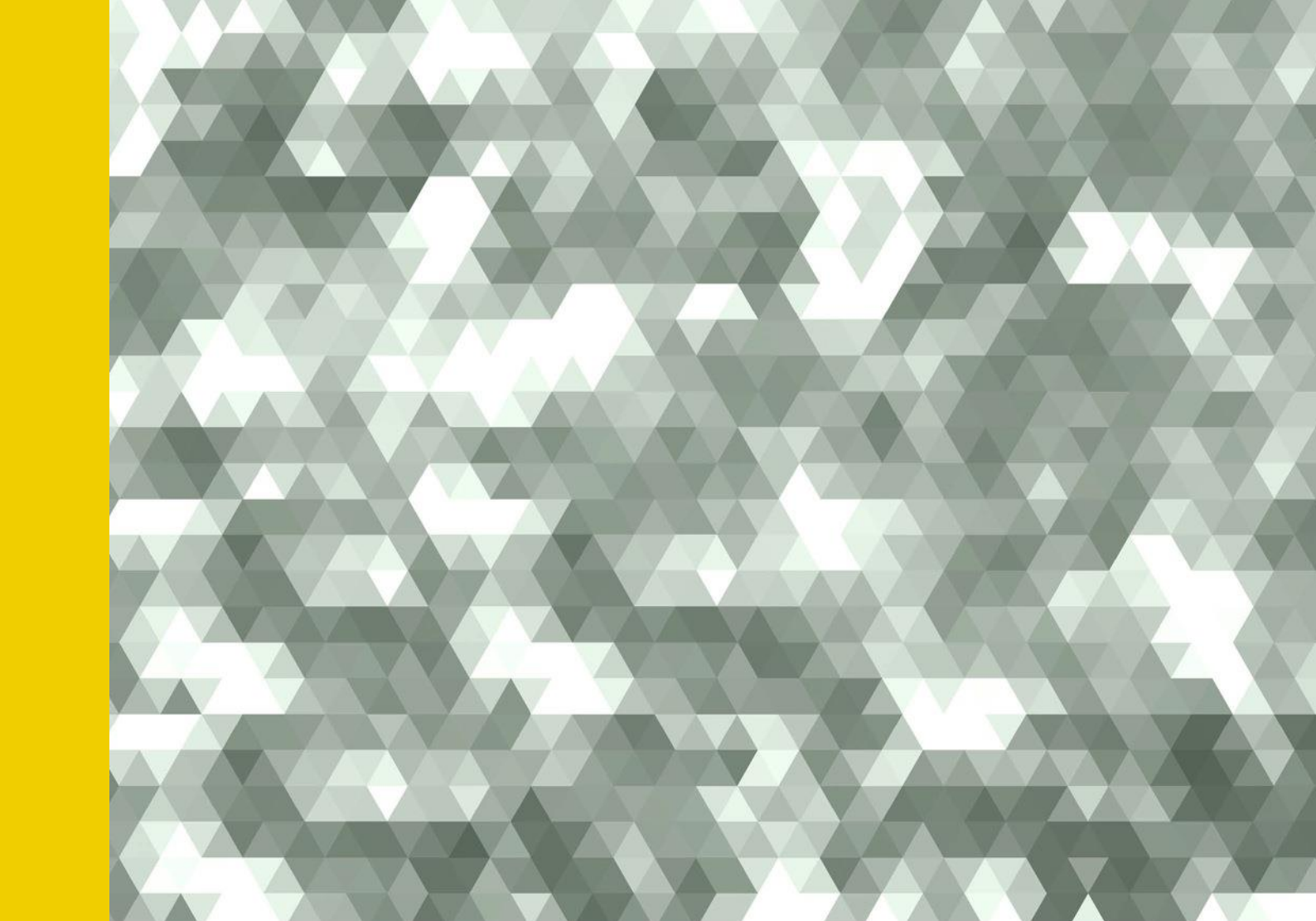




Rapport d'audit

Subventions du Fonds mondial au Zimbabwe

GF-OIG-20-008
26 mars 2020
Genève, Suisse

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

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

Créé en 2005, le Bureau de l'Inspecteur général est une unité indépendante du Fonds mondial, mais qui en fait néanmoins partie intégrante. Il rend compte au Conseil d'administration par l'intermédiaire de son Comité de l'audit et des finances, et sert les intérêts de toutes les parties prenantes du Fonds mondial. Il exerce ses activités conformément aux Normes internationales pour la pratique professionnelle de l'audit interne et aux Lignes directrices uniformes en matière d'enquête de la Conférence des enquêteurs internationaux.

Nous contacter

Le Fonds mondial est d'avis que chaque dollar compte et mène une politique de tolérance zéro vis-à-vis de la fraude, de la corruption et du gaspillage, empêchant les ressources de parvenir à ceux qui en ont besoin. Si vous soupçonnez des irrégularités ou des actes répréhensibles dans les programmes soutenus par le Fonds mondial, signalez-les au Bureau de l'Inspecteur général, aux coordonnées indiquées ci-après. Par exemple, les actes répréhensibles suivants doivent être signalés : vol d'argent ou de médicaments, utilisation de crédits du Fonds mondial ou d'autres actifs à des fins personnelles, fausse facture, organisation de formations factices, contrefaçon de médicaments, irrégularités au niveau des procédures d'appels d'offres, subornations et pots-de-vin, conflits d'intérêt, violation de droits humains, etc.

Formulaire en ligne >

Disponible en anglais, espagnol, français et russe.

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

Courriel : hotline@theglobalfund.org

Ligne téléphonique gratuite :
+1 704 541 6918

Service disponible en anglais, arabe, chinois, espagnol, français et russe

Messagerie téléphonique 24 h/24 :
+41 22 341 5258

Pour tout supplément d'information
www.theglobalfund.org/oig

Rapport d'audit

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

Rapport consultatif

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

Rapport d'enquête

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

Table des matières

1.	Résumé.....	4
1.1	Opinion.....	4
1.2	Réalisations clés et bonnes pratiques	5
1.3	Difficultés et risques principaux.....	5
1.4	Notation	6
1.5	Résumé des actions convenues de la Direction	6
2.	Historique et contexte.....	7
2.1	Contexte général	7
2.2	Catégorie de différenciation des audits de pays.....	7
2.3	Subventions du Fonds mondial au Zimbabwe.....	8
2.4	Les trois maladies.....	8
2.5	Résultats du portefeuille	10
2.6	Considérations relatives à l'appétence au risque du pays.....	11
3.	Aperçu de l'audit	12
3.1	Objectifs	12
3.2	Portée et méthodologie	12
3.3	Correction des faiblesses identifiées précédemment	12
4.	Constatations	14
4.1.	Bons résultats programmatiques en matière de dépistage du VIH, mais les données y afférentes présentent des anomalies.....	14
4.2.	Améliorations requises en matière de couverture de traitement, de test de la charge virale et de diagnostic précoce chez le nourrisson	16
4.3.	Même si les produits de santé sont disponibles et les gaspillages contrôlés, les capacités de stockage et le suivi doivent être améliorés.	19
5.	Tableau des actions convenues	22
	Annexe A : Classification générale des notations de l'audit	24
	Annexe B : Méthodologie.....	25
	Annexe C : Appétence au risque et notation des risques : Teneur, méthodologie et implications ...	26

1. Résumé

1.1 Opinion

Le Zimbabwe enregistre des avancées importantes face aux trois maladies, malgré une longue crise économique qui a entraîné une détérioration des infrastructures de santé, des pertes de personnels de santé expérimentés et une baisse de la qualité des services de santé. L'incidence du paludisme dans le pays a été réduite de près de 50 % en 2017¹, alors que de nombreux pays du monde observaient une résurgence de la maladie. L'incidence de la tuberculose a reculé de près de 60 % entre 2010 et 2017², et la couverture et le taux de réussite des traitements dépassaient chacun 80 % en 2018. La prévalence du VIH a fortement chuté, tant chez les adultes que chez les enfants³. Entre 2010 et 2018, le nombre de décès liés au sida a chuté de 60 % et le nombre d'infections annuelles a reculé de 38 %⁴. Le Zimbabwe fait partie des 18 premiers pays du monde enregistrant un rapport incidence/prévalence de 3 %⁵.

Néanmoins, des faiblesses persistent. Les données relatives au VIH présentent des anomalies, le nombre de cas identifiés annuellement étant nettement plus élevé que les estimations. Des travaux doivent être menés afin d'en analyser les causes profondes et d'établir une riposte programmatique appropriée. Les initiatives de proximité auprès des populations difficiles d'accès et de fourniture de traitements à toutes les personnes touchées par les maladies doivent être améliorées. Le travail à temps partiel des personnels en centres de santé risque de nuire à l'accès aux soins et à leur qualité, et à d'autres domaines de la gestion des subventions à plus long terme. Le conseil et le suivi des patients, la couverture des populations-clés, le diagnostic précoce chez le nourrisson, et les tests de la charge virale sont **partiellement efficaces**. Des améliorations doivent encore être apportées au programme pour que les objectifs établis soient atteints.

