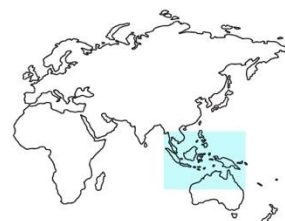




Rapport d'audit

Subventions du Fonds mondial à la

République d'Indonésie



GF-OIG-24-016
8 novembre 2024
Genève, Suisse

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

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

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

Courriel :
hotline@theglobalfund.org

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

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



Table des matières

1. Synthèse	4
1.1 Opinion	4
1.2 Principales réalisations et bonnes pratiques	5
1.3 Principaux problèmes et risques	6
1.4 Objectifs, notations et champ	7
2. Environnement et contexte	9
2.1 Contexte du pays	9
2.2 Situation du COVID-19	9
2.3 Subventions du Fonds mondial en Indonésie	10
2.4 Les trois maladies	11
3. Aperçu du risque et de la performance du portefeuille	12
3.1 Performance du portefeuille	12
3.2 Appétence au risque	12
4. Constatations	14

4.1	Financement national de la santé innovant et en forte augmentation, mais le manque de planification de la pérennisation et le suivi insuffisant du cofinancement présentent des risques pour la pérennité	14
4.2	La notification des cas de tuberculose augmente, mais l'orientation vers les services de traitement et le résultat du traitement de la tuberculose pharmacorésistante restent faibles	18
4.3	Évolution positive du dépistage du VIH et nouvelles interventions de prévention, mais la mise sous traitement et l'observance insuffisantes limitent l'efficacité de l'impact du programme	22
4.4	La gestion financière et les contrôles financiers des coûts d'aide à la subsistance et du règlement des mesures d'incitation sont efficaces, mais la mise en œuvre des activités financées par le dispositif C19RM a été retardée	25

Annexe A : Classification des notations d'audit et méthodologie	27
--	-----------

Annexe B : Appétence au risque et notations des risques	29
--	-----------

1. Synthèse

1.1 Opinion

L'Indonésie est un partenaire clé du Fonds mondial pour la lutte contre les trois maladies. Le pays concentre 10 % de la charge mondiale de tuberculose, ce qui en fait le deuxième pays le plus touché. Il fait également partie des pays qui, selon l'OMS, sont les plus fortement touchés par la forme pharmacorésistante de la maladie. Avec le soutien du Fonds mondial, le pays a enregistré une augmentation de 42 % de la notification des cas de tuberculose depuis 2019. Des progrès significatifs ont été réalisés dans la lutte contre le paludisme, 76 % des districts étant désormais exempts de la maladie. La couverture de dépistage du VIH a augmenté progressivement et des mesures de prévention telles que la prophylaxie préexposition (PrEP) et l'autodépistage ont été mises en place. Ces avancées s'expliquent par la volonté des pouvoirs publics de s'approprier et de diriger la riposte sanitaire, par des augmentations majeures du financement national pour la santé, et par des systèmes de santé robustes liés au fort développement économique.

Malgré d'importants progrès en matière de diagnostic de la tuberculose, 16 % des patients atteints de tuberculose pharmacosensible et 32 % des patients touchés par la forme pharmacorésistante de la maladie ayant été diagnostiqués en 2023 n'ont pas commencé de traitement. Par ailleurs, le taux de succès thérapeutique de la tuberculose pharmacorésistante reste peu élevé. Pour ce qui concerne le VIH, le taux de patients perdus de vue, estimé à 37 %, est élevé. Le taux de patients mis sous traitement est faible, notamment au sein des groupes de populations clés pratiquant l'autodépistage. Ces facteurs contribuent à la stagnation du taux de mortalité du VIH, à la hausse de la prévalence au sein des populations clés, et à l'augmentation des taux d'incidence et de mortalité de la tuberculose. Ces faiblesses sont dues à une absence de politiques et de directives opérationnelles nationales, à un environnement fragmenté des systèmes de données, et à un centrage insuffisant des agentes et agents de santé communautaires sur les activités de traitement efficaces. Les interventions de lutte contre le VIH et la tuberculose visant à garantir la mise sous traitement et l'observance des traitements **nécessitent une nette amélioration**.

Le budget national alloué à la santé a sensiblement augmenté depuis le cycle de subvention 2015-2017 (CS5) et les pouvoirs publics ont renforcé leurs engagements en faveur de la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme pour le cycle de subvention 2023-2025 (CS7). Des démarches innovantes et diversifiées de financement de la santé ont été mises en place, notamment un régime national d'assurance-maladie et des modalités de rachat de prêts à des taux inférieurs. Cependant, la finalisation du plan national de transition et de pérennisation financière, indispensable pour soutenir une approche complète de la pérennité, de la transition et du cofinancement, a été fortement retardée. C'est une question clé dans le contexte d'un portefeuille récemment classé dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure. La conception des engagements en matière de cofinancement pour le cycle de financement 2020-2022 (CS6) est lacunaire, aucun montant n'ayant été défini et aucune valeur de référence n'ayant été établie. Le suivi du cofinancement et la communication de l'information, que ce soit au niveau national ou au Secrétariat du Fonds mondial, ne sont pas totalement efficaces, ne sont pas menés en temps opportun et ne s'appuient pas sur des données complètes. Les initiatives de pérennisation et le cofinancement à l'appui des objectifs programmatiques **nécessitent une nette amélioration**.

Les dispositifs de gestion et d'assurance financière mis en place par les subventions confiées au ministère de la Santé et à Penabulu se sont avérés efficaces pour prévenir et détecter les

transactions non conformes liées aux coûts d'aide à la subsistance et au paiement des mesures d'incitation. Aucun problème majeur n'a été relevé. Cependant, l'utilisation des fonds du dispositif de riposte au COVID-19 (C19RM) pour les subventions Tuberculose et VIH confiées au ministère a été fortement retardée. L'achat, l'installation et l'utilisation d'appareils de radiographie thoracique et de séquenceurs complets du génome, qui devraient renforcer la lutte contre la tuberculose et le VIH, ont été retardés. Des activités clés, telles que l'utilisation de prestataires privés pour la recherche active des cas de tuberculose, ont elles aussi été retardées, ce qui a entraîné des répercussions sur le diagnostic de la tuberculose dans un environnement où le nombre estimé de cas manquant à l'appel a augmenté. Ces faiblesses étaient dues à des obstacles de nature réglementaire et à des retards d'établissement de plans de déploiement, plutôt qu'à des difficultés de gestion financière spécifiques. Par conséquent, la gestion financière et le suivi stratégique des coûts d'aide à la subsistance, du paiement en fonction des résultats et des investissements C19RM sont **efficaces**.

