comité des finances et de la vérification, et sert les intérêts de l'ensemble des parties prenantes du Fonds mondial. Ses travaux respectent les Normes internationales pour la pratique professionnelle de l'audit interne et les Lignes directrices uniformes en matière d'enquête de la Conférence des enquêteurs internationaux.

Contactez-nous

Le Fonds mondial considère que chaque dollar compte et n'a aucune tolérance pour la fraude, la corruption et le gaspillage qui empêchent d'acheminer les ressources jusqu'aux personnes qui en ont besoin. Si vous suspectez des irrégularités ou des actes répréhensibles dans les programmes financés par le Fonds mondial, il conviendrait que vous les déclariez au BIG en le contactant aux coordonnées ci-dessous. Voici quelques exemples d'actes répréhensibles qu'il conviendrait de dénoncer : vol d'argent ou de médicaments, utilisation des fonds ou d'autres actifs du Fonds mondial à des fins personnelles, fausses factures, mise en scène de fausses formations, contrefaçon de médicaments, irrégularités dans les processus d'appel d'offres, pots-de-vin et dessous-de-table, conflits d'intérêts, violations des droits de l'homme...

Formulaire en ligne >

Disponible en anglais, français, russe et espagnol

Courriel :

ispeakoutnow@theglobalfund.org

Courrier postal :

Bureau de l'Inspecteur général

Fonds mondial

Global Health Campus

Chemin de Pommier 40, CH-1218

Grand-Saconnex

Genève, Suisse

Service téléphonique gratuit de déclaration :

+1 704 541 6918

Message téléphonique :

+41 22 341 5258

Plus d'informations sur le BIG à l'adresse :

www.theglobalfund.org/oig

Rapport d'audit

Les audits du BIG étudient les systèmes et les processus en place au Fonds mondial et dans les pays pour identifier les risques susceptibles de compromettre la mission de l'Organisation de mettre fin aux trois épidémies. Généralement le BIG audite trois grands domaines : la gestion des risques, la gouvernance et la supervision. Dans l'ensemble, l'audit a pour objectif d'améliorer l'efficacité du Fonds mondial pour veiller à ce que l'utilisation des fonds qui lui ont été confiés ait l'impact maximal.

Rapport consultatif

Les rapports consultatifs du BIG ont pour but de promouvoir la mission et les objectifs du Fonds mondial via des participations génératrices de valeur ajoutée en exploitant les compétences professionnelles des auditeurs et enquêteurs du BIG. Le Conseil, les comités ou le Secrétariat du Fonds mondial peuvent demander une participation consultative spécifique à tout moment. Le rapport peut être publié à la discrétion de l'Inspecteur général après consultation de la partie prenante ayant effectué la demande.

Rapport d'enquête

Les enquêtes du BIG étudient les allégations reçues concernant des actes répréhensibles réels ou le suivi d'informations de fraude ou d'abus susceptibles de compromettre la mission du Fonds mondial de mettre fin aux trois épidémies. Le BIG réalise des enquêtes administratives et non judiciaires. Ses constatations sont basées sur des faits et des analyses connexes, ce qui lui permet d'établir des déductions raisonnables fondées sur des faits avérés.

Table des matières

1.	Synthèse	4
1.1.	Opinion	4
1.2.	Principales réalisations et bonnes pratiques	4
1.3.	Principaux problèmes et risques.....	5
1.4.	Notations.....	6
1.5.	Résumé des actions convenues de la Direction	6
2.	Environnement et contexte.....	7
2.1.	Contexte global	7
2.2.	Différenciation des audits de pays par catégorie	7
2.3.	Subventions du Fonds mondial dans le pays.....	8
2.4.	Les trois maladies	9
3.	Aperçu de l'audit	10
3.1.	Objectifs	10
3.2.	Portée	10
3.3.	Progrès au niveau de problèmes précédemment identifiés.....	10
4.	Constatations	11
4.1.	L'efficacité de la chaîne d'approvisionnement est limitée par l'absence de soutien budgétaire du gouvernement et le non-respect des directives	11
4.2.	Concernant les activités sanitaires et de soins au niveau communautaire, les politiques doivent être actualisées et les formations et la supervision améliorées, de même que la communication de données	15
	Annexe A : Classification générale des notations d'audit	20
	Annexe B : Méthodologie.....	21

1. Synthèse

1.1. Opinion

Malgré les problèmes affectant la mise en œuvre des programmes, le Bénin a enregistré des progrès significatifs dans la lutte contre les trois maladies. Les cas déclarés de décès du paludisme ont chuté de 2 261 en 2012 à 1 646 en 2016. En 2017, le pays a adopté la stratégie de traitement nouvellement recommandée qui consiste à dépister, traiter et maintenir sous traitement (TTR), ce qui a permis de porter à 38 396 le nombre de personnes vivant avec le VIH sous traitement – soit un taux de couverture de 55 %. Cela signifie que le Bénin a l'un des taux de couverture du traitement les plus élevés d'Afrique occidentale et centrale (où le taux moyen de couverture du traitement s'élève à 35 %). Des problèmes subsistent cependant : l'accès à des services de prise en charge du paludisme de qualité est restreint – en particulier au niveau communautaire, il n'existe pas de directives nationales appropriées pour l'éducation thérapeutique en matière de prévention de la transmission mère-enfant (PTME), et l'indisponibilité et l'irrégularité des données font qu'il est impossible d'effectuer un suivi et des prises de décision efficaces. Les mécanismes des programmes sont actuellement notés « **Partiellement efficaces** » en ce qui concerne la fourniture de services de qualité adéquate aux patients et de données fiables pour étayer les prises de décision.