Dans le domaine de la chaîne d'approvisionnement, aucune rupture de stock ou d'expiration majeure d'antirétroviraux n'a été relevée entre 2018 et 2019. Des inventaires mensuels et des outils d'alerte sont en place pour les produits approchant de leur date d'expiration. Les produits financés par le Fonds mondial sont généralement traçables. Le pays accroît la capacité de stockage de médicaments des entrepôts centraux et régionaux, et a réhabilité 169 entrepôts de centres de santé afin de répondre aux besoins dans ce domaine. Cependant, les besoins de stockage du pays atteignent pratiquement le double des capacités actuelles et doivent encore être réévalués. Le manque d'entrepôts nuit à la gestion des stocks. Le présent audit relève des cas de faible rotation des stocks et des transferts imposés de médicaments vers plusieurs structures de santé, mettant à rude épreuve leurs capacités de stockage et augmentant les risques d'expirations de produits ; tandis que d'autres centres de santé sont exposés à des expirations et des ruptures de stock. Des faiblesses ont également été observées en matière d'exactitude et d'opportunité de saisie des données dans les systèmes de gestion des stocks, de rapprochement des registres d'inventaire, de triangulation des données sur la consommation de médicaments et sur les patients, et de suivi et de supervision. En collaboration avec les programmes nationaux, le Secrétariat s'est employé à optimiser l'utilisation des entrepôts existants et à enregistrer les améliorations de la chaîne d'approvisionnement. Néanmoins, des améliorations supplémentaires doivent être obtenues. Globalement, la gestion de la chaîne d'approvisionnement est partiellement efficace.

¹ Rapport annuel 2018 sur le paludisme -Ministère de la Santé et des soins aux enfants

² Rapport 2018 sur la tuberculose dans le monde

³ <http://aidsinfo.unaids.org/> :La prévalence chez les adultes de 15 à 49 ans est passée de 15,4 % [13,1-17,5] en 2010 à 12,7 % [10,8-14,5] en 2018.

⁴ Toutes les informations de la présente section sont tirées du site web de l'ONUSIDA sur le Zimbabwe :

<https://www.unaids.org/fr/regionscountries/countries/zimbabwe>

⁵ Estimations 2019 de l'ONUSIDA https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-UNAIDS-data_en.pdf

1.2 Réalisations clés et bonnes pratiques

Appropriation et progrès importants de la lutte contre les trois maladies :

Malgré les contraintes, les autorités zimbabwéennes ont enregistré des avancées importantes face aux trois maladies, avec le soutien de plusieurs partenaires, dont le Fonds mondial. Entre 2010 et 2018, l'incidence du VIH pour 1 000 habitants est passée de 8,52 à 4,86⁶. La prévalence du VIH chez les adultes a baissé, passant de 15,4 % en 2010 à 12,7 % en 2018⁷. Le nombre annuel de décès liés au VIH est passé de 54 000 à 22 000 entre 2010 et 2018⁸, plaçant le Zimbabwe dans la catégorie des cinq pays du monde ayant divisé par deux le taux de mortalité lié au sida sur cette période⁹. En 2018, le rapport incidence/mortalité du pays s'élevait à 1,8 %. Le nombre de patients sous antirétroviraux a augmenté régulièrement et atteint aujourd'hui plus d'un million de personnes.

Le Zimbabwe enregistre également une baisse de l'incidence du paludisme, passée de 34 pour 1 000 habitants à 19 pour 1 000 en 2017¹⁰. Le pays a distribué 844 000 moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée en 2018, dépassant l'objectif de 595 000¹¹. Entre 2012 et 2018, le pays a étendu l'élimination du paludisme de 7 à 28 districts. Des audits réguliers de la prise en charge des cas, un programme de mentorat lié à la prise en charge des cas de paludisme et la supervision par les pairs des agents de santé dans les villages ont contribué à ces résultats programmatiques.

Dans le contexte de la tuberculose, le Zimbabwe fait partie des six pays d'Afrique australe dont l'incidence de la maladie a chuté rapidement entre 2010 et 2017, les estimations faisant état d'un recul de 10 % annuel en moyenne¹². La couverture de prise en charge de la tuberculose est passée de 71 % en 2017 à 83 % en 2018. Parmi les personnes tuberculeuses séropositives à VIH, le taux de réussite des traitements atteint 82 %.

1.3 Difficultés et risques principaux

Les anomalies des données relatives au VIH doivent être examinées afin d'éclairer la stratégie nationale :

Selon les estimations de l'ONUSIDA, près de 90 % des objectifs liés au VIH sont atteints sur l'ensemble de la cascade de soins, notamment le nombre de tests et de cas positifs identifiés. Pour autant, des anomalies sont observées au niveau des données. Le nombre de cas positifs est systématiquement plus élevé que les objectifs établis par la stratégie nationale 2017/19 et les estimations Spectrum. Il est donc possible que les estimations relatives à la charge de morbidité et à la couverture de dépistage et de prise en charge doivent être revues. La stratégie de lutte contre le VIH doit tenir compte de ces aspects afin de s'appuyer sur des estimations exactes et apporter les ajustements requis à la riposte y afférente.

Les dispositifs de test de la charge virale doivent être sensiblement améliorés : La couverture de test de la charge virale est faible. En 2018, 44 % seulement des patients admissibles ont été testés. Et même quand ils le sont, les résultats ne sont pas automatiquement communiqués aux centres de santé, empêchant les personnes vivant avec le VIH de savoir si leur charge virale est supprimée ou pas. Seulement 54 % des résultats des tests ont été transmis aux établissements de santé. Cet état de fait est notamment dû à l'absence de procédure de suivi systématique des patients au moyen de tests de la charge virale ; au manque de disponibilité de ces appareils dans les points de

⁶ Indicateurs clés du VIH - AIDS info : ZIMBABWE <http://aidsinfo.unaids.org/>

⁷ Indicateurs clés du VIH - AIDS info : ZIMBABWE <http://aidsinfo.unaids.org/>

⁸ Estimations 2019 de l'ONUSIDA https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-UNAIDS-data_en.pdf

⁹ ibid

¹⁰ Rapport annuel 2018 sur le paludisme -Ministère de la Santé et des soins aux enfants

¹¹ ibid

¹² Rapport 2018 sur la tuberculose dans le monde

prestation de services ; à un système de transport d'échantillons non structuré ; à un réseau électrique peu fiable ; et à un déficit de personnels de santé.

Résultats insuffisants des diagnostics précoces chez le nourrisson : Le dépistage des enfants séropositifs à VIH et la prescription de traitements appropriés restent insuffisants. Seulement 57 % des enfants touchés par le VIH connaissent leur statut sérologique selon les estimations. Le taux de tests devant être réalisés six à huit semaines après la naissance au plus tard reste peu élevé (56 % en 2018 et 63 % au premier semestre 2019 dans les établissements visités, au regard d'un objectif national de 75 %). Ce faible taux s'explique par le fait que les tests visent uniquement les nouveau-nés à risque élevé (représentant 4 % de la population) ; l'absence d'outil et de code d'identifiant unique à des fins de suivi des mères et des nourrissons non diagnostiqués à la naissance ; les coupures de courant ; et l'absence de procédures normalisées pour le transport d'échantillons.

Le manque de capacité des entrepôts nuit à la gestion des stocks : Le manque de capacité des entrepôts à tous les niveaux nuit à l'efficacité de la gestion des stocks. Les quantités de médicaments distribués par le magasin central de fournitures médicales, NatPharm (et l'espace requis à ces fins) sont pratiquement deux fois supérieures aux capacités actuelles et aux estimations de 2011, et les besoins actuels doivent de nouveau être évalués.

1.4 Notation

	Objectif 1. Efficacité des procédures et contrôles relatifs au dépistage, notamment en matière d'activités de proximité, de test de la charge virale, de diagnostic précoce chez le nourrisson, de réduction des infections et des décès. Partiellement efficace.
	Objectif 2. Efficacité de la chaîne d'approvisionnement en matière de stockage, de distribution et de prise en charge des médicaments jusqu'au dernier kilomètre. Partiellement efficace.

1.5 Résumé des actions convenues de la Direction

En collaboration avec le programme de lutte contre le sida et les partenaires techniques, le Secrétariat étudie les anomalies des données relatives aux cas séropositifs à VIH diagnostiqués, au regard des estimations nationales relatives aux PVVIH, et utilise ces résultats pour définir les prochaines activités programmatiques et la stratégie nationale liée au VIH. Le Secrétariat étudie également la faisabilité d'attribution d'un identifiant unique à toutes les personnes vivant avec le VIH recensées au Zimbabwe.