1.2 Principales réalisations et bonnes pratiques

Leadership et direction stratégique forts des autorités nationales au service de la lutte contre la tuberculose

En s'appropriant la lutte contre la tuberculose, les pouvoirs publics fournissent une direction stratégique claire et ambitieuse pour combattre la maladie. Le décret présidentiel de 2021 sur la tuberculose et le nouveau plan stratégique national ont défini les cibles ambitieuses d'une démarche efficace, exhaustive et intégrée en matière d'élimination de la maladie. Il fallait de ce fait accroître sensiblement la capacité de diagnostic et les ressources allouées à la lutte élargie contre la tuberculose.

Solutions innovantes de financement de la santé et augmentation du financement national pour la santé

Le gouvernement indonésien a augmenté le financement national de la santé¹ et ses engagements en matière de cofinancement des activités de lutte contre les trois maladies ont pratiquement triplé, passant de 400 millions de dollars US à 1,2 milliard entre le CS5 et le CS7.² Le Fonds mondial a progressivement délégué au gouvernement indonésien l'achat des produits de santé, en particulier pour les antirétroviraux et les antipaludéens. Le gouvernement a mis en place un solide mécanisme national d'assurance-maladie pour faciliter l'accès aux services de prise en charge des trois maladies. Avec le soutien du Fonds mondial, le gouvernement indonésien a également accru l'enveloppe allouée à la tuberculose, 50 millions d'euros supplémentaires ayant été mobilisés par un échange dette-santé³, et une réduction du taux d'emprunt a été obtenue en faveur d'un prêt de la Banque mondiale de 300 millions de dollars US.⁴ Le gouvernement a également reçu un soutien financier externe de 4 milliards de dollars US⁵ pour améliorer la capacité et l'utilisation des services de santé publics.

Forte augmentation du nombre de cas de tuberculose notifiés

La notification des cas de tuberculose a augmenté de 42 % entre 2019 et 2023. Le taux de succès thérapeutique de la tuberculose pharmacosensible s'établit à 87 %. Cette amélioration est liée à

¹ Les dépenses du secteur de la santé ont augmenté, passant de 26,1 milliards de dollars US au CS5 (2018-2020) à 46,5 milliards de dollars US au CS6 (2021-2023) selon les rapports budgétaires du ministère des Finances.

² Analyse du Secrétariat du Fonds mondial des engagements du gouvernement indonésien en matière de financement de contrepartie.

³ [L'Indonésie, l'Allemagne et le Fonds mondial signent un nouvel accord de conversion de dette pour lutter contre la tuberculose](#)

⁴ [New World Bank Financing Aims to Strengthen Indonesia's Tuberculosis Response Program](#)

⁵ Banque mondiale (1,5 milliard USD), Banque asiatique d'investissement dans les infrastructures (1 milliard USD), Banque islamique de développement (0,8 milliard USD) et Banque asiatique de développement (0,7 milliard USD)

plusieurs facteurs, notamment à la résolution des pouvoirs publics, à la solidité des systèmes de données et à l'augmentation du nombre d'appareils de dépistage moléculaire de la tuberculose opérationnels et utilisés. Le nombre de machines GeneXpert est passé de 1 158 en 2020 à 2 340 en 2023, et la quantité de tests réalisés a fortement augmenté pour s'établir à 3 millions en 2023, contre 0,7 million en 2020.

Innovation en matière de dépistage et de prévention du VIH

Malgré les obstacles liés à la stigmatisation et à la discrimination, des efforts ont été déployés en soutien à des innovations dans les domaines du dépistage et de la prévention du VIH, en particulier au sein des groupes de populations clés. L'autodépistage du VIH a été déployé au cours du CS6. Durant ce cycle, des essais pilotes ont également été menés afin de fournir des services de prophylaxie préexposition (PrEP) aux populations clés. Il est prévu que ces activités soient déployées à plus grande échelle au CS7 et que l'anneau vaginal de dapivirine soit proposé à titre d'essai pilote.

Tentatives d'amélioration des systèmes de données afin de renforcer la qualité et la disponibilité de l'information

En 2022, le gouvernement indonésien a mis en service sa plateforme IHS (l'acronyme d'Indonesia Health Services ou Services de santé indonésiens)⁶ pour accompagner la transformation et l'intégration des données et des systèmes sous-jacents. Un système perfectionné de données sur la gestion de la santé (SITB pour Sistem Informasi Tuberculosis) a été déployé dans le cadre du programme national de lutte contre la tuberculose afin de faciliter le suivi en temps réel et d'améliorer la prise de décisions. Une version actualisée du système d'information sur le VIH/sida - Sistem Informasi HIV/AIDS (SIHA 2.1) est en cours de déploiement dans le cadre du programme national de lutte contre le VIH.

Contrôles internes efficaces pour la gestion des risques financiers et fiduciaires liés aux coûts d'aide à la subsistance et au paiement des mesures d'incitation dans le cadre des subventions gérées par le ministère de la Santé et Penabulu

Aucun problème majeur n'a été relevé avec les transactions échantillonnées par le BIG. Des politiques, des procédures et des processus ont été dûment définis pour la gestion financière et ils sont utilisés efficacement. La capacité de gestion financière du ministère de la Santé s'est renforcée à la faveur de l'assistance technique fournie par le PNUD dans ce domaine.

1.3 Principaux problèmes et risques

Les lacunes importantes du traitement des formes pharmacosensible et pharmacorésistante de la tuberculose contribuent à l'augmentation de l'incidence et de la mortalité de la maladie

Un nombre croissant de patients sont diagnostiqués, mais ne sont pas placés sous traitement (32 % pour la tuberculose pharmacorésistante et 16 % pour la tuberculose pharmacosensible en 2023). Cette défaillance contribue à l'augmentation des taux d'incidence et de mortalité (de 23 % et 44 % respectivement). La situation est due à l'absence de politiques opérationnelles à l'échelle nationale, à la faible augmentation du nombre de sites fournissant des services de prise en charge de la tuberculose, à la fragmentation des systèmes d'information sur la gestion de la santé, et aux retards de mise en œuvre d'activités clés inscrites aux programmes des subventions de lutte contre la tuberculose.