Des bonnes pratiques ont été observées dans la gestion de la chaîne d'approvisionnement. Les produits de santé sont achetés, stockés et distribués en temps voulu, en particulier au niveau central aux districts. Il existe cependant des problèmes de quantification des produits de santé, en particulier s'agissant du paludisme, et de gestion des données – en dépit de l'engagement massif pris par les partenaires et le gouvernement du Bénin d'acheter les produits de santé nécessaires. Des problèmes subsistent aussi au niveau des ressources humaines qui sont nécessaires pour gérer la chaîne d'approvisionnement, et de l'incapacité des pouvoirs publics à honorer leurs engagements d'achats de produits en vue d'éradiquer le paludisme. Ces obstacles exercent des tensions sur les stocks de produits de santé au niveau central et ont entraîné des ruptures de stock et des interruptions de services aux patients au niveau des établissements et des communautés. Une supervision efficace des données, une planification opportune des achats et un renforcement des capacités du personnel en charge de la chaîne d'approvisionnement pourraient améliorer la situation. Ce domaine est noté « **Partiellement efficace** ».

1.2. Principales réalisations et bonnes pratiques

Progrès sur le front des trois maladies : Les investissements au Bénin du Fonds mondial et d'autres parties prenantes ont grandement contribué à la réalisation de progrès significatifs contre les trois maladies. La distribution de 6,5 millions de moustiquaires dans le cadre de la subvention en cours et la fourniture de traitements et de services contre le paludisme dans l'ensemble des établissements de santé, y compris au niveau communautaire, ont contribué à faire diminuer de 27 % le nombre de décès dus au paludisme entre 2012 et 2016. En outre, entre 2011 et 2016, les cas de paludisme confirmés par dépistage ont augmenté de 354 223 à 1 219 975 grâce à un recours accru aux tests de dépistage rapide du paludisme (TDR). Le taux de couverture des patients séropositifs au VIH sous traitement a atteint 55 % ; 99 % des femmes enceintes qui consultent dans des dispensaires prénatals sont admises dans des centres de PTME et 96 % font l'objet d'un dépistage du VIH. Avec la mise en œuvre d'un soutien nutritionnel et socioéconomique, le taux de succès thérapeutique contre la tuberculose dépasse 89 % au Bénin, contre un taux moyen de 79 % en Afrique occidentale et centrale.

Financements accrus pour améliorer la chaîne d'approvisionnement et la qualité des données. Le Fonds mondial et les partenaires ont soutenu différentes initiatives ciblant la chaîne d'approvisionnement. L'évaluation de la chaîne d'approvisionnement financée par l'USAID a permis d'identifier des solutions pour remédier aux insuffisances au niveau de la livraison de produits de santé¹. Des opérations annuelles de quantification sont conduites par les programmes nationaux de lutte contre les maladies et exécutées par des groupes de travail technique qui incluent tous les partenaires techniques et financiers, notamment le Fonds mondial. Pour lutter contre le caractère limité des capacités des ressources humaines en matière de gestion des produits de santé au niveau périphérique, le Fonds mondial a affecté des fonds pour recruter des pharmaciens dans les districts afin d'améliorer la gestion des produits de santé et leur disponibilité dans les établissements et les communautés.

1.3. Principaux problèmes et risques

Non-respect du plan d'approvisionnement et insuffisance des capacités du personnel : Les tensions qui s'exercent sur les stocks au niveau central et les ruptures de stock au niveau le plus bas sont imputables au non-respect du plan d'achat consolidé. En plus des retards dans la livraison des produits de santé, que ce soit le fait du gouvernement ou des partenaires qui aident aux achats de ces produits, il s'est avéré impossible de mobiliser le budget gouvernemental (ex : les pouvoirs publics n'ont pas acheté en 2017 et 2018 les médicaments antipaludiques qu'ils étaient censés fournir).

En outre, même lorsqu'il existe des directives et des procédures nationales claires et adéquates de gestion des achats, celles-ci sont rarement respectées par les gestionnaires au niveau des districts et des communautés. Cette situation affecte la disponibilité des médicaments et les traitements dispensés à l'échelon communautaire. L'une des principales causes fondamentales est liée au faible nombre de pharmaciens formés (il n'y a aucun pharmacien dans les huit entrepôts de districts et hôpitaux audités), ce qui contribue à des pratiques incohérentes de gestion de la chaîne d'approvisionnement.

Qualité limitée des services : Dans 10 des 34 districts sanitaires du Bénin, le traitement contre le paludisme soutenu par le Fonds mondial cible uniquement les communautés. La qualité du traitement ne respecte pas systématiquement les directives nationales de traitement : les registres indiquent un plus grand nombre de cas traités que de cas dépistés positifs, certains cas dépistés négatifs sont traités et certains cas dépistés positifs ne le sont pas. L'irrégularité de la qualité des services dispensés est imputable au caractère limité des capacités des travailleurs de santé communautaires qui sont insuffisamment formés à la prise en charge du paludisme, ainsi qu'au caractère limité du soutien et de la supervision des infirmiers des établissements de soins.

S'agissant du VIH, il n'existe pas de directives nationales appropriées pour l'éducation thérapeutique, ce qui affecte la qualité des informations communiquées aux femmes enceintes vivant avec le VIH. Les services varient en fonction des connaissances des sages-femmes et ne sont parfois même pas dispensés. En outre, on observe des retards dans l'exécution² des tests de dépistage de l'infection à VIH chez les nourrissons, ce qui affecte la prise en charge de leur santé. 28 % des femmes séropositives au VIH n'accouchent pas dans des centres de PTME et 38 % des enfants ne bénéficient pas d'un test PCR dans les 60 premiers jours de leur vie.

Les données communautaires ne sont pas intégrées dans le système national : Les données sur le paludisme communiquées par chaque communauté ne font pas l'objet d'une compilation globale au niveau de l'établissement de santé en raison de l'absence d'outils

¹ Évaluation de la chaîne nationale d'approvisionnement du Bénin – Mars 2016.