En concertation avec le ministère de la Santé et les partenaires, il inclut dans la politique relative au diagnostic précoce chez le nourrisson le test de tous les nourrissons nés de mères vivant avec le VIH, et établit des plans chiffrés afin d'élargir la couverture de ces diagnostics et d'améliorer le suivi systématique des patients sous antirétroviraux perdus de vue.

À des fins de renforcement de la chaîne d'approvisionnement, le Secrétariat s'assure que les récipiendaires principaux améliorent la gestion des stocks au niveau central et dans les centres de santé. À ces fins, ceux-ci revoient leurs procédures opérationnelles, réévaluent les capacités de stockage requises, minimisent les écarts entre les inventaires physiques et les niveaux de stock du système électronique, et améliorent le cadre de gestion et de responsabilité des stocks de produits de santé dans les établissements.

2. Historique et contexte

2.1 Contexte général

Le Zimbabwe est un pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure¹³ dont 70 % de la population vit en dessous du seuil national de pauvreté¹⁴. Le système national de santé se compose de 63 districts de santé et 1 848 centres de santé, dont 94 % sont des structures publiques¹⁵. Entre 2012 et 2016, les autorités publiques ont accru la part du budget total allouée à la santé de 6,6 % à 9,4 %¹⁶.

Le Zimbabwe est confronté à une grave pénurie de personnels de santé : il compte 0,08 médecin et 1,2 infirmier et sage-femme pour 1 000 habitants¹⁷, un taux largement inférieur aux 2,3 médecins, infirmiers et sages-femmes minimum pour 1 000 habitants recommandés par l'OMS¹⁸. En raison d'un contexte économique marqué par des pénuries de produits essentiels et une hyperinflation, le pays fait face à des pénuries récurrentes de médicaments et équipements de santé dans les centres de soins de santé primaire¹⁹.

Population : **14,4 millions**

RNB par habitant : **1 790 USD**
(Banque mondiale, Indicateurs du développement dans le monde, 2018)

Indice de développement humain du PNUD : **156 sur 189**
(2018)

Indice de perception de la corruption de Transparency International :

160 sur 180 (2018)

Indice d'inégalité de genre du PNUD : **128 sur 160** (2017)

2.2 Catégorie de différenciation des audits de pays

Le Fonds mondial a classé les pays dont il soutient des programmes en trois catégories de portefeuille : ciblé, essentiel et à fort impact. Ces catégories sont essentiellement définies par la hauteur de la somme allouée, la charge de morbidité et l'impact sur la mission du Fonds mondial visant à éliminer les trois épidémies. Les pays peuvent également être classés dans deux catégories transversales : les contextes d'intervention difficiles et les pays visés par la politique de sauvegarde supplémentaire. Les contextes d'intervention difficiles désignent les régions ou les pays marqués par des problèmes de gouvernance, un accès limité aux services de santé, et des catastrophes naturelles ou des crises provoquées par l'homme. La politique de sauvegarde supplémentaire comprend un ensemble de mesures établies par le Fonds mondial aux fins de renforcer les contrôles financiers et le suivi stratégique dans les environnements présentant des risques particulièrement élevés.

Le Zimbabwe est un pays :

- ☐ Ciblé : petits portefeuilles, faible charge de morbidité, risque faible
- ☐ **Essentiel : portefeuilles importants, charge de morbidité élevée, risque élevé**
- ☒ À fort impact : très grands portefeuilles, charge de morbidité stratégique pour la mission du Fonds mondial
- ☐ Contexte d'intervention difficile
- ☒ Politique de sauvegarde supplémentaire²⁰

¹³ Banque mondiale, 2019, [Nouvelle classification des pays en fonction de leur revenu : 2019-2020](#).

¹⁴ Banque mondiale, 2017 [Indicateurs du développement dans le monde](#) données du Zimbabwe.

¹⁵ Ministère de la Santé, [Stratégie nationale du Zimbabwe pour la santé 2016/2020](#). Les structures de santé sont classées dans quatre groupes principaux : les hôpitaux centraux (soins quaternaires), les hôpitaux provinciaux (soins tertiaires), les hôpitaux de district, les missions et les hôpitaux privés (soins secondaires), et les centres de soins de santé primaire, qui représentent 88 % de l'ensemble des établissements de santé.

¹⁶ Les financements nationaux et externes représentaient 28 % et 25 % respectivement des dépenses publiques pour la santé. Banque mondiale, [Indicateurs du développement dans le monde](#) données 2016 du Zimbabwe.

¹⁷ Banque mondiale, 2014 [Indicateurs du développement dans le monde](#) données du Zimbabwe.

¹⁸ Voir le document 2014 de l'OMS [Global Key Messages on Global Health Workforce Alliance](#).

¹⁹ Ministère de la Santé, [Stratégie nationale du Zimbabwe pour la santé 2016/2020](#).

²⁰ La politique de sauvegarde supplémentaire a été invoquée pour la première fois dans le pays en novembre 2008. Deux mesures majeures restent actuellement actives : la sélection des bénéficiaires principaux par le Fonds mondial, et des mesures de gestion du risque de saisie des ressources du Fonds mondial. À ce titre, un bénéficiaire principal bénéficiant de privilèges et d'immunités (le PNUD) a été désigné.

2.3 Subventions du Fonds mondial au Zimbabwe

Le Fonds mondial a signé des subventions d'une valeur totale de 1,67 milliard de dollars US au Zimbabwe depuis 2003, à des fins de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, et de renforcement des systèmes de santé²¹. En novembre 2019, les décaissements avaient atteint 1,5 milliard de dollars US.

Les subventions actives au Zimbabwe pour le cycle de financement 2018/2020 sont présentées ci-après :

N° de subv.	Composante	Période de mise en œuvre	Montant total (USD)	Décaissements jusqu'en juin 2019 (USD)
ZWE-H-UNDPP02	VIH	janvier 2018 - décembre 2020	402 930 000	146 099 318
ZWE-M-MOHCCP02	Paludisme		48 170 000	25 050 481
ZWE-T-MOHCCP02	Tuberculose		23 340 000	12 544 490
Total			474 440 000	183 694 289

Les subventions actives sont mises en œuvre par deux bénéficiaires principaux. Le PNUD gère la mise en œuvre de la subvention liée au VIH, tandis que le ministère de la Santé et des soins aux enfants est chargé des subventions liées au paludisme et à la tuberculose. Le ministère est également l'un des sous-bénéficiaires de la subvention liée au VIH.

2.4 Les trois maladies

VIH/sida²² : La prévalence chez les adultes âgés de 15 à 49 ans s'élève à 12,7 % (2018). L'épidémie de VIH touche fortement les populations-clés et atteint 41,4 % chez les travailleurs du sexe, 31 % chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et 28 % chez les détenus. Les jeunes femmes sont également lourdement touchées par la maladie (5,7 %, contre 3,2 % pour les jeunes hommes).



En 2018, 94 % des femmes enceintes séropositives au VIH ont reçu des antirétroviraux dans le cadre des services de PTME.

Le Fonds mondial répond à 27 % des besoins de financement (416 millions de dollars US) pour la période 2018/2020 ; 29 % (450 millions de dollars US) sont fournis par le gouvernement des États-Unis. Enfin, les autorités publiques et les autres partenaires apportent 18 % des fonds, laissant encore un déficit de financement de 26 %²³.

1,3 million de personnes vivant avec le VIH, dont 90 % connaissent leur statut. 95 % des personnes connaissant leur statut étaient sous antirétroviraux en 2018.

Le nombre de décès liés au sida (tous âges confondus) **a chuté**, passant de 54 700 en 2010 à 22 000 en 2018.

Le nombre annuel d'infections a reculé de 38 % depuis 2010, quelque 38 000 nouvelles infections ayant été recensées en 2018.

²¹ Page de l'explorateur de données du Fonds mondial sur le Zimbabwe, consultée le 12 novembre 2019.

²² Toutes les informations de la présente section sont tirées du site web de l'ONUSIDA sur le Zimbabwe : <https://www.unaids.org/fr/regionscountries/countries/zimbabwe>

²³ Les calculs s'appuient sur les documents du Fonds mondial relatifs au déficit de financement et les données de l'agent local du Fonds.



Paludisme : Le paludisme est largement saisonnier et le Zimbabwe déploie des activités de pré-élimination depuis 2015. Le pays se place au 30^e rang mondial en matière d'incidence, 95 habitants sur 1 000 étant exposés au risque palustre (2017)²⁴. Une forte transmission est toujours observée dans les régions septentrionales et orientales du territoire²⁵.

Depuis 2014, le nombre de cas de paludisme signalés varie entre 740 000 et 1,2 million par an²⁶.

En 2017, 48 % des foyers possédaient une moustiquaire imprégnée d'insecticide ou plus²⁷.

29 % de la population est fortement exposée au paludisme (OMS 2017)²⁸

En 2017, **467 508 cas** ont été confirmés, sur 1,2 million de cas estimés²⁹.