Difficultés à orienter les patients séropositifs au VIH vers les services de prise en charge et à garantir l'observance des traitements, notamment pour les populations clés

⁶ [Health Ministry Launches 'SatuSehat' Platform](#) (consulté le 19 avril 2024)

L'absence de lignes directrices et la faiblesse des processus et des systèmes entravent l'efficacité des initiatives de mise sous traitement et d'observance des traitements. Un nombre insuffisant d'agentes et d'agents de santé communautaires assurent ces activités et, plus largement, des problèmes de stigmatisation et de discrimination contribuent au taux élevé de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) diagnostiquées qui ne commencent pas de traitement et sont perdues de vue. Environ 19 % des PVVIH n'ont pas commencé de traitement, ce taux atteignant 21 % au sein des groupes de populations clés diagnostiquées par l'autodépistage, et 37 % des patients de la cohorte 2020 placée sous antirétroviraux avaient été perdus de vue après 36 mois.⁷

Retard d'élaboration du plan de pérennisation et de transition, couplé à une conception, un suivi et une communication de l'information inefficaces pour ce qui concerne les exigences et les engagements en matière de cofinancement

Au début du CS7, l'élaboration d'un plan national de transition et de pérennisation financière n'avait pas encore commencé, malgré la recommandation du Comité technique d'examen des propositions du Fonds mondial allant en ce sens et qui avait été incluse comme exigence dans la subvention du CS6. Aucun calendrier de complétion n'a non plus été établi. Les engagements en matière de cofinancement n'ont pas été établis pour le CS6, même s'ils l'ont été pour le CS7. Les processus de suivi des critères de cofinancement imposés aux parties prenantes dans le pays et la communication de l'information y afférente ont été déficients et le ministère de la Santé a tardé à mettre en place les comptes nationaux de la santé afin de suivre les avancées. L'évaluation, par le Secrétariat du CS6, du respect des exigences en matière de cofinancement s'est appuyée sur des données et des suppositions incomplètes. Ces faiblesses n'ont pas été clairement signalées aux organes de gouvernance du Fonds mondial pendant l'établissement et l'approbation de la subvention du CS7.

Les retards de mise en œuvre des activités financées par le dispositif C19RM dans le cadre des subventions Tuberculose et VIH confiées au ministère de la Santé nuisent à la capacité de diagnostic du pays

L'utilisation des fonds du dispositif C19RM pour les subventions Tuberculose et VIH gérées par le ministère de la Santé afin de renforcer le diagnostic et le suivi a été fortement retardée. Ces investissements ont vocation à faciliter l'achat, l'installation et l'utilisation d'appareils de radiographie thoracique et de séquençage complet du génome, ainsi que la recherche active des cas de tuberculose par des prestataires privés. Ces retards étaient dus à des obstacles de nature réglementaire, ainsi qu'à des retards d'évaluation des sites et de planification en soutien au déploiement d'équipement clé par le ministère de la Santé. Cela a eu pour conséquence de réduire l'absorption financière des fonds du dispositif C19RM alloués aux subventions Tuberculose et VIH gérées par le ministère de la Santé, dont 28 % et 20 % respectivement avaient été utilisés à la fin du CS6. De ce fait, l'impact de ces investissements est resté limité au cours du CS6. Le taux d'absorption risque de rester faible, car des financements C19RM supplémentaires ont été approuvés au dernier trimestre 2023.

1.4 Objectifs, notations et champ

L'objectif général de l'audit était de fournir une assurance raisonnable au Conseil d'administration du Fonds mondial quant aux subventions accordées à la République d'Indonésie. Il a en particulier évalué l'adéquation et l'efficacité de ce qui suit :

⁷ Données du programme de lutte contre le VIH extraites du système de gestion de l'information sanitaire au 5 janvier 2024

Objectifs	Notations	Champ
Les interventions de lutte contre le VIH et la tuberculose visant à garantir la mise sous traitement et l'observance des traitements	Nécessite une nette amélioration	Période d'audit Jan 2021 - Déc 2023
Les initiatives de pérennisation et le cofinancement à l'appui des objectifs programmatiques	Nécessite une nette amélioration	Subventions et entités de mise en œuvre L'audit a porté sur les récipiendaires principaux et les sous-récipiendaires des programmes soutenus par le Fonds mondial.
La gestion financière et le suivi stratégique des coûts d'aide à la subsistance, du paiement en fonction des résultats et des investissements C19RM	Efficace	Exclusion du champ Subvention IDN-T-IBRD (21,12 millions de dollars US)

Le BIG a sélectionné sept provinces qui représentent 64 % du nombre estimé de personnes vivant avec le VIH en 2023 et 67 % des cas de tuberculose notifiés en 2023. Dans ces sept provinces, le BIG a ensuite inspecté vingt-huit structures de santé dans onze districts. L'audit ne couvrait pas la subvention IDN-T-IBRD (21,12 millions de dollars US) gérée par la Banque mondiale, qui contribue à un fonds fiduciaire multidonateurs dans le cadre d'une transaction financière mixte. L'assurance relative à ces transactions est fournie conformément à la décision F/B50/DP04 du Conseil d'administration du Fonds mondial. En particulier, le Secrétariat s'appuie sur les assurances apportées par la Banque mondiale pour ce qui concerne l'assurance en aval, tandis que les travaux d'assurance du BIG sont centrés sur l'intégration des activités financières mixtes dans l'assurance/le suivi stratégique général du Secrétariat et ses opérations.

Les détails de la classification générale des notations d'audit figurent à l'Annexe A.

2. Environnement et contexte

2.1 Contexte du pays

L'Indonésie est depuis peu classée dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure. Le pays compte 278 millions d'habitants, ce qui en fait le quatrième pays le plus peuplé au monde. C'est la première économie de l'Asie du Sud-Est, avec un PIB total de 1,32 billion de dollars US.⁸ Le pays enregistre de nets progrès en matière de réduction de la pauvreté, dont le taux a diminué de plus de moitié depuis 2019.⁹

Le pays est divisé en 38 provinces, elles-mêmes subdivisées en 514 districts. La moitié de la population vit sur l'île de Java. Le système de santé est décentralisé, les responsabilités étant partagées entre trois niveaux : le gouvernement central, les provinces et les districts. Pour ce qui concerne les soins de santé primaires, les services publics sont fournis par les « puskesmas » (l'abréviation de « pusat kesehatan masyarakat », qui désignent les centres de santé communautaires) et leurs centres auxiliaires, tandis que les services secondaires sont fournis par les hôpitaux. Le reste des services est assuré par les structures privées.