² Le délai de 6-8 semaines est recommandé pour la réalisation du test PCR, OMS.

adéquats. Au lieu de cela, l'établissement de santé adresse au district sanitaire un rapport détaillé pour chaque communauté. Le caractère limité des ressources humaines et l'importance de la charge de travail au niveau des districts (un seul statisticien par district pour couvrir en moyenne 270 travailleurs de santé communautaires) font qu'il est difficile de compiler des données aussi fractionnées. Ainsi, et dans la mesure où les établissements de santé n'envoient pas de rapports globaux sur les communautés au niveau hiérarchique directement supérieur, les données relatives aux communautés ne sont pas intégrées dans le système d'information sanitaire national. Les données communautaires communiquées au Fonds mondial sont issues d'un système parallèle géré par un sous-récepteur (Catholic Relief Services). La conception de ce système actuel d'information fait qu'il n'est pas parfaitement exploitable dans la mesure où il n'est pas basé sur le système national. Il ne surveille que les régions couvertes par le Fonds mondial et ne garantit pas pleinement l'exactitude des informations déclarées.

1.4. Notations

Partiellement efficace	Objectif 1 : Évaluer la conception et l'efficacité des mécanismes de gestion et de supervision des programmes communautaires afin de fournir des soins de qualité et des données opportunes, complètes et précises pour étayer le processus décisionnel.
Partiellement efficace	Objectif 2 : Évaluer la conception et l'efficacité des mécanismes de la chaîne d'approvisionnement afin de garantir en temps voulu aux patients souffrant des trois maladies des médicaments de bonne qualité.

1.5. Résumé des actions convenues de la Direction

En réponse aux constatations relatives à la chaîne d'approvisionnement, le Secrétariat s'est engagé à soutenir le ministère de la Santé et les partenaires pour établir mensuellement un rapport de surveillance logistique afin de suivre l'état des stocks et le stock de réserve disponible de produits de santé contre le paludisme dans les entrepôts au niveau central, des districts, des zones et dans les établissements de santé.

En réponse aux constatations relatives aux données à l'échelon communautaire, le Secrétariat s'est engagé à soutenir le ministère de la Santé et les partenaires pour actualiser le modèle de déclaration des établissements de santé afin d'intégrer les données communautaires sur le paludisme et de procéder à un rapprochement des données communautaires sur le paludisme déclarées via le système national et des données déclarées par son sous-récepteur. Ils actualiseront également les outils et normes d'éducation au traitement, et formeront à nouveau les sages-femmes et le personnel de santé travaillant sur des sites de prévention de la transmission mère-enfant à l'utilisation de ces normes et outils.

2. Environnement et contexte

2.1. Contexte global

Le Bénin abrite une population de 10,9 millions d'habitants³ – dont 47,3 % vivent dans des zones urbaines. Bien que son économie dépende fortement des réexportations et du commerce de transit avec le Nigéria, le Bénin enregistre une croissance modérée de son produit intérieur brut (PIB) réel (de 2,1 % en 2015 à 2,5 % en 2017) grâce, notamment, à ses secteurs tertiaire (50 % du PIB) et agricole (25 % du PIB).

Désireuse de promouvoir le développement, la nouvelle administration a adopté en 2016 le « Programme d'Actions du Gouvernement » (PAG). Structuré en différents projets phares, il inclut une composante majeure axée sur la santé.

En dépit de quelques progrès et de la volonté politique, des problèmes de développement subsistent. Avec 40 % de sa population vivant au-dessous du seuil de pauvreté, le Bénin se classe 163^{ème} sur les 189 pays de l'Indice de développement humain du Programme des Nations Unies pour le développement⁴.

Structure du secteur de la santé

Au-dessous du niveau central, 12 départements coordonnent et mettent en œuvre la stratégie nationale à un échelon intermédiaire. Le Bénin est divisé en 34 districts sanitaires et 77 communes où sont implantés 1 434 établissements de santé, dont 45 maternités et plus de 900 services hospitaliers de maternité. Le budget de la santé du pays représente actuellement 4,6 % du PIB et 8,3 % des dépenses publiques totales⁵. Le pourcentage du budget alloué à la santé est donc très inférieur aux 15 % convenus lors de la Conférence d'Abuja de 2001.

Outre l'insuffisance des ressources humaines (7,7 travailleurs de santé pour 10 000 habitants, contre une recommandation de 25 pour 10 000 de l'OMS), le système de santé est confronté à une répartition géographique déséquilibrée des effectifs – 79 % du personnel étant concentrés dans les zones urbaines⁶. En outre, les taux de fréquentation des centres de santé demeurent faibles (48,9 % en 2015) en raison, notamment, des difficultés que présente leur accessibilité géographique et financière.

Pour s'attaquer aux problèmes de santé qui entravent le développement du pays, le ministère de la Santé a élaboré un deuxième Plan national de développement sanitaire pour 2017-2021, en intégrant le PAG, les Objectifs de développement durable et les engagements internationaux. Outre une optimisation des ressources humaines, la nouvelle stratégie a pour objectif d'offrir des services de meilleure qualité en s'appuyant sur des partenariats plus solides, ainsi qu'une amélioration du financement et de la gestion du secteur de la santé.

2.2. Différenciation des audits de pays par catégorie

Le Fonds mondial a classé les pays dans lesquels il finance des programmes en trois grandes catégories de portefeuille : 'ciblé', 'essentiel' et 'à fort impact'. Ces catégories sont principalement définies en fonction de l'ampleur du montant d'allocation, de la charge de morbidité et de l'impact sur la mission du Fonds mondial de mettre fin aux trois épidémies. Les pays peuvent aussi être classés en deux catégories transversales : ceux qualifiés de 'contexte d'intervention difficile' et ceux assujettis à une Politique de sauvegarde

³ Banque mondiale.

⁴ Indicateur de développement humain du PNUD, 2017.

⁵ Demande de financement SRSP, août 2018.