Le nombre annuel de décès, estimé entre 200 et 406 décès par an, est resté stable entre 2012 et 2017³⁰.



Tuberculose : La détection des cas de tuberculose a atteint 71 % sur la période 2010/2017³¹.

Le taux de mortalité a chuté de 60 %, passant de 13/100 000 en 2014 à 7,7/100 000 en 2018 (Organisation mondiale de la Santé)³².

Le taux d'incidence s'élevait à 210/100 000 habitants en 2018³³, contre 384/100 000 habitants en 2011.

Le taux de réussite des traitements est de 83 % (nouveaux cas et récurrences)³⁴, contre 80 % pour la période 2011/2017³⁵.

²⁴ Banque mondiale, 2017 [Indicateurs du développement dans le monde](#) données du Zimbabwe.

²⁵ OMS [Rapport 2018 sur le paludisme dans le monde](#)

²⁶ ibid

²⁷ ibid

²⁸ OMS, 2018, [Profil de pays pour le paludisme, Zimbabwe](#)

²⁹ OMS, 2018, [Profil de pays pour le paludisme, Zimbabwe](#)

³⁰ [Rapport 2018 de l'OMS sur le paludisme dans le monde](#)

³¹ Banque mondiale, 2017 [Indicateurs du développement dans le monde](#) données du Zimbabwe.

³² OMS, 2019 [Rapport sur la tuberculose dans le monde](#)

³³ OMS, 2019 [Rapport sur la tuberculose dans le monde](#)

³⁴ OMS, 2019 [Rapport sur la tuberculose dans le monde](#)

³⁵ Banque mondiale, 2017 [Indicateurs du développement dans le monde](#) données du Zimbabwe.

2.5 Résultats du portefeuille

Selon les informations communiquées au Fonds mondial par le pays, les subventions sont globalement efficaces au regard des objectifs établis dans les cadres de résultats. Les résultats des indicateurs clés de couverture communiqués par les autorités au 30 juin 2019 sont présentés dans le tableau ci-après :

Taux de réalisation des indicateurs clés 2018 (en juin 2019)			
Indicateur	Objectif	Taux atteint	Taux de réalisation
VIH			
Pourcentage de personnes vivant avec le VIH (enfants et adultes) bénéficiant actuellement d'un traitement antirétroviral	83,3 %	87,8 %	105 %
Nombre de femmes et d'hommes âgés de plus de 15 ans ayant reçu un test VIH et qui en connaissent le résultat	1 339 578	1 293 040	97 %
Pourcentage de femmes enceintes séropositives à VIH ayant reçu des antirétroviraux dans le but de réduire le risque de transmission de la mère à l'enfant	93 %	93,8 %	101 %
Paludisme			
Pourcentage de cas de paludisme suspectés pour lesquels un test parasitologique est effectué dans des établissements de santé du secteur public	587 642	585 488	100 %
Pourcentage de cas de paludisme confirmés recevant des antipaludéens de première intention dans la communauté	309 079	294 233	95 %
Nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée distribuées aux groupes à risque cibles de manière continue (déc. 2018) ³⁶	132 495	171 038	120 %
Tuberculose			
Nombre de cas déclarés de tuberculose toutes formes confondues (nouveaux cas et récurrences)	15 400	11 153	72 %
Pourcentage de patients atteints de tuberculose (nouveaux cas et récurrences) testés au moyen des tests de dépistage rapide recommandés par l'OMS au moment du diagnostic	60 %	94,8 %	120 %
Pourcentage de patients tuberculeux enregistrés (nouveaux cas et récurrences) dont le statut sérologique VIH est documenté	97,4 %	92,5 %	95 %

L'indicateur « Pourcentage de cas de tuberculose, toutes formes confondues (bactériologiquement confirmés et cliniquement diagnostiqués) traités avec succès (guérison et traitement terminé) parmi tous les cas de tuberculose enregistrés pour le traitement » a été abandonné dans le cadre de résultats du NFM2. Les derniers résultats du pays font état d'un taux de réussite des traitements de 89 % (RA/DD de juillet-décembre 2017).

Indicateurs clés

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

³⁶ Le RA/DD de juin 2019 n'indique pas ces données en raison d'une modification du cadre de résultats.

2.6 Considérations relatives à l'appétence au risque du pays

L'appétence au risque a été définie au niveau institutionnel à partir des données d'une cohorte de 25 pays³⁷ supportant la majorité de la charge de morbidité des trois maladies dans le monde : 85 % pour le VIH/sida ; 80 % pour la tuberculose ; 76 % pour le paludisme. Approuvé en 2018, le Cadre d'appétence au risque définit les niveaux recommandés d'appétence au risque dans huit domaines clés touchant les subventions du Fonds mondial.

Les équipes de pays déterminent le niveau de chaque risque lié à une subvention spécifique, à l'aide du module de gestion intégrée des risques. Les notations sont examinées par des fonctions de deuxième ligne et par la direction de la Division de la gestion des subventions. Elles sont ensuite pondérées au regard de la somme allouée au pays, de façon à déterminer le niveau de risque global du portefeuille d'un pays. Le niveau de risque global, le plan d'atténuation des risques et la trajectoire attendue des niveaux de risque sont ensuite approuvés par le Comité des résultats du portefeuille³⁸ pendant l'examen de portefeuille de pays. L'équipe de pays a déterminé le niveau de risque global du Zimbabwe et le portefeuille du pays a été examiné en juillet 2019. La méthodologie relative à l'appétence au risque est présentée en annexe C.

Le Bureau de l'Inspecteur général a comparé le niveau de risque global déterminé par l'équipe de pays pour les catégories de risques clés couvertes par les objectifs du présent audit dans le portefeuille du Zimbabwe, avec les risques résiduels selon sa propre évaluation. Il les a ensuite mis en corrélation avec des constatations spécifiques de l'audit (référez-vous au tableau ci-après).

Risque	Niveau de risque global déterminé par le Secrétariat ³⁹	Risque estimé selon les résultats de l'audit	Constatations de l'audit pertinentes
1. Qualité du programme	Faible	Modéré	4.1/4.2
2. Chaîne d'approvisionnement dans le pays	Élevé	Élevé	4.3

Le présent audit du Bureau de l'Inspecteur général couvre principalement deux des huit risques identifiés dans le pays selon la méthodologie d'évaluation des risques. De fait, lors de la première évaluation des risques fondée sur la planification de l'audit (notamment un examen succinct des documents), le Bureau avait conclu à un niveau faible des risques et rejoignait en cela l'évaluation du Secrétariat. Eu égard à la chaîne d'approvisionnement, le Secrétariat et le Bureau concluent tous deux à un niveau de risque élevé.

Cependant, leurs conclusions divergent quant aux niveaux de risques liés à la qualité des programmes. Selon le Bureau, la probabilité que le nombre de PVVIH soit plus élevé que les estimations actuelles, et que la couverture de dépistage et de traitement soit plus faible que celle indiquée dans les rapports, présente un risque élevé. La stratégie de lutte contre le VIH devra probablement être modifiée afin de combler ces faiblesses. Les résultats programmatiques comportaient des anomalies pointant vers ces déficiences, mais à ce jour, ils n'ont pas été utilisés efficacement afin d'évaluer l'impact sur la riposte à la maladie. De plus, le programme enregistre un faible taux de suivi de la charge virale et peu d'amélioration en matière de diagnostic précoce chez le nourrisson. Après le début des travaux d'audit, le Secrétariat a également réévalué le risque lié à la qualité du programme, qui est passé au niveau modéré en septembre 2019.

³⁷ Afrique du Sud, Bangladesh, Burkina Faso, Cameroun, Congo (RDC), Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Inde, Indonésie, Kenya, Malawi, Mali, Mozambique, Myanmar, Nigéria, Ouganda, Pakistan, Rwanda, Soudan, Tanzanie, Ukraine, Vietnam, Zambie, Zimbabwe.

³⁸ Le Comité des résultats du portefeuille est chargé d'examiner le portefeuille du pays et de l'organisation.

³⁹ Niveau global des risques touchant les trois subventions au Zimbabwe, en juin 2019

3. Aperçu de l'audit

3.1 Objectifs

Le présent audit a globalement vocation à fournir des garanties raisonnables sur l'adéquation, l'efficacité et l'efficience des subventions du Fonds mondial à la République du Zimbabwe.

Il vise spécifiquement à déterminer :

- l'efficacité des procédures et contrôles relatifs au dépistage du VIH, au test de la charge virale et au diagnostic précoce chez le nourrisson en matière de réduction des infections et des décès ; et
- l'efficacité de la chaîne d'approvisionnement en matière de stockage, de distribution et de prise en charge des produits de santé.