Données du pays ¹⁰	
Population	277,5 millions (estimation 2023)
PIB par habitant	4 788 USD (2022)
Indice de perception de la corruption	110/180 (2022)
Indice PNUD de développement humain	112/193 (2022)
Dépenses publiques allouées à la santé (% du PIB)	3,4 % (2020)

2.2 Situation du COVID-19

En 2020, l'Indonésie est le pays d'Asie du Sud-Est qui a signalé le plus grand nombre de cas de COVID-19. Au 31 décembre 2020, le pays avait enregistré 735 124 cas de COVID-19 et 21 944 décès dus à la maladie.¹¹ Le Fonds mondial a soutenu les initiatives visant à atténuer les répercussions du COVID-19 sur la lutte contre les trois maladies avec une enveloppe totale de 120,7 millions de dollars US (108,3 millions au titre du dispositif C19RM et 12,4 millions dans le cadre des assouplissements des subventions). Les mesures d'atténuation des effets du COVID-19 sur la lutte contre la tuberculose ont contribué à accroître sensiblement la notification des cas de tuberculose, qui est aujourd'hui nettement supérieure aux niveaux observés avant la pandémie.

⁸<https://data.worldbank.org/country/indonesia>

⁹<https://www.worldbank.org/en/country/indonesia/overview>

¹⁰[UNFPA](#), [Banque mondiale](#), [PNUD](#), [Transparency International](#), [OMS](#)

¹¹ [Examen OMS de l'action en cours](#)

2.3 Subventions du Fonds mondial en Indonésie

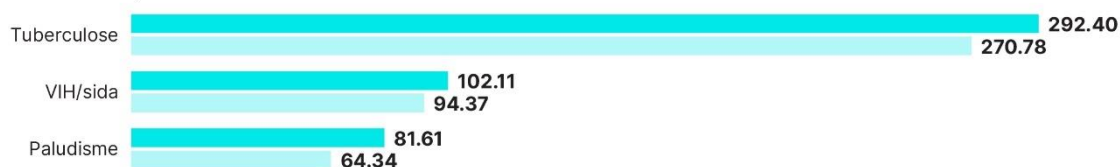
Depuis 2003, le Fonds mondial a signé des subventions d'un montant total de 1,82 milliard de dollars US au profit de l'Indonésie, dont plus de 1,48 milliard de dollars US ont été décaissés.¹² Les subventions actives représentent un budget de 309 millions de dollars US pour la période d'allocation 2023-2025 (ce qui correspond à la période de mise en œuvre 2024-2026, également appelée CS7). Pour la période d'allocation 2020-2022 (période de mise en œuvre 2021-2023, CS6), le pays avait reçu une enveloppe de 483 millions de dollars US, dont 420 millions avaient été décaissés. Pour les périodes d'allocation CS7 et CS6, le ministère de la Santé est récipiendaire principal de quatre et trois subventions respectivement, représentant 69 % et 73 % du financement, comme suit :

G6	• Tuberculose 223 millions USD • VIH/sida 63 millions USD • Paludisme 66 millions USD
G7	• Tuberculose 123 millions USD • VIH/sida 46 millions USD • Paludisme 28 millions USD • SRPS : 14 millions USD

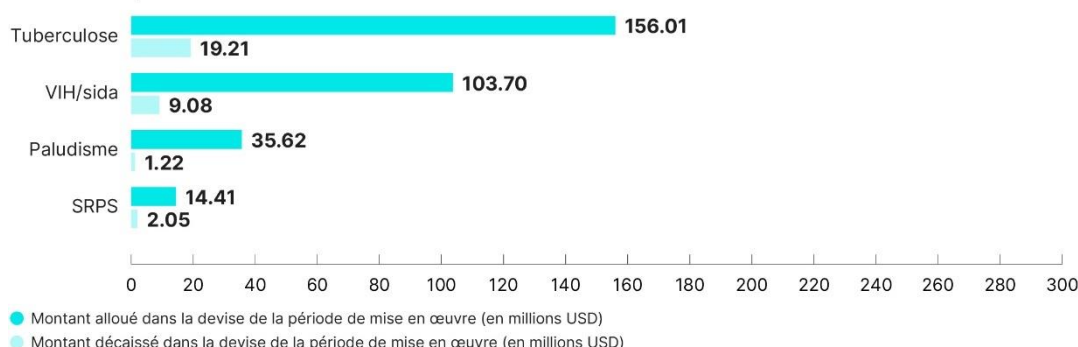
Au CS6, 21 millions de dollars US supplémentaires ont été décaissés en contribution à une réduction du taux d'emprunt, afin de soutenir un prêt de 300 millions de dollars US de la Banque mondiale au gouvernement indonésien, appuyé par un cofinancement de 90 millions de dollars US des autorités indonésiennes.

Le reste du financement est versé à des organisations de la société civile.¹³

Indonésie : Cycle de subvention 6



Indonésie : Cycle de subvention 7



¹² Explorateur de données du Fonds mondial (consulté le 17 avril 2024)

¹³ Konsorsium Komunitas PENABULU-STPI ; Indonesia AIDS Coalition ; Persatuan Karya Dharma Kesehatan Indonesia ; et Yayasan Spiritia

2.4 Les trois maladies

VIH/sida



Le nombre de personnes vivant avec le VIH en 2023 est estimé à 515 455, dont 68 % connaissent leur statut sérologique.

51 % sont sous traitement antirétroviral.

Le nombre annuel de nouvelles infections a diminué de 52 %, revenant de 50 000 (2010) à 24 000 (2022). Les nouvelles infections sont concentrées parmi les populations clés.

Les décès liés au sida ont augmenté de 63 %, passant de 16 000 (2010) à 26 000 (2022). Ce nombre est resté inchangé en 2018 et baisse lentement depuis.

18 % des femmes enceintes vivant avec le VIH étaient sous traitement antirétroviral en 2022, ce qui représente une hausse au regard du taux de 8 % observé en 2015.

Source : [Données ONUSIDA 2023](#) ; Données du Programme de lutte contre le VIH

TUBERCULOSE



L'Indonésie est le deuxième pays le plus touché par la tuberculose, dont il concentrait 10 % de la charge mondiale de morbidité en 2022.

En 2022, les taux d'incidence pour 100 000 habitants en Indonésie étaient estimés à 385 pour la tuberculose pharmacosensible, à 11 pour la tuberculose multirésistante ou résistante à la rifampicine et à 8,8 pour les personnes tuberculeuses séropositives au VIH.

La notification a augmenté, passant de 46 % du nombre estimatif de cas en 2021 à 76 % en 2023.