⁶ PNL 2017-2021 – Stratégie.

supplémentaire. Les contextes d'intervention difficiles sont des pays ou régions caractérisés par la faiblesse de leur gouvernance, un mauvais accès aux services de santé et des crises naturelles ou provoquées par l'homme. La Politique de sauvegarde supplémentaire représente un ensemble de mesures additionnelles susceptibles d'être mises en place par le Fonds mondial pour renforcer les contrôles budgétaires et de supervision dans un environnement particulièrement risqué. Le Bénin est un portefeuille :

-  Ciblé : (portefeuilles plus petits, charge de morbidité plus faible, risque moindre pour la mission)
-  **X Essentiel : (portefeuilles plus importants, charge de morbidité plus élevée, risque plus élevé)**
-  À fort impact : (portefeuille très important, charge de morbidité essentielle pour la mission)

-  Contexte d'intervention difficile
-  Politique de sauvegarde supplémentaire

2.3. Subventions du Fonds mondial dans le pays

Depuis 2004, le Fonds mondial a signé des subventions pour plus de 386 millions de dollars et décaissé 320 millions pour lutter contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme au Bénin. Il a aussi soutenu un renforcement du système de santé dans le cadre d'une subvention de 25 millions de dollars basée sur un principe de financement en fonction des résultats entre juillet 2014 et mars 2018.

À décembre 2017, le portefeuille se composait des subventions actives suivantes :

Code de la subvention	Réциpiendaire principal	Composante	Période de la subvention	Montant signé (EUR)
BEN-H-PSLS/P04	Programme Santé de Lutte contre le SIDA	VIH	01 janvier 2016 au 31 décembre 2017	21 473 500
BEN-H-PlanBen/P04	Plan International, Inc.	VIH	01 janvier 2016 au 31 décembre 2017	6 604 162
BEN-M-PNLP/P02	Programme National de Lutte contre le Paludisme	Paludisme	01 janvier 2016 au 31 décembre 2017	29 554 830
BEN-T-PNT/P04	Programme National contre la Tuberculose	Tuberculose	01 janvier 2016 au 31 décembre 2017	5 805 039
BEN-S-PRPSS	Programme de renforcement des résultats du système de santé	Renforcement du système de santé	01 juillet 2014 au 30 juin 2017, prolongé à mars 2018	25 661 343
Total				89 098 874

La principale activité de la subvention Paludisme consiste en la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide. L'ancien réциpiendaire principal, Catholic Relief Services (ONG internationale), intervient en qualité de sous-réциpiendaire chargé de la gestion des programmes communautaires – lesquels ciblent en particulier le traitement des enfants de moins de cinq ans.

2.4. Les trois maladies



VIH/sida : Le Fonds mondial est le plus important donateur de la lutte contre le VIH (plus de 70 % du financement total de la riposte).

38 396 personnes sont actuellement sous traitement antirétroviral, ce qui représente un taux de couverture de 55 %.

Prévalence du VIH (population d'adultes de 15 à 49 ans) : 1 %

Nombre d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH : 70 000⁷



Paludisme : Le Fonds mondial est le deuxième plus important donateur de la lutte contre le paludisme (36 % du financement total de la riposte).

Le paludisme reste la principale cause de décès chez les enfants de moins de cinq ans au Bénin.

6 549 876 moustiquaires imprégnées d'insecticide distribuées durant la campagne de masse de 2017⁸

1,15 % de la charge mondiale de paludisme

Nombre estimé de cas de paludisme (2016) : 3 230 000

Nombre estimé de décès dus au paludisme (2016) : 6 000⁹



Tuberculose : Le Fonds mondial est le plus important donateur de la lutte contre la tuberculose (92 % du financement total de la riposte).

Le taux d'incidence du Bénin (y compris la coinfection tuberculose/VIH) est estimé à 58 pour 100 000 [37-82], en recul par rapport à 69 pour 100 000 en 2007 et à 86 pour 100 000 en 2000.¹⁰

Nombre de cas de tuberculose déclarés en 2017 : 3 662, 91 % étant des cas de tuberculose pulmonaire confirmés par des laboratoires

Estimations de la mortalité de la tuberculose en 2017 (séropositifs et séronégatifs au VIH combinés) : 1 500¹¹

⁷ ONUSIDA 2017.

⁸ PUDR S2 2017.

⁹ [Rapport sur le paludisme dans le monde.](#)

¹⁰ [Données de la Banque mondiale.](#)

¹¹ [Rapport 2018 de l'OMS sur la tuberculose dans le monde.](#)

3. Aperçu de l'audit

3.1. Objectifs

Le BIG a spécifiquement évalué la conception et l'efficacité :

- des mécanismes de gestion et de supervision des programmes communautaires afin de fournir des soins de qualité et des données précises, complètes et opportunes pour les prises de décision,
- des mécanismes de la chaîne d'approvisionnement afin de garantir la fourniture en temps voulu de médicaments de bonne qualité aux patients touchés par les trois maladies.

3.2. Portée

L'audit a été réalisé conformément à la méthodologie décrite dans l'Annexe B et a couvert la période allant de juin 2016 à juin 2018. Il a porté sur les subventions actives durant cette période et a inclus un examen financier des transactions de la subvention Renforcement du système de santé pendant sa phase de prolongation (décembre 2017 à mars 2018).

Dans le cadre du travail sur le terrain, le BIG s'est rendu dans quatre départements et six districts administratifs sanitaires. Ses travaux ont porté sur 218 travailleurs de santé communautaires, 10 centres de santé, cinq entrepôts de district, six hôpitaux et deux bureaux départementaux.

3.3. Progrès au niveau de problèmes précédemment identifiés

En 2012, le BIG a réalisé une étude diagnostique au Bénin qui couvrait les six subventions actives à cette époque. Bien qu'ayant observé de bonnes pratiques, l'étude a identifié un certain nombre de risques et formulé dix-huit recommandations pour les atténuer et garantir une mise en œuvre plus efficiente des programmes.

Un plan d'action a ultérieurement été approuvé par la parties prenantes. Ce plan incluait notamment :

- une révision des objectifs, des cibles et des indicateurs afin de mieux éclairer le processus décisionnel,
- une amélioration de la gestion financière,
- l'établissement de prévisions plus précises et d'une assurance qualité pour les médicaments et produits,
- le renforcement de la supervision de l'Instance de coordination nationale.