3.2 Portée et méthodologie

L'audit a été réalisé conformément à la méthodologie présentée en annexe B et couvre les deux récipiendaires principaux (le PNUD et le ministère de la Santé) des subventions du Fonds mondial au Zimbabwe liées aux trois maladies, de janvier 2017 à juin 2019. Les vérificateurs ont visité quarante structures de santé, dont vingt et un hôpitaux nationaux et de district, seize cliniques et polycliniques, trois centres de santé fournissant des services spécifiques aux populations-clés, la société pharmaceutique nationale du Zimbabwe (NatPharm) à Harare, et deux entrepôts provinciaux dans les régions de Bulawayo et Mutare.

Domaines exclus de l'audit

L'Assemblée générale des Nations Unies a établi un cadre appelé « principe de l'audit unique », interdisant aux institutions des Nations Unies et à leurs filiales d'autoriser des tiers à consulter leurs registres et livres comptables. Les audits et enquêtes sont intégralement conduits par les organes de suivi des Nations Unies. En conséquence, le Bureau de l'Inspecteur général ne peut pas fournir de garanties sur les activités et transactions directement gérées par des institutions des Nations Unies.

3.3 Correction des faiblesses identifiées précédemment

Le dernier audit du Bureau des subventions au Zimbabwe (2016) faisait état d'une intensification de la couverture d'antirétroviraux, de la prise en charge de la tuberculose et du diagnostic du paludisme. Néanmoins, il relevait également la qualité insuffisante des services, essentiellement en matière de test de confirmation et de mesure de la charge virale dans le contexte du VIH ; et les ripostes tardives aux flambées d'épidémie palustre. Le présent audit de 2019 fait état d'une gestion satisfaisante des épisodes palustres. Des progrès importants sont observés en matière de tests de confirmation, grâce au déploiement d'initiatives d'autodépistage visant à améliorer le rendement, et l'introduction de tests pour détecter les infections récentes par le VIH, afin d'éclairer l'orientation des programmes. Le programme a dépassé ses objectifs en matière de dépistage, 90 % des personnes vivant avec le VIH connaissant leur statut sérologique, même si cette couverture peut présenter des inexactitudes (voir la constatation 1). La couverture de test de la charge virale a atteint 29 % en 2017 et 44 % en 2018, avec des écarts importants selon les régions et les sites, et 54 % seulement des personnes testées ont reçu leurs résultats (constatation 3).

Précédents audits pertinents du Bureau de l'Inspecteur général

[2013 : Audit des subventions du Fonds mondial à la République du Zimbabwe \(GF-OIG-13-012\)](#)

[2016 : Audit des subventions du Fonds mondial à la République du Zimbabwe \(GF-OIG-16-019\)](#)

Eu égard à la chaîne d'approvisionnement, l'audit de 2016 faisait état d'une amélioration des dispositifs de distribution, de la gestion des produits expirés et des capacités de stockage au niveau central. La tenue des registres, la prise en charge des médicaments et les capacités de stockage dans les provinces présentaient néanmoins des faiblesses. Le présent audit de 2019 ne relève aucun cas majeur d'expiration de produits et constate une amélioration de la distribution. Cependant, les capacités de stockage aux niveaux central et provincial, la tenue des registres et la prise en charge des médicaments enregistrent peu d'améliorations (constatation 3).

4. Constatations

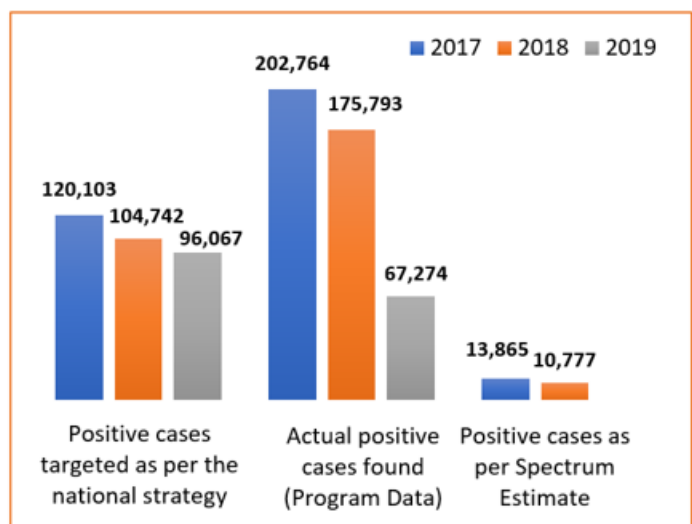
4.1. Bons résultats programmatiques en matière de dépistage du VIH, mais les données y afférentes présentent des anomalies

Le Zimbabwe enregistre des avancées au regard des objectifs 90-90-90 devant être atteints à l'horizon 2020. Selon les estimations, le pays comptait 1,3 million de personnes vivant avec le VIH en 2018⁴⁰, dont 90 % connaissaient leur statut sérologique, et 95 % de ces patients étaient sous traitement antirétroviral. Parmi les personnes sous traitement dont la charge virale a été mesurée, 87 % étaient parvenus à une suppression virale⁴¹. Le nombre de nouvelles infections à VIH chez les adultes et les enfants a chuté de 9 % et 27 % respectivement entre 2015 et 2018⁴².

Le ministère de la Santé et des soins aux enfants a mis à jour sa Stratégie nationale en matière de dépistage du VIH 2017/2020, afin d'accroître la couverture de dépistage parmi la population générale et d'améliorer le rendement du dépistage. Le pays a déployé l'autodépistage en 2016/17 et le dépistage de l'entourage (des personnes à risque proches de personnes vivant avec le VIH) en 2018. Les tests visant à confirmer la récence de l'infection à VIH ont été déployés dans cinq districts en 2019. Fort de ces améliorations, le Zimbabwe a dépassé ses objectifs en matière de détection des cas et de rendement du dépistage, identifiant 446 000 nouveaux cas en 2017/19 (en juin) avec un taux de positivité moyen de 6 %. Ces résultats sont corroborés par l'examen partiel des registres mené par le Bureau⁴³.

Même si ces données attestent d'une forte augmentation du nombre de tests et de cas séropositifs identifiés, des anomalies ont été relevées, laissant supposer que le nombre de PVVIH est plus élevé que les estimations actuelles au Zimbabwe et que la stratégie nationale actuelle en matière de lutte contre la maladie ne s'appuie pas sur des données exactes.

Le graphique de droite indique que le nombre de cas positifs est toujours nettement supérieur aux objectifs de la stratégie nationale entre 2017 et 2019. Ces chiffres bruts doivent être ajustés, notamment au regard du nombre de décès, des patients perdus de vue, des migrations, des cas de renouvellements de tests et de doublons, avant de pouvoir être comparés aux estimations de la hausse nette du nombre de PVVIH. Cela étant, au vu de l'écart important entre les données année après année, il est probable que d'autres facteurs contribuent également au nombre sensiblement supérieur de cas positifs identifiés annuellement. De plus, les estimations font état de 130 000 cas de VIH non identifiés au Zimbabwe. Au vu du taux de détection actuel,



Remarque : le nombre de cas positifs pour 2019 tient compte des données collectées jusqu'au 30 juin uniquement (résultats semestriels). Ainsi, le nombre de cas annuels pour 2019 devrait s'aligner sur les tendances de l'année précédente.

⁴⁰ <http://aidsinfo.unaids.org/>

⁴¹ <https://www.avert.org/professionals/hiv-around-world/sub-saharan-africa/zimbabwe>

⁴² Rapport sur les estimations nationales et infranationales du VIH au Zimbabwe - 2018

⁴³ La stratégie de dépistage du VIH 2017/2020 planifiait 8,5 millions de tests en 2017/2019, dont 321 000 cas séropositifs attendus (soit un rendement de 4 %). Cependant, les données font état de 6,9 millions de tests et 446 000 cas séropositifs jusqu'en juin 2019 (représentant un rendement de 6 %). Les tests conduits par les centres de santé examinés par le Bureau font état d'un rendement de 7 %.

le nombre cumulé de cas identifiés devrait dépasser la population totale estimée en 2020, ce qui confirmerait indéniablement l'inexactitude des données. Ces écarts peuvent également être dus au fait que le nombre réel de PVVIH au Zimbabwe est vraisemblablement supérieur aux estimations actuelles. Les tests de récence corroborent ce risque : 86 % des cas testés dans cinq districts relevaient en fait d'anciennes infections, ce qui signifie qu'ils n'avaient pas été identifiés et représentaient un risque de transmission depuis plus longtemps.

Même si les tests réalisés deux fois et les doubles comptabilisations de patients contribuent probablement à ces anomalies, ils ne suffisent pas à les expliquer pleinement, puisqu'un nombre élevé de tests comptés deux fois entraînerait un taux d'enregistrement des traitements très faible (les patients ayant peu de chances de s'enregistrer deux fois pour recevoir un traitement). Or, 70 % des patients identifiés s'enregistrent ensuite pour recevoir un traitement (voir la constatation 2). Le Zimbabwe n'utilise pas de code d'identification unique pour suivre les patients entre les centres de santé.