Le taux de succès thérapeutique au sein des nouveaux cas et des cas de rechute enregistrés en 2021 s'établissait à 87 %.

Source : [OMS 2022 – Profil de la tuberculose en Indonésie](#) ; Données du programme de lutte contre la tuberculose

PALUDISME



On a observé une **tendance positive à la baisse des cas et des décès palustres**. Le taux de décès a diminué de 84 %, tombant de 432 (2010) à 71 (2022). Sur la même période, l'incidence également a chuté, concernant trois personnes sur cent mille, contre huit auparavant.

76 % (389 sur 514) des districts en Indonésie sont **exempts de paludisme**.

Les progrès majeurs observés en Indonésie sont contrariés par l'inversion des avancées dans la partie orientale du pays (province de Papouasie). En 2022, **93 % des cas de paludisme étaient concentrés dans la province de la Papouasie**.

Sources : Portail d'information des partenaires du Fonds mondial, [RBM](#), [AMP](#)

3. Aperçu du risque et de la performance du portefeuille

3.1 Performance du portefeuille

Les performances et les notations des subventions du CS6 (jan 2021-déc 2023) sont présentées ci-dessous.^{14 15}

Composante	Subvention	Réциpiendaire principal	Période de la subvention	Total alloué Montant (USD)	Budget au mois de juin 2023 (USD)	Dépenses au mois de juin 2023 (USD)	Absorbion au mois de juin 2023	Jun 2021	Déc. 2021	Jun 2022	Déc. 2022	Jun 2023
Tuberculose	IDN-T-MOH	Direction générale de la prévention et du contrôle des maladies, ministère de la Santé	1 ^{er} janvier 2021 - 31 déc 2023	222 575 153	199 404 124	94 526 439	47 %	B2	D	D	C	D
	IDN-T-PBSTPI	Konsorsium Komunitas PENABULU-STPI	1 ^{er} janvier 2021 - 31 déc 2023	48 704 037	39 227 667	26 099 787	67 %	C	D	C	C	C
	IDN-T-IBRD	Banque Européenne pour la Reconstruction et le Développement		21 120 000				S.O.				
VIH	IDN-H-MOH	Direction générale de la prévention et du contrôle des maladies, ministère de la Santé	1 ^{er} janvier 2022 - 31 déc 2023	62 441 872	59 390 394	20 799 351	35 %	S.O.		C	C	C
	IDN-H-SPIRITI	Yayasan Spiritia	1 ^{er} janvier 2022 - 31 déc 2023	31 957 125	22 635 604	18 714 250	83 %	S.O.		B	B	A
	IDN-H-IAC	Indonesia AIDS Coalition	1 ^{er} janvier 2022 - 31 déc 2023	13 602 210	10 781 868	7 574 614	70 %	S.O.		C	C	C
Paludisme	IDN-M-MOH	Direction générale de la prévention et du contrôle des maladies, ministère de la Santé	1 ^{er} janvier 2021 - 31 déc 2023	66 319 740	35 908 374	30 071 935	84 %	B1	B	C	C	C
	IDN-M-PERDHAK	Persatuan Karya Dharma Kesehatan Indonesia	1 ^{er} janvier 2021 - 31 déc 2023	16 443 077	15 300 195	9 731 372	64 %	A2	B	A	A	A
Total				483 163 214	382 648 226	207 517 748	54 %					

3.2 Appétence au risque

Le BIG a comparé les niveaux globaux de risque établis par le Secrétariat pour les principales catégories de risque visées par les objectifs d'audit pour le portefeuille de l'Indonésie avec le risque résiduel qui existe selon l'évaluation du BIG, qui définit les risques en fonction des constatations

¹⁴À compter de janvier 2022, le Fonds mondial a révisé le rapport RA/DD et les notations de la performance. Les performances programmatiques sont désormais évaluées par des notations alphabétiques tandis que les performances financières le sont par des notations numériques (consulté le 22 avril 2024).

¹⁵ La subvention IBRD est exclue du champ du présent audit (voir la section 1.4 relative à l'exclusion du champ de l'audit).

spécifiques de l’audit. La méthodologie complète relative à l’appétence au risque et l’explication des différences sont détaillées dans l’Annexe B du présent rapport.

Domaine d’audit	Catégorie de risque	Niveau global de risque évalué par le Secrétariat ¹⁶	Niveau résiduel de risque évalué sur la base des résultats de l’audit	Constats d’audit concernés
Programmes Suivi et évaluation	Tuberculose : Qualité du programme	Élevé	Élevé	4.2
	VIH : Qualité du programme	Élevé	Élevé	4.3
Pérennité	Financement de la santé	Modéré	Élevé	4.1
Cadre et mécanisme de contrôle financier externe	Risques fiduciaires et de fraude liés aux subventions	Modéré	Modéré	4.4

¹⁶ Extrait du Protocole de gestion des risques dans le pays le 24 février 2024

4. Constatations

4.1 Financement national de la santé innovant et en forte augmentation, mais le manque de planification de la pérennisation et le suivi insuffisant du cofinancement présentent des risques pour la pérennité

Le financement national de la santé a fortement augmenté, tirant parti de plusieurs démarches innovantes. Pour autant, le manque de planification de la pérennisation et l'inefficacité des processus de suivi et de communication de l'information sur les engagements en matière de cofinancement augmentent les risques pour le financement de la santé et pour la pérennité.

Le gouvernement indonésien est le principal contributeur à la lutte contre les trois maladies. Au CS6, les subventions du Fonds mondial ont financé 32 % des programmes de lutte contre les trois maladies, contre 64 % pour les autorités nationales. Au CS7, le Fonds mondial a pris à sa charge 19 % de ces financements, tandis que le gouvernement en a supporté 78 %.¹⁷ L'Indonésie étant classée parmi les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure, il est essentiel de planifier la pérennisation et la transition pour garantir le maintien des progrès après le retrait du Fonds mondial. Les dépenses publiques pour la santé, qui s'élevaient à 26,1 milliards de dollars US au CS5, ont augmenté de 83 % au CS6. Les engagements nationaux en faveur de la lutte contre les trois maladies pour le CS7 ont triplé depuis le CS5 (0,5 milliard USD). L'achat des principaux produits de santé a été progressivement transféré au gouvernement indonésien, qui prend à sa charge l'essentiel des antirétroviraux et des antipaludéens. Le transfert au gouvernement indonésien des coûts unitaires de la gestion de programme centralisée devrait être achevé au cours du CS7.