Précédente mission du BIG en République du Bénin

Étude diagnostique des subventions du Fonds mondial accordées à la République du Bénin, OIG-12-001.

4. Constatations

4.1. L'efficacité de la chaîne d'approvisionnement est limitée par l'absence de soutien budgétaire du gouvernement et le non-respect des directives

Le système de gestion des achats et des stocks du Bénin est doté de directives et de procédures claires qui décrivent l'ensemble du cycle de la chaîne d'approvisionnement, un système d'assurance qualité et un système d'information de gestion de la logistique (LMIS). Les directives sont complétées par les procédures opérationnelles normalisées du Fonds mondial.

Au Bénin, les achats de produits de santé respectent les directives nationales. Le mécanisme d'achat groupé du Fonds mondial achète les produits de santé, conformément au système de préqualification recommandé par l'OMS. Un contrôle de qualité est effectué sur des échantillons prélevés à réception des produits. Ces échantillons sont analysés par un laboratoire de contrôle de la qualité préqualifié par l'OMS.

Cependant, malgré la rigueur du cadre de la chaîne d'approvisionnement, des tensions s'exercent sur les stocks et des ruptures de stock sont observées tant au niveau central qu'aux échelons inférieurs.

Au niveau central, des pénuries de stocks sont imputables au non-respect du plan d'achat consolidé.

Les opérations annuelles de quantification sont conduites par les programmes nationaux de lutte contre les maladies et exécutées par deux groupes de travail technique. Le premier groupe inclut des partenaires techniques et le second des partenaires financiers (OMS, UNICEF, ONUSIDA, Plan Bénin et REBAP+ pour le VIH ; USAID, Chemonics, UNICEF et CRS pour le paludisme). Les deux groupes intègrent la Direction de la pharmacie, du médicament et des explorations diagnostiques – DPMED attachée au ministère de la Santé et la Centrale d'achat des médicaments essentiels – CAME. Ces groupes de travail se réunissent trimestriellement pour surveiller les niveaux des stocks des produits de santé, et l'adéquation et la disponibilité des stocks nécessaires, ainsi que pour alerter des risques de ruptures de stock ou des problèmes au niveau central.

L'opération de quantification suit une méthodologie établie et analyse les données de consommation de l'année précédente, les besoins de chaque type de population et les schémas thérapeutiques (travailleurs de santé communautaires, formation sanitaire, secteur privé pour le paludisme ; traitements de première et de deuxième intention, PTME et infections opportunistes pour le VIH), les stocks de réserve et les stocks utilisables disponibles de la CAME.

Sur la base de ces informations, un plan d'achat consolidé est établi, dans le cadre duquel chaque partenaire et le gouvernement s'engagent à commander des quantités définies de produits, conformément à un calendrier de livraison approuvé.

Au Bénin, la gestion des médicaments antipaludiques est caractérisée par des stocks faibles. La disponibilité au niveau central est inférieure au stock régulateur recommandé de trois mois. Des tensions se sont exercées sur les stocks au second semestre 2017 et en 2018. En novembre 2017, pour tenter d'atténuer les risques de ruptures de stock au niveau central, le Programme national de lutte contre le paludisme a passé en urgence une commande de médicaments

antipaludiques pour nourrissons¹² par l'intermédiaire du mécanisme d'achat groupé du Fonds mondial. Cependant, le temps que la quarantaine soit levée, que le contrôle de qualité soit réalisé et que les médicaments soient livrés, certaines structures périphériques souffraient déjà de ruptures de stock concernant certains médicaments :

- Dans le dépôt répartiteur de zone du district de N'Dali Parakou (NP, Borgou) : entre décembre 2017 et mars 2018, on a dénombré 23 jours entiers de ruptures de stock de formulations infantiles d'antipaludiques¹³. Cela n'a cependant pas semblé avoir d'impact sur le programme car des stocks adéquats de médicaments pédiatriques disponibles pouvaient être substitués au traitement infantile.
- Dans le dépôt répartiteur de zone du district de Nikki/Kalale/Perere (NKP, Borgou) : entre le 31 décembre 2017 (date d'expiration des derniers stocks disponibles) et le 15 février 2018, on a dénombré 46 jours de ruptures de stock de formulations infantiles d'antipaludiques¹⁴. On a également observé une rupture de stock parallèle de médicaments pour adultes (même formule)¹⁵, ce qui a empêché une substitution par division des cachets. D'autres traitements ont toutefois été utilisés comme substituts pour le traitement infantile contre le paludisme.

Au niveau central, la situation demeure difficile comme en atteste la rupture de stock de tests de diagnostic rapide (TDR) au deuxième trimestre 2018. Ces tensions proviennent du non-respect du plan d'achat consolidé approuvé. Cette situation a engendré une insuffisance non couverte de médicaments antipaludiques devant être livrés conformément au calendrier planifié, et entraîné une réduction des stocks de réserve. En particulier :

- Bien que le gouvernement se soit initialement engagé à financer 8 % des besoins liés à la lutte contre le paludisme, il n'est pas parvenu à acheter sa part convenue de médicaments et de produits du fait d'un budget insuffisant et de la complexité des procédures de passation des marchés publics.
- Des retards dans certains des processus d'achat de partenaires ont contraint à repousser la date initialement convenue de livraison de médicaments antipaludiques. Par exemple, 22 % des livraisons de stocks de combinaisons pédiatriques d'antipaludiques¹⁶ ont été retardées de quatre mois entre janvier et septembre 2018, en particulier au niveau des communautés.

Contrairement à ce qui s'est produit pour le programme de lutte contre le paludisme, le gouvernement a pu mobiliser un budget suffisant pour acheter des produits de lutte contre le VIH. Selon le plan d'achat consolidé, le gouvernement s'est engagé à acheter 30 % et 40 % des produits nécessaires contre le VIH en 2017 et 2018, respectivement. Cependant, le gouvernement utilise des procédures d'achat lourdes et complexes, ce qui entraîne des retards dans la livraison des produits. Par exemple, la commande gouvernementale de produits contre le VIH de 2017 n'avait pas encore été livrée en septembre 2018, soit un retard de neuf mois. Bien que ce problème ait été atténué grâce au niveau du stock régulateur (lequel a été réduit à moins de quatre mois), il s'est quand même traduit par des stocks faibles au niveau périphérique.