Ces écarts de données doivent être examinés, afin d'en comprendre la cause et de garantir à l'avenir une riposte programmatique adaptée dans la stratégie nationale de lutte contre le VIH. Le ministère de la Santé et des soins aux enfants entend mener une enquête démographique et de santé en 2020, afin de générer de nouvelles données sur la charge de morbidité et les tendances géographiques et épidémiologiques.

Action convenue de la Direction 1

En collaboration avec le programme de lutte contre le VIH et les partenaires techniques, le Secrétariat :

- examine les anomalies identifiées relatives au nombre de cas séropositifs à VIH testés comparé aux estimations nationales de PVVIH. Les résultats de l'étude/enquête serviront à définir la mise en œuvre de la subvention du Fonds mondial liée au VIH et l'examen à mi-parcours de la stratégie nationale de lutte contre la maladie ; et
- réalise une enquête sur la faisabilité de déploiement d'un code d'identification unique pour toutes les PVVIH au Zimbabwe, et s'assure que les résultats servent à décider de la marche à suivre.

Titulaire : Directeur de la Division de la gestion des subventions

Date cible : 30 juin 2021

4.2. Améliorations requises en matière de couverture de traitement, de test de la charge virale et de diagnostic précoce chez le nourrisson

Couverture de traitement : Le Zimbabwe a adopté une stratégie de dépistage et de traitement en 2016⁴⁴ et établi des plans nationaux visant à améliorer les liens vers les services de prise en charge, d'enregistrement, d'observance et de rétention⁴⁵. Pour autant, il n'a pas atteint ses objectifs nationaux en matière de prise en charge. Entre janvier 2018 et juin 2019, seulement 70 % des 264 000 nouveaux cas identifiés ont commencé un traitement⁴⁶. Les résultats observés dans les centres visités par le Bureau sont légèrement meilleurs, mais varient sensiblement selon les établissements. De plus, le premier recensement national de patients actifs sous antirétroviraux a revu le nombre de patients sous traitement à la baisse, de 1,16 million à 970 000 (un écart de 13 %) ⁴⁷, faisant passer la couverture de traitement des personnes vivant avec le VIH sous antirétroviraux⁴⁸ de 84 % à 74 %, selon les estimations.

Les facteurs ci-après limitent la couverture de traitement :

- *Absence de code d'identification unique.* L'absence d'attribution de code d'identification unique complique le suivi des patients perdus de vue après la prescription d'un traitement. Tous les centres de santé visités suivent les patients au moyen d'un système téléphonique subventionné, mais les lacunes des procédures opérationnelles et l'incomplétude des coordonnées des patients limitent son efficacité. De plus, le financement du système doit être progressivement pris en charge par les autorités dans un souci de pérennité.
- *Report des mises sous traitement.* Lorsque la mise sous traitement est reportée, un dispositif de suivi doit être établi afin de ne pas perdre les patients de vue.
- *Faibles capacités de conseil.* Dans 21 centres visités, les conseillers sont restés plus de deux ans sans recevoir de formation sur le dépistage du VIH et les services de conseil y afférents. Dans tous les établissements visités, de maigres effectifs de conseillers assument une lourde charge de travail, ce qui augmente les risques de report des mises sous traitement et de perte de vue des patients.
- *Absence de programmes auprès des populations-clés et des adolescentes et jeunes femmes dans les structures publiques de santé.* Une étude menée dans trois provinces évalue la prévalence parmi les travailleuses du sexe à 54 %⁴⁹, et une étude de la prévalence chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes est prioritaire. Cependant, le pays ne dispose pas de données et de profils épidémiologiques du VIH complets pour les populations-clés. La subvention du Fonds mondial soutient des activités communautaires clés auprès des adolescentes et des jeunes femmes et des populations-clés. Cependant, 90 % des centres de santé ne déploient pas de programmes publics en faveur de ces groupes, en dehors de quelques séances de sensibilisation et de groupes de soutien. Le Comité national de lutte contre le sida a récemment déployé un plan national de mise en œuvre auprès des populations-clés 2019/2020, et les personnels des centres de santé sont actuellement en formation. Afin d'élargir la couverture des services auprès de ces populations difficiles d'accès, les autorités doivent leur accorder une priorité accrue.

⁴⁴ Plan stratégique national élargi de soins et de traitement du VIH 2018/2020

⁴⁵ Objectifs du Plan stratégique national élargi de soins et de traitement du VIH 2018/2020, visant à placer 90 % des PVVIH sous traitement à l'horizon 2020.

⁴⁶ Analyse globale fondée sur les données programmatiques communiquées par le récipiendaire principal de la subvention liée au VIH (PNUD)

⁴⁷ Données du recensement national extraites et analysées, portant sur 1 508 centres de traitement antirétroviral (95 %) du 12 novembre 2018 au 6 mai 2019.

⁴⁸ ONUSIDA, 2018.

⁴⁹ Estimation des tailles de populations et utilisation des services des travailleuses du sexe, dans les provinces de Harare, Bulawayo et Mashonaland central, 2017.

- *Déficience des données.* Des écarts de cinq à quinze pour cent sont observés entre les données sur le nombre de traitements indiqué dans les registres des établissements de santé visités et le DHIS 2. De plus, un recensement des traitements antirétroviraux révèle des lacunes importantes au niveau de la qualité des données⁵⁰. Ces faiblesses nuisent à la fiabilité des résultats sur la couverture de traitement.

Suppression de la charge virale : Les données nationales 2017 et 2018 relatives au test de la charge virale indiquent que 29 % et 44 % des patients sous traitement ont reçu un test de la charge virale respectivement⁵¹. Les centres visités par le Bureau enregistrent des taux légèrement supérieurs (48 % en 2018 et 78 % de janvier à juin 2019). Sur les 26 000 cas examinés par le Bureau dans ces établissements, 54 % seulement ont reçu les résultats du test. Parmi ces résultats, 89 % faisaient état d'une suppression de la charge virale.

À ce jour, le pays n'a pas atteint son objectif, atteindre >95 % de tests de la charge virale avant fin 2020. Face à ce constat, le Zimbabwe a modifié son plan d'intensification des tests de la charge virale 2018/2020⁵².

Les causes ci-après contribuent à la faible couverture de tests de la charge virale et au manque de communication des résultats aux établissements de santé :

- *Manque de suivi des patients.* Aucune procédure systématique ne définit le suivi des patients aux fins des tests de la charge virale. Plus de 90 % des centres classent les patients sous antirétroviraux par cohortes mensuelles, mais n'envoient pas systématiquement de rendez-vous et de rappels aux fins des tests de la charge virale en temps opportun.
- *Capacités insuffisantes des personnels de santé.* Aucun des centres visités ne possède de médecin à temps plein. Quatre-vingt-six pour cent disposent de médecins itinérants ou auxiliaires, et cinquante pour cent reçoivent la visite d'un médecin une seule fois par semaine.
- *Faiblesse des systèmes de suivi et de la collaboration transfrontalière.* Les patients travaillant ou résidant dans des pays limitrophes (principalement originaires de Bulawayo et Matabeleland et travaillant en Afrique du Sud ou au Botswana) reçoivent leurs médicaments par l'entremise de parents ou d'aidants et restent sans consulter pendant de longues périodes (de six mois à plus d'un an). Aucun code d'identification unique ne garantit le suivi du dépistage des patients ; le traçage des personnes perdues de vue se fait uniquement par appel téléphonique et reste très peu documenté. Aucun programme collaboratif transfrontalier ne garantit la mesure de la charge virale dans les pays voisins.
- *Appareils de mesure de la charge virale non fonctionnels dans les points de prestation de services.* Seuls six des vingt et un centres de santé visités possèdent un appareil, faute de budget. Quatre de ces appareils étaient hors service en raison de problèmes techniques ou d'une alimentation électrique défectueuse et d'une absence de générateur. De ce fait, les échantillons sont généralement envoyés aux laboratoires de référence de la ville principale, avec des délais d'analyse allant d'un mois à plus d'un an.
- *Absence de système de transport des échantillons intégré.* Les échantillons de tests de la charge virale sont envoyés aux laboratoires de référence par une multitude de systèmes de transport⁵³.

⁵⁰ Recensement des patients actifs sous antirétroviraux au Zimbabwe- juin 2019

⁵¹ 851 000 tests de la charge virale réalisés, contre 2,27 millions de tests potentiellement requis, en comptant au minimum un test par patient sous antirétroviraux par an. Ces tests définissent l'échec virologique à > 1 000 copies/mL sur deux mesures consécutives). Les patients dont la charge virale n'est pas supprimée peuvent recevoir un soutien accru à l'observance et commencent un traitement de deuxième intention, le cas échéant.