L'Indonésie s'appuie sur une diversité de solutions innovantes pour financer la santé. Le régime national d'assurance-maladie (JKN) couvre 90 % de la population et fournit un accès aux services de diagnostic et de traitement aux patients touchés par les trois maladies. Un prêt de la Banque mondiale de 300 millions de dollars US a été contracté en 2022 afin de contribuer à la lutte nationale contre la tuberculose. En soutien à cette initiative, le Fonds mondial a accordé au pays une réduction de taux d'emprunt équivalant à 21 millions de dollars US. Même si ces mesures constituent des étapes importantes vers la pérennité et la transition, elles ont été prises sans planification globale de la pérennisation du portefeuille. Le pays a pu obtenir une aide financière externe de quatre milliards de dollars US auprès de quatre agences de développement afin d'accroître la disponibilité d'équipement fonctionnel dans les structures de santé publiques et d'améliorer l'utilisation des services de santé publics sur l'ensemble du territoire.

Les retards importants de l'élaboration du plan national de transition et de pérennisation financière augmentent les risques pour les investissements du Fonds mondial de ne pas perdurer

La politique en matière de pérennité, de transition et de cofinancement du Fonds mondial encourage tous les pays à examiner comment ils s'affranchiront progressivement du soutien du Fonds pour financer les initiatives de lutte contre les trois maladies. Au CS6, le Comité technique d'examen des

¹⁷ Source : tableaux du paysage de financement fournis par le gouvernement indonésien pendant l'établissement des subventions du cycle de subvention 7.

propositions (CTEP) a recommandé¹⁸ l'élaboration d'un plan de transition et de pérennisation financière avant fin 2021 et a réitéré cette recommandation pour le CS7. Celle-ci faisait partie des exigences des subventions pour le CS6, mais le gouvernement indonésien n'a pas établi de plan de transition et de pérennisation financière pour les activités financées par le Fonds mondial et aucun calendrier d'achèvement du plan n'a été défini.

Faute de plan, il n'a pas été possible de définir les exigences en matière de cofinancement et les subventions SRPS du Fonds mondial n'ont pas pu se focaliser sur la pérennisation et sur l'optimisation de l'utilisation des fonds au service de la santé.¹⁹ En conséquence, aucun calendrier n'a été établi afin de déléguer intégralement la charge financière des coûts de traitement et de prise en charge de la tuberculose aux pouvoirs publics, alors qu'il s'agit du dernier investissement majeur de produits financés par les subventions du Fonds mondial.²⁰ Par ailleurs, les budgets et les subventions SRPS du Fonds mondial continuent de financer une large partie des activités d'appui au module SRPS²¹.

Au CS6, 72 % des 31 millions de dollars US budgétés pour le module SRPS ont été alloués aux coûts de déplacement (indemnités journalières pour les visites de supervision, formations et réunions). Au CS7, une subvention consacrée au SRPS a été établie avec une enveloppe de 14 millions de dollars US et cette catégorie de coût reste élevée, puisqu'elle représente 67 % des dépenses. Aucun plan visant à clarifier l'utilisation de ces investissements par les pouvoirs publics n'a été établi, alors que c'est une recommandation formulée dans les directives techniques du Fonds mondial en matière de SRPS.²²

Même si le gouvernement indonésien a progressivement pris à sa charge l'achat des produits de santé, les risques de compromis du rapport coût-efficacité n'ont pas été pleinement évalués ou intégrés dans un plan de pérennisation plus large. Cela concerne notamment les compromis²³ entre les aspects de l'optimisation des ressources liés à l'économie et à la pérennisation,²⁴ étant entendu que des prix inférieurs au titre du dispositif Wambo ou du mécanisme d'achat groupé dans le cadre des subventions du Fonds mondial entraveraient l'amélioration des marchés publics. En conséquence, les produits achetés localement sont plus onéreux que s'il était fait appel à la plateforme Wambo ou au mécanisme d'achat groupé.

L'absence de suivi efficace, tant au sein de l'instance de coordination nationale que de l'équipe de pays du Fonds mondial, ajoutée au manque d'appropriation stratégique et de hiérarchisation de la part des autorités, explique que le plan de transition et de pérennisation financière n'ait pas été parachevé. Un groupe de coordination multisectoriel composé de plusieurs ministères devait être établi afin de définir un calendrier de complétion du plan, mais il n'a jamais vu le jour. D'autres facteurs tels que le COVID-19 ont détourné les efforts de l'élaboration du plan et ont entraîné le report d'autres activités de financement de la santé telles que l'établissement et le lancement du

¹⁸ Le CTEP a recommandé que d'ici à la fin de 2021, le bénéficiaire principal présente un plan d'évaluation de la pérennisation et de la transition, détaillant les cibles et les jalons clés de l'affranchissement du soutien du Fonds mondial au financement de la lutte contre les trois maladies.

¹⁹ [Rôle et approche du Fonds mondial dans le financement national de la santé \(FNS\)](#)

²⁰ Au CS6, le Fonds mondial a financé 17 % et 62 % respectivement de l'achat total d'antituberculeux de première ligne et de médicaments contre la tuberculose pharmacorésistante.

²¹ Systèmes résistants et pérennes pour la santé

²² [Note d'information sur les systèmes résistants et pérennes pour la santé \(SRPS\)](#) (page 7)

²³ Plusieurs produits auparavant financés par le Fonds mondial et achetés via le mécanisme d'achat groupé ou Wambo sont désormais pris en charge par les pouvoirs publics et achetés par les voies d'approvisionnement nationales. Dans certains cas, le prix unitaire des produits a fortement augmenté comparativement au prix de référence du mécanisme d'achat groupé du Fonds mondial. Cela pourrait diminuer d'autant les économies réalisées avec les deniers publics et l'optimisation des ressources au service de la santé à court terme. À long terme, il est possible que cela bénéficie à la pérennité et que cela s'accompagne d'une amélioration du marché pharmaceutique et de l'approvisionnement à l'échelle nationale.

La ²⁴ [note d'information technique sur l'optimisation des ressources](#) détaille le cadre utilisé par le Fonds mondial pour évaluer le rapport coût-efficacité des investissements. Il définit les cinq dimensions qui composent le rapport coût-efficacité : efficacité, efficience, économie, équité et pérennité.

prêt de la Banque mondiale pour la tuberculose et l'achèvement de l'accord Debt2Health avec le Fonds mondial.²⁵

La conception, le suivi et la communication de l'information relatifs aux engagements en matière de cofinancement limitent la capacité du Secrétariat à renforcer la mobilisation des ressources nationales

Le Secrétariat s'est appuyé sur des données et des suppositions incomplètes pour déterminer les exigences en matière de cofinancement au CS6.²⁶ La question des exigences pour le VIH et la tuberculose n'a pas été portée à l'attention du Comité d'approbation des subventions ou du Conseil d'administration dans le cadre du processus d'approbation des subventions du CS7. De plus, aucune valeur de référence pour les exigences du CS6 n'a été communiquée aux parties prenantes dans le pays, et aucun nouvel engagement en matière de cofinancement pour le CS6 n'a été convenu, contrairement à ce qui a été fait pour les subventions du CS7.