Les retards des achats financés par les pouvoirs publics constituent un risque significatif de tensions sur les stocks et même de ruptures de stock. Bien qu'une nouvelle procédure d'achat fasse l'objet de discussions pour le budget de l'État de 2019, celle-ci n'a pas encore été finalisée.

¹² Arthéméter Luméfantrine 6 (AL6), combinaison utilisée pour traiter les nourrissons.

¹⁴ Arthéméter Luméfantrine (AL) 6.

¹⁵ Arthéméter Luméfantrine (AL)12, AL18 et AL24.

¹⁶ Arthéméter Luméfantrine 6 (AL6).

Aux échelons inférieurs, le caractère limité des capacités du personnel a un effet préjudiciable sur la disponibilité des médicaments.

La CAME a obtenu de bons résultats au niveau du stockage et de la distribution des produits de santé, et de son contrôle et de sa régulation des commandes transmises par les dépôts répartiteurs de zone. La traçabilité des produits de santé tout le long de la chaîne de distribution est bonne. Aucun détournement ou perte n'a été observé. Après inventaire des stocks, aucune différence n'a été constatée entre les feuilles d'inventaire et les décomptes des stocks physiques, et ce à tous les niveaux.

Cependant, certaines tensions ont affecté les stocks aux échelons inférieurs – districts, établissements de santé, travailleurs communautaires – du fait du manque de respect des directives nationales de gestion des stocks. Bien qu'il existe des outils d'information et de reconstitution des stocks disponibles et appropriés au niveau des établissements de santé et des dépôts répartiteurs de zone, les quantités et les fréquences des commandes de reconstitution des stocks ne sont pas toujours adaptées et doivent souvent être réajustées par la CAME. On a notamment observé ce qui suit :

- Des déficiences au niveau des districts et des établissements de santé dans le respect des formules de reconstitution des stocks de produits de santé qui doivent prendre en compte des paramètres essentiels (période d'approvisionnement, consommations mensuelles moyennes, stock de sécurité, stock utilisable disponible).
- Un respect insuffisant du calendrier trimestriel de reconstitution des stocks de la CAME par les dépôts répartiteurs de zone et du calendrier mensuel par les établissements de santé, ce qui peut entraîner un surapprovisionnement et des péremptions de médicaments, ou des ruptures de stock aux échelons inférieurs. Cela a été le cas au second semestre 2017, période durant laquelle les cinq dépôts répartiteurs de zone visités ont en moyenne passé cinq commandes de formulations pédiatriques d'antipaludiques¹⁷, au lieu des deux prescrites.

Pour compenser cela, la CAME a réajusté les commandes des dépôts en raison de l'imprécision des quantifications/commandes, ou s'est appuyée sur son propre stock. Cela a été le cas pour deux agences régionales de la CAME dans lesquelles le BIG s'est rendu. Les dépôts répartiteurs de zone passant plus de commandes qu'initialement prévu par les directives, les ajustements des quantifications opérés par la CAME et le manque de respect des directives nationales de gestion des approvisionnements ont alourdi la charge de travail et le risque d'éventuelles ruptures de stock et interruptions de livraison. Enfin, les modifications des commandes initiales des dépôts ne font pas l'objet d'un suivi, ce qui empêche de surveiller le taux de traitement des commandes.

Pris ensemble, ces problèmes de gestion des commandes ont un impact sur la disponibilité des produits de santé :

- Sur les cinq districts sanitaires visités, trois ont connu des ruptures de stock d'une durée moyenne de 29 jours pour les médicaments destinés à la PTME au second semestre 2017, bien que ces produits aient été disponibles au niveau central.

¹⁷ Arthéméter Luméfantrine (AL) 6.

- Sur les 10 établissements de santé visités, trois ont connu des ruptures de stocks d'une durée moyenne de 31 jours pour les médicaments destinés à la PTME et de 45 jours pour les médicaments antipaludiques, bien que des stocks aient été disponibles à l'échelon des dépôts répartiteurs de zone et au niveau central.
- Durant le premier semestre 2018, sur la base des inventaires des stocks de 218 travailleurs de santé communautaires examinés, 35 % n'avaient pas connu de ruptures de stock de formulations pédiatriques d'antipaludiques¹⁸, 33 % avaient connu des ruptures de stocks de moins d'un mois et 27 % des ruptures de stock d'un à deux mois.

L'absence de personnel formé à la gestion de la chaîne d'approvisionnement affecte également la gestion des médicaments. Sur les cinq dépôts de district et les trois hôpitaux de district visités au niveau périphérique, aucun n'avait de pharmacien et aucun membre du personnel n'avait bénéficié d'une formation à la gestion de la logistique.

Action convenue de la Direction 1

Le Secrétariat soutiendra le ministère de la Santé, PMI et Chemonics pour établir mensuellement un rapport de surveillance logistique afin de suivre l'état des stocks et le stock de réserve disponible de produits de santé contre le paludisme dans les entrepôts au niveau central, des districts, des zones et dans les établissements de santé.

Titulaire : Responsable de la Division de la gestion des subventions

Date cible : 28 février 2020

¹⁸ Artemether-Lumefantrine (AL) 6

4.2. Concernant les activités sanitaires et de soins au niveau communautaire, les politiques doivent être actualisées et les formations et la supervision améliorées, de même que la communication de données

L'objectif global du plan stratégique national de lutte contre le paludisme 2017-2021 du Bénin est de réduire de 25 % la mortalité liée au paludisme par rapport à son niveau de 2015. Cela impose en particulier que 99 % des cas suspects de paludisme dans des zones définies bénéficient de tests biologiques au niveau communautaire et que 99 % des patients souffrant d'un paludisme sans complication confirmé soient traités avec des CTA par les travailleurs de santé communautaires.