⁵³ Les échantillons peuvent notamment être acheminés par l'Association des laboratoires de santé publique, le Département municipal de la santé, FedEx ou encore les ambulances hospitalières.

Il n'existe pas de procédures et d'outils normalisés d'enregistrement, de signalement et de suivi des échantillons et de communication des résultats.

- *Problèmes de communication de l'information relative à la charge virale.* Les rapports-types mensuels du DHIS 2 de 2018 ne couvrent pas l'intégralité des services de test de la charge virale, nuisant à la qualité et la cohérence des données, même si ces documents ont été revus en 2019. Bien que la couverture de test de la charge virale représente une faiblesse clé du portefeuille, les indicateurs y afférents ont été supprimés du cadre de résultats de la subvention en 2019.

Compte tenu des faiblesses importantes en matière de mise en œuvre et de financement au Zimbabwe actuellement, le Secrétariat s'emploie à accroître la couverture de test de la charge virale, en concertation avec les partenaires, au cours de la période de financement actuelle et du prochain cycle.

Diagnostic précoce chez le nourrisson : Le programme de lutte contre le VIH enregistre peu de progrès, nuisant aux résultats de la cascade de soins. Sur 91 000 enfants (0-14 ans) vivant avec le VIH au Zimbabwe selon les estimations, seulement 57 % connaissent leur statut sérologique, dont 57 % sont sous traitement. Parmi ces patients sous traitement dont la charge virale a été mesurée, 52 % ont une charge virale indétectable⁵⁴.

Le plan du Zimbabwe 2018/20 de lutte contre la transmission du virus de la mère à l'enfant inclut le diagnostic précoce chez le nourrisson. Les données programmatiques font état d'un recul de la couverture de diagnostic précoce chez le nourrisson, de 82 % en 2017 à 52 % début 2019. Les centres visités par le Bureau enregistrent des résultats similaires et corroborent la lenteur des progrès.

Le faible taux de dépistage à la naissance contribue fortement à ces résultats. Sur dix centres visités possédant un appareil au point de prestation de services, huit suivent les directives nationales préconisant le dépistage des nouveau-nés à risque élevé uniquement, tandis que les deux autres dépistent tous les nouveau-nés. Un examen partiel des registres de quatre établissements indique que quatre pour cent seulement des nouveau-nés présentaient un risque élevé. Cela signifie que selon les directives nationales, la plupart des nouveau-nés n'auraient pas dû recevoir de test. Ajoutée au manque d'outil de suivi, cette démarche représente une opportunité manquée de dépister facilement les nouveau-nés, sans garantie de pouvoir les tester ultérieurement. Les maisons de santé familiales enregistrent les paires mère-bébé, ce qui peut faciliter leur suivi longitudinal. Cependant, cette activité doit s'appuyer sur un code d'identification unique et un système de registres électroniques, afin de minimiser les risques d'interruption du suivi.

Action convenue de la Direction 2

En collaboration avec le ministère de la Santé et les partenaires dans le pays, le Secrétariat :

- intègre dans la politique relative au diagnostic précoce chez le nourrisson le dépistage de tous les nouveau-nés de mères séropositives à VIH, notamment un plan d'action chiffré afin d'accroître la couverture de ce service auprès des nouveau-nés exposés au VIH ; et
- établit un plan d'action chiffré visant à améliorer l'identification et le suivi systématiques des patients sous antirétroviraux perdus de vue, notamment une démarche différenciée, adaptée aux populations prioritaires.

Titulaire : Directeur de la Division de la gestion des subventions

Date cible : 30 septembre 2021

4.3. Même si les produits de santé sont disponibles et les gaspillages contrôlés, les capacités de stockage et le suivi doivent être améliorés.

Au niveau central (les entrepôts NatPharm), les produits de santé financés par le Fonds mondial sont généralement traçables jusqu'au lot de produits. Leur date d'expiration est généralement connue et leur durée de conservation résiduelle acceptable. Aucune rupture de stock ou expiration de produit majeure n'a été relevée en 2018/19, à aucun niveau. Les données ERP de NatPharm (Microsoft Dynamic - Navision) relatives à la réception des produits sont globalement exactes et accompagnées de pièces justificatives suffisantes.

Cependant, les faiblesses ci-après en matière d'entreposage et de suivi stratégique nuisent aux contrôles, notamment à la traçabilité :

Espaces de stockage limités

Au niveau central, le manque d'espaces de stockage dans les entrepôts de la NatPharm⁵⁵ nuit à la gestion efficace des stocks, notamment à la rotation des stocks, à la régularité des inventaires, à l'utilisation efficace des sites de mise au rebut, et au traitement rapide des commandes. En particulier, des produits financés par des bailleurs de fonds s'accumulent dans les entrepôts d'Harare, où des palettes d'antirétroviraux s'accumulent dans les allées. Des plans d'extension des entrepôts de la NatPharm ont été établis. Un nouvel entrepôt a été construit à Masvingo, les plans d'un deuxième entrepôt sont en cours de conception à Mutare et un troisième est en construction à Harare, avec un financement chinois. Cependant, les besoins de capacité de stockage n'ont pas été réévalués récemment. La dernière évaluation, réalisée en 2010, estimait à 6 817 mètres cubes la capacité requise pour stocker huit mois de produits. Pourtant, en 2019 (de janvier à août), la NatPharm a distribué 12 875 mètres cubes de produits, soit près de deux fois l'estimation de 2010. Ainsi, même en observant des pratiques de gestion des stocks efficaces comme les livraisons échelonnées, les expansions continues ne suffiront probablement pas.

Le manque d'espace pousse la NatPharm (à Harare et Bulawayo) à livrer autant que possible les produits aux centres de santé. Si cette pratique améliore la disponibilité de médicaments dans les structures de santé, elle sature également leurs capacités de stockage (seuls 31 % des centres visités possèdent un espace adéquat). Le dépassement des niveaux maximum de stocks accroît les risques d'expiration et entraîne des écarts entre les consommations et les besoins, pendant que d'autres établissements s'exposent à des expirations et des ruptures de stock de médicaments.

Déficiences en matière de saisie, de rapprochement et de suivi stratégique des données

Au niveau central (NatPharm, ministère de la Santé et des soins aux enfants, et récipiendaire principal), le ministère et le récipiendaire n'ont défini aucun indicateur clé de résultats relatif à la ponctualité/l'exactitude des livraisons enregistrées par la NatPharm. En 2018, il a fallu en moyenne neuf jours à la NatPharm pour enregistrer les données sur les réceptions de médicaments dans Navision, et dans 82 % des cas, plus des cinq jours autorisés par les procédures opérationnelles normalisées. Ces déficiences ont entraîné des erreurs de données et des problèmes de traçabilité. Par exemple, 89 000 plaquettes de comprimés de traitement du VIH (TLE) ont été enregistrées dans des lots incorrects qui avaient été distribués en 2018 en raison d'une saisie erronée de fiches d'inventaire. De même, une distribution manuelle de produits en mars 2019 n'avait pas été ajustée au moment du présent audit, entraînant des écarts de plus de 350 000 dollars US entre les inventaires et les quantités réelles de médicaments en juin 2019.

⁵⁵ La NatPharm a été établie en 2000 comme « magasin national de fournitures médicales commercialisé », sous la direction du ministère de la Santé et des soins aux enfants. Elle gère six antennes de six entrepôts à travers le pays, dont deux sont des entrepôts régionaux (Harare et Bulawayo).

Par ailleurs, les données sur la consommation/distribution de produits et les données programmatiques n'ont pas été triangulées. En moyenne, les centres de santé ont reçu 1,8 fois plus de tests de dépistage que le nombre de tests réalisés (système d'information pour la gestion de la santé 2018/2019) ; et 2,2 fois plus de tests de confirmation du VIH que le nombre de tests réalisés (2018/2019). Ces chiffres doivent être vérifiés afin d'écarter toute éventualité de perte ou de fuite.

Rien n'indique que les pharmacies de district ont rendu des visites de supervision aux centres de santé. Elles sont notamment chargées des achats, de la réception des produits, de l'assurance qualité, de la gestion des déchets, la pharmacovigilance et la coordination, mais pas de l'examen et la triangulation des données. Cette lacune contribue à plusieurs problèmes de qualité des données dans les centres de santé :

- plus de 60 % des antirétroviraux et des produits de laboratoire enregistrent au total des écarts de 107 000 boîtes de TLE entre les quantités saisies dans Navision, les bordereaux de livraison de la NatPharm et les quantités indiquées sur les fiches d'inventaire ;
- dans les centres visités, les stocks réels d'antirétroviraux et de produits de laboratoire affichent des écarts de plus de 30 % avec les données indiquées sur les fiches d'inventaire ;
- dans 93 % des centres visités, les données logistiques relatives aux médicaments divergent de plus de 20 % avec les données relatives au suivi et à l'évaluation ;
- aucune donnée n'est disponible sur les quantités fournies aux patients dans les points de prestation de services ;
- quatre-vingt-trois pour cent des centres de santé visités n'inscrivent pas les numéros de lot et les dates d'expiration sur les fiches d'inventaire ;
- aucun outil ne permet de consigner les transferts des magasins de fournitures médicales vers les points de prestation de services : les rapprochements font état d'inexactitudes dans 87 % des centres visités ; et
- plusieurs livraisons saisies dans Navision sont attribuées à des centres de santé erronés⁵⁶.