Pour les raisons mentionnées ci-avant, nous ne savons pas précisément si l'ensemble des exigences du CS6 ont été satisfaites²⁷, afin que le Secrétariat et le Conseil d'administration du Fonds mondial puissent prendre des mesures appropriées, conformément à la politique en matière de pérennité, de transition et de cofinancement.²⁸ La politique en matière de pérennité, de transition et de cofinancement définit deux exigences : la première consiste à augmenter progressivement les dépenses publiques en faveur de la santé pour atteindre les objectifs nationaux en matière de couverture sanitaire universelle. La seconde suppose d'augmenter le cofinancement des programmes soutenus par le Fonds mondial à chaque période d'allocation, en vue de prendre en charge progressivement les principaux coûts des plans nationaux de lutte contre les maladies. Même si plusieurs éléments semblent indiquer que la première exigence est satisfaite, la situation est moins claire concernant la seconde. Par ailleurs, l'opportunité de définir des engagements spécifiques aux programmes visant à encourager le financement national dans les domaines clés pour le CS6 n'a pas été saisie. La question a été résolue pour le CS7 et des engagements spécifiques ont été définis pour des domaines clés tels que les interventions auprès des populations clés.

Ces faiblesses sont dues aux facteurs suivants :

- Retards de préparation des comptes nationaux de la santé, une source clé d'information sur le financement de la santé. Ces retards sont liés à la complexité des dépenses de santé nationales et infranationales, dont les données sont issues de plusieurs ministères et de sources complexes.
- Absence de procédures opérationnelles au sein du ministère de la Santé pour le suivi des exigences en matière de cofinancement, l'évaluation et la communication de l'information y afférentes.
- Manque de suivi systématique des engagements pris par l'instance de coordination nationale pendant la mise en œuvre des subventions, qui s'explique en partie par le fait que celle-ci n'a pas établi de groupe de travail technique afin d'examiner les questions de pérennité, de transition et de cofinancement.

²⁵ [L'Indonésie, l'Allemagne et le Fonds mondial signent un nouvel accord de conversion de dette pour lutter contre la tuberculose](#)

²⁶ Les projets de comptes nationaux de la santé pour la première année du CS6 (2021) étaient disponibles au moment de l'évaluation finale du Secrétariat.

²⁷ Le respect de l'exigence n° 2 relative à l'augmentation du cofinancement des programmes soutenus par le Fonds mondial ne peut pas être confirmé en totalité, car les données des comptes nationaux de la santé pour 2022 et 2023 n'étaient pas disponibles au moment des travaux de terrain des auditeurs du BIG en avril 2024.

²⁸ [Politique du Fonds mondial en matière de pérennité, de transition et de cofinancement](#)

- Absence de suivi stratégique et de contrôle de première et de deuxième ligne efficaces pour ce qui concerne l'évaluation du respect des engagements en matière de cofinancement et la communication de l'information afférente, afin de garantir l'exactitude de l'information communiquée aux organes de gouvernance.

Ces causes principales feront l'objet d'une mesure de gestion convenue, excepté pour l'absence de suivi stratégique efficace de l'évaluation et de la communication de l'information relatives au cofinancement.

Mesure de gestion convenue 1

Le Secrétariat du Fonds mondial collaborera avec le gouvernement indonésien et l'instance de coordination nationale afin de renforcer la pérennité financière et le suivi stratégique, selon une démarche alignée sur les recommandations du Comité technique d'examen des propositions pour les cycles de subvention actuel et précédent. Cela suppose :

1. L'élaboration et la finalisation d'un plan complet de pérennisation financière pour l'ensemble des investissements du Fonds mondial, garantissant un accompagnement durable dans tous les domaines par un financement national. Le plan doit comprendre une feuille de route de la pérennisation afin de garantir le financement national par la contractualisation sociale, en particulier pour sanctuariser les investissements canalisés par les organisations de la société civile pour les activités essentielles.
2. L'élaboration de procédures opérationnelles normalisées par le ministère de la Santé et d'autres institutions gouvernementales pour faciliter la communication de l'information systématique en temps opportun et le suivi annuel des exigences en matière de cofinancement. Cette action s'appuiera sur la méthode utilisée actuellement pour élaborer les comptes nationaux de la santé.
3. La mise à jour du guide de suivi stratégique de l'instance de coordination nationale en Indonésie et du plan de travail annuel sur le suivi stratégique, afin d'y inclure la participation et le suivi des pouvoirs publics à l'élaboration et à la mise en œuvre du plan de pérennisation financière, ainsi que le suivi et la supervision réguliers des progrès conformément aux exigences et aux engagements en matière de cofinancement des programmes soutenus par le Fonds mondial.

TITULAIRE : Directeur de la Division de la gestion des subventions

DATE CIBLE : 31 décembre 2025

Décision de ne pas formuler de mesure de gestion convenue sur l'évaluation du cofinancement et la communication de l'information afférente

Le Secrétariat a décidé de ne pas formuler de mesure de gestion convenue pour actualiser la note de politique opérationnelle sur le cofinancement, car il a déjà entrepris d'actualiser ses politiques opérationnelles dans ce domaine, notamment la note de politique opérationnelle sur le cofinancement. Le Secrétariat a approuvé les orientations provisoires sur le cofinancement pour le CS7 au premier trimestre 2024. Il s'emploie actuellement à parachever la note de politique opérationnelle complète sur le cofinancement (qui s'appuie sur les orientations provisoires) en coordination avec le Département du Financement de la santé et de multiples équipes internes. La note de politique devrait être prête fin 2024 ou début 2025.

4.2 La notification des cas de tuberculose augmente, mais l'orientation vers les services de traitement et le résultat du traitement de la tuberculose pharmacorésistante restent faibles

L'Indonésie a sensiblement augmenté la notification des cas de tuberculose à la faveur de systèmes de gestion de l'information sanitaire efficaces, d'une capacité de diagnostic renforcée, d'une participation accrue du secteur privé et d'une forte appropriation politique. Cependant, la faiblesse des taux de mise sous traitement et de succès thérapeutique de la tuberculose pharmacorésistante menace la poursuite des avancées et contribue à la hausse de l'incidence et de la mortalité de la maladie.