Une politique stratégique communautaire a été définie et mise en œuvre au niveau central, et le recrutement de travailleurs de santé communautaires est effectué en coordination avec les autorités communautaires et locales. Dans le cadre de la subvention du Fonds mondial, les activités des travailleurs de santé communautaires ont été mises en œuvre dans 14 des 34 districts sanitaires du Bénin. Dix des 14 districts sanitaires bénéficient d'un ensemble complet d'activités et quatre districts (à Cotonou) ne bénéficient que d'un ensemble promotionnel d'activités. Des représentants des 2 748 travailleurs de santé communautaires sélectionnés ont été formés à la gestion des cas de paludisme. Conformément aux politiques nationales, ils sont supervisés par des infirmiers chefs de poste. Ces activités sont soutenues par un sous-récepteur (CRS) qui dispose de son propre facilitateur pour aider les travailleurs de santé communautaires à exercer leurs activités.

Bien que la stratégie communautaire soit clairement définie, des améliorations sont nécessaires au niveau du respect des protocoles de traitement du paludisme, de la communication de données et de la couverture de l'ensemble de la chaîne de la prévention de la transmission mère-enfant.

i) Respect des protocoles de traitement du paludisme

Le traitement dispensé aux patients au niveau communautaire souffre de l'irrégularité de leur qualité et du non-respect des protocoles de traitement. Pour les 119 travailleurs de santé communautaires contrôlés, par exemple, 153 cas de paludisme ont été traités alors que 115 cas seulement avaient été diagnostiqués positifs. Cinquante-quatre cas ont été traités malgré des résultats de TDR négatifs et six cas de TDR positifs n'ont pas été traités. S'agissant des causes fondamentales de cette situation, notre audit a observé que des améliorations étaient nécessaires dans les domaines suivants :

- **Formation** : Il conviendrait que la formation des travailleurs de santé communautaires soit réalisée conformément aux recommandations du Manuel du facilitateur. La moitié de la formation d'une semaine est censée être consacrée aux aspects théoriques de la gestion des cas de paludisme, et l'autre moitié à ses aspects pratiques. Cependant, tous les travailleurs de santé interrogés ont déclaré qu'une journée seulement était consacrée aux aspects pratiques.
- **Supervision** : Conformément au Plan stratégique national de lutte contre le paludisme, les activités des travailleurs de santé communautaires doivent être supervisées par les centres de santé primaire (centres FOSA). Cette supervision n'est toutefois pas exercée. Sur les 10 centres FOSA visités, un seulement avait réalisé une supervision sur site des travailleurs de santé communautaires. Cette absence de supervision est principalement imputable à l'insuffisance des ressources humaines et à la difficulté d'accès aux zones couvertes par les travailleurs communautaires. Ainsi, les activités de soins communautaires assurées par les travailleurs de santé communautaires ne font l'objet d'aucune supervision.

ii) Communication de données sur le paludisme venant de l'échelon communautaire

Les données sur le paludisme au niveau communautaire ne sont pas intégrées dans le système national d'information de santé. Aux fins de l'établissement des rapports du Fonds mondial, un système parallèle d'un sous-récepteur (CRS) est utilisé malgré des contrôles limités de la qualité des données.

Selon le Plan stratégique national de suivi et d'évaluation de la lutte contre le paludisme 2017-2021, il conviendrait que les communications de données à tous les niveaux (y compris communautaire) suivent le système national de suivi et d'évaluation connu sous le nom de Système national d'information et de gestion sanitaire.

Les données des centres FOSA sont censées être envoyées aux districts sanitaires, pour être intégrées dans le système d'information sanitaire au niveau des districts (DHIS2), lequel est accessible à toutes les parties prenantes du système de santé du Bénin. Cependant, pour la subvention du Fonds mondial, CRS a mis en place un système parallèle dans le cadre duquel ce sous-récepteur collecte des données à l'échelon communautaire et les adresse directement au récepteur principal au niveau central, lequel établit à son tour un rapport sur les résultats actuels/demandes de décaissement (PUDR) à l'intention du Secrétariat du Fonds mondial. Le sous-récepteur CRS étant la seule partie prenante à contrôler les données compilées, il n'y a pas de supervision indépendante des données communiquées et pas de mécanisme d'assurance qualité. Cette situation est susceptible d'entraîner des déclarations de résultats éventuellement erronées et de ne pas permettre au système d'information sanitaire de rendre compte de façon complète et précise des activités à l'échelon communautaire.

Le système national d'information sanitaire du Bénin ne dispose pas de données fiables et opportunes sur le paludisme venant de l'échelon communautaire dans la mesure où ces données ne sont pas systématiquement et directement intégrées dans le système national. Aucun outil n'a été élaboré à l'échelon des centres FOSA pour compiler des données sur la gestion communautaire des cas, ce qui limite la qualité des données et leur utilisation au niveau des districts sanitaires. Le statisticien de district est censé recevoir des rapports mensuels, mais ceux-ci ne sont pas systématiquement transmis par les centres FOSA. Lorsqu'ils le sont, ils sont composés de documents fractionnés qui regroupent les rapports de chaque travailleur de santé communautaire – ce qui rend la compilation et le rapprochement des données difficiles (en effet, un seul statisticien de district couvre en moyenne 30 centres de santé primaire et 270 travailleurs de santé communautaires). Dans la mesure où CRS dispose de processus d'information en place à l'échelon communautaire, le niveau central a tendance à se reposer exclusivement sur ceux-ci.

iii) Le caractère irrégulier de la qualité des données et des services a un impact sur les progrès de la PTME (prévention de la transmission mère-enfant)

Le Bénin a enregistré des progrès significatifs dans la lutte contre le VIH/sida. S'agissant des personnes vivant avec le virus, 56 % sont sous traitement antirétroviral. Par ailleurs, le taux de transmission mère-enfant est tombé de 14,1 % en 2008 à 6,7 % en 2016. Des améliorations similaires ont été observées concernant le dépistage et le traitement des femmes enceintes : à décembre 2017, 99 % des femmes enceintes fréquentaient des dispensaires prénatals et bénéficiaient d'un dépistage du VIH. Sur un taux de 0,75 % de femmes enceintes diagnostiquées séropositives au VIH, 90 % sont mises sous antirétroviraux afin de réduire la transmission mère-enfant du virus.