Documentation et rétention

Au niveau central, les documents d'inventaire sont difficilement lisibles et récupérables, entraînant souvent des pertes de temps et d'effort de la part des maîtres d'œuvre et des fournisseurs de garanties souhaitant vérifier les registres. Par exemple, l'examen de la vérification des stocks mandaté par le Secrétariat du Fonds mondial et réalisé par l'agent local du Fonds pour la période juin-décembre 2018 fait état d'un écart de 1,7 million de dollars US, alors que 90 % des différences ont pu être justifiées ultérieurement.

Des faiblesses similaires sont observées dans les centres de santé. Seulement 47 % (pour les antirétroviraux) et 51 % (pour les produits de laboratoire) des centres de santé visités possèdent des registres de stock lisibles et complets. Environ 35 % des centres visités n'ont pas été en mesure de fournir de bordereaux de livraison dûment signés justifiant les réceptions. Des fiches d'inventaire étaient manquantes ou incomplètes : 14 % pour les antirétroviraux et 27 % pour les produits de laboratoire.

⁵⁶ Par exemple, 6 287 plaquettes de TLE 400 mg livrées à l'hôpital de district de Mahusekwa ont été enregistrées dans les distributions à l'hôpital provincial de Marondera ; et 1 000 plaquettes de TLE 400 mg livrées à la clinique de Xanadu ont été attribuées à l'hôpital de Chinhomora / Makumbe.

Action convenue de la Direction 3

Le Secrétariat s'assure que les récipiendaires principaux améliorent la gestion des stocks dans les entrepôts de la NatPharm et dans les centres de santé, au travers des mesures ci-après :

- une modification des procédures opérationnelles normalisées ;
- une évaluation nationale des capacités de stockage requises dans les entrepôts de la NatPharm, aux fins de :
 - déterminer l'espace de stockage supplémentaire requis pour entreposer les produits de santé ; et
 - présenter des solutions de stockage provisoires ;
- la réduction des écarts entre les stocks physiques et les soldes indiqués dans le système électronique (Navision) au moyen d'inventaires à mi-parcours et en fin d'année ; et
- l'amélioration du cadre de gestion et de responsabilité des stocks de produits de santé dans les établissements de santé périphériques.

Titulaire : Directeur de la Division de la gestion des subventions

Date cible : 30 juin 2021

5. Tableau des actions convenues

Action convenue de la Direction	Date cible	Titulaire
1. En collaboration avec le programme de lutte contre le VIH et les partenaires techniques, le Secrétariat : - examine les anomalies identifiées relatives au nombre de cas séropositifs à VIH testés comparé aux estimations nationales de PVVIH. Les résultats de l'étude/enquête serviront à définir la mise en œuvre de la subvention du Fonds mondial liée au VIH et l'examen à mi-parcours de la stratégie nationale de lutte contre la maladie ; et - réalise une enquête sur la faisabilité de déploiement d'un code d'identification unique pour toutes les PVVIH au Zimbabwe, et s'assure que les résultats servent à décider de la marche à suivre.	30 juin 2021	Directeur de la Division de la gestion des subventions
2. En collaboration avec le ministère de la Santé et les partenaires dans le pays, le Secrétariat : - intègre dans la politique relative au diagnostic précoce chez le nourrisson le dépistage de tous les nouveau-nés de mères séropositives à VIH, notamment un plan d'action chiffré afin d'accroître la couverture de ce service auprès des nouveau-nés exposés au VIH ; et - établit un plan d'action chiffré visant à améliorer l'identification et le suivi systématiques des patients sous antirétroviraux perdus de vue, notamment une démarche différenciée, adaptée aux populations prioritaires.	30 septembre 2021	Directeur de la Division de la gestion des subventions
3. Le Secrétariat s'assure que les bénéficiaires principaux améliorent la gestion des stocks dans les entrepôts de la NatPharm et dans les centres de santé, au travers des mesures ci-après : - une modification des procédures opérationnelles normalisées ; - une évaluation des capacités de stockage requises dans les entrepôts de la NatPharm, aux fins de : - déterminer l'espace de stockage supplémentaire requis pour entreposer les produits de santé ; et - présenter les solutions de stockage provisoires ; - la réduction des écarts entre les stocks physiques et les soldes indiqués dans le système électronique	30 juin 2021	Directeur de la Division de la gestion des subventions

(Navigation) au moyen d'inventaires à mi-parcours et en fin d'année ; et • l'amélioration du cadre de gestion et de responsabilité des stocks de produits de santé dans les établissements de santé périphériques.		
--	--	--

Annexe A : Classification générale des notations de l'audit

Efficace	Aucun problème ou peu de problèmes mineurs relevés. Les procédures de contrôles internes, de gouvernance et de gestion des risques sont conçues comme il convient, bien appliquées en permanence et efficaces pour donner une garantie raisonnable que les objectifs seront atteints.
Partiellement efficace	Problèmes modérés relevés Les procédures de contrôles internes, de gouvernance et de gestion des risques sont conçues comme il convient et généralement bien appliquées, mais un problème ou un nombre restreint de problèmes ont été identifiés et sont susceptibles de faire courir un risque modéré pour la concrétisation des objectifs.
Nécessite une nette amélioration	Un problème majeur ou un petit nombre de problèmes majeurs relevés Les pratiques en matière de contrôles internes, de gouvernance et de gestion des risques présentent quelques faiblesses de conception ou d'efficacité opérationnelle, à tel point que tant qu'elles ne sont pas corrigées, on ne peut raisonnablement garantir que les objectifs sont susceptibles d'être atteints.
Inefficace	Plusieurs problèmes majeurs et/ou un ou plusieurs problèmes fondamentaux relevés Les procédures de contrôles internes, de gouvernance et de gestion des risques ne sont pas conçues comme il se doit et/ou ne sont pas globalement efficaces. La nature de ces problèmes est telle que la concrétisation des objectifs est gravement compromise.

Annexe B : Méthodologie

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

Les principes et les détails de la méthode d'audit du Bureau de l'Inspecteur général sont décrits dans sa Charte, son Manuel d'audit, son Code de conduite et le mandat spécifique de chaque mission. Ces documents 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 au Fonds mondial et dans les pays, et servent à établir des évaluations spécifiques des différents domaines des activités de l'organisation. D'autres sources de preuves, telles que les travaux d'autres auditeurs/fournisseurs d'assurances, servent également à étayer les conclusions.

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

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

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

L'appétence au risque a été définie au niveau institutionnel à partir des données d'une cohorte de 25 pays⁵⁷ supportant la majorité de la charge de morbidité des trois maladies dans le monde : 85 % pour le VIH/sida ; 80 % pour la tuberculose ; 76 % pour le paludisme. Approuvé en 2018, le Cadre d'appétence au risque définit les niveaux recommandés d'appétence au risque dans huit domaines clés touchant les subventions du Fonds mondial.

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

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

Les notes attribuées aux vingt risques sont regroupées en huit risques, au moyen de moyennes simples, partant du principe que chaque composante revêt une importance identique. Par exemple, la moyenne des notes attribuées aux composantes *Conception inadaptée du programme (1.1)* et *Qualité et efficacité du programme insuffisantes (1.3)* est calculée afin d'évaluer la Qualité programmatique d'une subvention. Les pays possédant plusieurs subventions, chacune évaluée indépendamment des autres, les notations des risques sont pondérées au regard du budget des subventions, afin de déterminer le niveau de risque global du portefeuille du pays. Les notations des subventions variant souvent fortement, afin de ne pas perdre de vue les subventions à haut risque, une méthodologie médiane a été appliquée pour les risques élevés (la moitié des subventions présentant le plus de risque sont sélectionnées) afin de déterminer le niveau de risque d'un pays. Le niveau de risque global, le plan d'atténuation des risques et la trajectoire attendue des niveaux de risque sont ensuite approuvés par le Comité des résultats du portefeuille⁵⁸ pendant l'examen de portefeuille de pays.

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

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

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

⁵⁷Afrique du Sud, Bangladesh, Burkina Faso, Cameroun, Congo (RDC), Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Inde, Indonésie, Kenya, Malawi, Mali, Mozambique, Myanmar, Nigéria, Ouganda, Pakistan, Rwanda, Soudan, Tanzanie, Ukraine, Vietnam, Zambie, Zimbabwe.

⁵⁸ Le Comité des résultats du portefeuille est chargé d'examiner le portefeuille du pays.

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

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

Tableau des risques

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