Malgré des taux satisfaisants de dépistage et de traitement des femmes enceintes, des problèmes subsistent. En 2017, 28 % des femmes enceintes séropositives au VIH n'ont pas accouché dans des centres de PTME, ce qui signifie que ces accouchements n'ont pas été nécessairement réalisés dans le respect du protocole recommandé. Bien que 83 % des enfants nés de mères séropositives fassent l'objet d'un test de réaction en chaîne de la polymérase (PCR)¹⁹, 35 % de ces tests ne sont pas réalisés dans les délais prescrits de six à huit semaines après l'accouchement, et aucun système n'est en place pour s'assurer que les nourrissons séropositifs au VIH soient mis sous traitement.

Le taux résiduel de transmission d'une mère séropositive au VIH à son enfant a diminué de 14,1 % en 2008 à 6,7 % en 2016. Cependant, la prévalence globale de l'infection à VIH chez les enfants nés de mères séropositives au VIH est de 2,3 %, contre un objectif national de 2 %²⁰. Le taux était de 2,1 % chez les enfants nés de mères ayant reçu un traitement antirétroviral pendant la grossesse, contre 11,4 % chez les enfants nés de mères n'ayant pas reçu un tel traitement. Les raisons à cela incluent :

- *Éducation thérapeutique insuffisante en matière de PTME* : 60 % des sages-femmes interrogées n'étaient pas à l'aise à l'idée de dispenser une éducation thérapeutique aux femmes vivant avec le VIH. Le manque de temps a été mentionnée comme la principale raison à l'absence de fourniture d'une éducation thérapeutique, les sages-femmes se sentant submergées par le reste de leurs responsabilités, en particulier au niveau des établissements de santé. En outre, les professionnels de santé disposent d'outils limités pour les aider à dispenser une éducation à la PTME. Bien qu'il existe des normes d'éducation thérapeutique, elles ont été conçues sur la base des normes européennes et ne tiennent pas compte de l'environnement sociologique béninois. L'éducation n'est par ailleurs pas priorisée dans les manuels de formation à la PTME des sages-femmes.
- *Non-respect des directives nationales relatives au dépistage des nourrissons* : Bien que l'OMS recommande qu'un test PCR soit effectué dans les six à huit premières semaines de vie du nourrisson, un échantillon des registres des centres de PTME a révélé que 38 % d'échantillons sanguins n'ont été collectés qu'après le 60^{ème} jour de vie des nourrissons. Ce manque de ponctualité entraîne des difficultés dans le suivi des cas et induit des incertitudes et du stress pour les familles, et peut avoir une incidence préjudiciable sur l'administration en temps voulu d'un traitement.

Action convenue de la Direction 2

Le Secrétariat soutiendra le ministère de la Santé et les partenaires pour :

- actualiser le modèle de déclaration des établissements de santé afin d'intégrer les données communautaires sur le paludisme,
- procéder à un rapprochement des données communautaires sur le paludisme déclarées via le système national (SNIS) et des données déclarées par CRS,
- actualiser les outils et normes d'éducation au traitement et former à nouveau les sages-femmes et le personnel de santé travaillant sur des sites de PTME à l'utilisation de ces normes et outils.

Titulaire : Responsable de la Division de la gestion des subventions

¹⁹ Le PCR est un test qui peut servir à tester les dons de sang et détecter de façon très précoce des infections avant le développement d'anticorps. Le résultat du test à l'âge de six semaines offre une bonne fiabilité (>98 %) avec les différentes méthodes et est considéré comme plus efficace au plan programmatique

http://www.who.int/hiv/paediatric/EarlydiagnostictestingforHIVVer_Final_May07.pdf

²⁰ Rapport 2016 du PSLs sur la PTME en collaboration avec l'ONUSIDA, l'UNICEF et l'OMS.

Date cible : 30 juin 2020

Récapitulatif des actions convenues de la Direction

Action convenue de la Direction	Date cible	Titulaire
Le Secrétariat soutiendra le ministère de la Santé, PMI et Chemonics pour établir mensuellement un rapport de surveillance logistique afin de suivre l'état des stocks et le stock de réserve disponible de produits de santé contre le paludisme dans les entrepôts au niveau central, des districts, des zones et dans les établissements de santé.	28 février 2020	Responsable de la Division de la gestion des subventions
Le Secrétariat soutiendra le ministère de la Santé et les partenaires pour : • actualiser le modèle de déclaration des établissements de santé afin d'intégrer les données communautaires sur le paludisme, • procéder à un rapprochement des données communautaires sur le paludisme déclarées via le système national (SNIS) et des données déclarées par CRS, • actualiser les outils et normes d'éducation au traitement et former à nouveau les sages-femmes et le personnel de santé travaillant sur des sites de PTME à l'utilisation de ces normes et outils.	30 juin 2020	Responsable de la Division de la gestion des subventions

Annexe A : Classification générale des notations d'audit

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

Annexe B : Méthodologie

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

Les principes et les détails de la méthode d'audit du BIG sont décrits dans sa Charte, son Manuel d'audit, son Code de conduite et le mandat spécifique de chaque mission. Ils aident nos vérificateurs à fournir des travaux professionnels de qualité élevée et à intervenir de façon efficiente et efficace. Ils garantissent également l'indépendance des auditeurs du BIG ainsi que l'intégrité de leurs travaux. Le Manuel d'audit du BIG contient des instructions détaillées pour la réalisation de ses audits, dans le respect des normes appropriées et de la qualité attendue.

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

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

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