L'Indonésie est le deuxième pays le plus touché par la tuberculose dans le monde. L'archipel concentre 10 % de la charge mondiale de morbidité et une charge importante de tuberculose pharmacorésistante.²⁹ La notification des cas de tuberculose a augmenté de 42 % entre 2019 et 2023. Le pays enregistre également un taux élevé de succès thérapeutique de la tuberculose pharmacosensible, atteignant 87 %. La direction et la participation du gouvernement ont joué un rôle déterminant dans la lutte contre la tuberculose. Un décret présidentiel de 2021 sur la tuberculose a accru l'ambition nationale et défini une méthode complète de lutte contre la maladie. L'Indonésie a pratiquement doublé le nombre de machines GeneXpert. Elle en comptait 2 250 en 2023, contre 1 158 en 2020. Le pays a déployé le système SITB, capable de fournir en temps réel des données sur les cas de tuberculose. Par ailleurs, la démarche mixte public-privé fonctionne bien. Les prestataires privés interviennent directement ; ils fournissent une assistance technique et s'investissent dans les districts prioritaires. Cependant, les avancées pourraient être mises en péril compte tenu de la hausse des taux d'incidence et de mortalité de la tuberculose, qui s'expliquent notamment par le manque d'articulation avec les services de traitement et le faible taux de succès thérapeutique de la tuberculose pharmacorésistante.

Les obstacles à la mise sous traitement des patients dont la tuberculose a été diagnostiquée et le faible taux de succès thérapeutique de la tuberculose pharmacorésistante contribuent à la hausse des taux d'incidence et de mortalité

En 2023, 16 % et 32 % des patients dont la tuberculose pharmacosensible et pharmacorésistante respectivement avait été diagnostiquée n'ont pas été placés sous traitement. Le taux de patients atteints de tuberculose pharmacosensible ne suivant aucun traitement a augmenté depuis 2021. Depuis cette même année, le taux de tuberculose pharmacorésistante chute lentement,³⁰ tout en restant élevé. De plus, les patients atteints de la forme pharmacorésistante de la maladie commencent leur traitement un mois en moyenne après le diagnostic. Ces déficiences du système de prise en charge contribuent au faible taux de succès thérapeutique de la tuberculose pharmacorésistante (56 % pour la cohorte 2021). Même si ce taux augmente,³¹ il reste très en deçà de la cible de 90 % établie par la Stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose³² à l'horizon 2025. Les lacunes du traitement, couplées au faible taux de succès thérapeutique de la tuberculose pharmacorésistante, contribuent à l'augmentation des taux d'incidence et de mortalité

²⁹ [Rapport 2023 de l'OMS sur la tuberculose dans le monde](#) – Page 2

³⁰ Lacune de traitement de la tuberculose pharmacorésistante - 39 % (2021), 35 % (2022) et 32 % (2023)

³¹ Les taux de succès thérapeutique de la tuberculose multirésistante et résistante à la rifampicine ont augmenté pour s'établir à 56 % (cohorte 2021), contre 47 % (cohorte 2019).

³² [Stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose](#) : le taux de succès thérapeutique de la tuberculose est ≥ 90 % sur l'ensemble des cas notifiés (consulté le 17 avril 2024)

de la tuberculose.³³ Selon les estimations de l'OMS, l'incidence et la mortalité de la tuberculose ont augmenté de 23 % et de 44 % respectivement entre 2019 et 2022.

Plusieurs causes principales peuvent expliquer ces faiblesses, notamment :

Manque de centrage sur les services préthérapeutiques et la mise sous traitement : Il n'existe pas de procédures opérationnelles nationales pour l'accompagnement préthérapeutique ou la mise sous traitement des formes pharmacosensible et pharmacorésistante de la tuberculose.³⁴ De plus, la stratégie nationale relative aux agentes et agents de santé communautaires (ASC) ne prévoit pas de confier les activités de prise en charge de la tuberculose aux ASC financés par les pouvoirs publics. Les seuls ASC à mener des activités de prise en charge de la tuberculose pharmacorésistante sont financés par le Fonds mondial. Cependant, ils ne sont pas chargés de suivre les patients dont on considère qu'ils ont cessé leur traitement.³⁵ Le dispositif de soutien financier à la mise sous traitement des patients atteints de tuberculose pharmacorésistante (les « zero enablers ») ne figure pas dans la conception initiale des subventions du CS6 du Fonds mondial. Il a fallu attendre la troisième année du cycle pour qu'il y soit ajouté.

Augmentation limitée du nombre de centres de traitement de la tuberculose pharmacosensible/pharmacorésistante et manque de notification des cas de tuberculose par le secteur privé : En 2023, 27 % des districts de l'Indonésie ne possédaient pas de centre de prise en charge de la tuberculose pharmacorésistante opérationnel.³⁶ Au niveau des Puskesmas, deux pour cent seulement³⁷ des centres sont en mesure de mettre les patients sous traitement contre la tuberculose pharmacorésistante. Cinquante-cinq pour cent³⁸ des centres fournissent des services de traitement de la tuberculose pharmacorésistante dans la durée, alors que le Plan stratégique national cible un taux de 100 % d'ici à fin 2024.³⁹ De plus, les interventions communautaires ne couvrent pas l'ensemble des districts prioritaires en ce qui concerne la tuberculose pharmacorésistante, et les contraintes réglementaires empêchent le recours à un système de guichet unique pour le diagnostic et le traitement de la tuberculose dans les centres Puskesmas.⁴⁰ Le peu de communication de l'information du secteur privé sur le traitement de la tuberculose⁴¹ et l'absence, dans la démarche mixte public-privé actuelle, de plan d'opération visant à renforcer le rôle du secteur privé en matière de diagnostic et de traitement de la tuberculose, limitent l'aptitude à tirer pleinement parti de ce secteur pour renforcer la prise en charge de la tuberculose.

Suivi et supervision déficients : En 2022, 50 % seulement des patients atteints de tuberculose pharmacorésistante sous traitement ont reçu un test à des fins de suivi du succès thérapeutique. Dans les districts que le BIG a visités, l'exhaustivité et l'exactitude des analyses mensuelles

³³ Selon les estimations de l'OMS, l'incidence de la tuberculose a augmenté de 312 (2019) pour s'établir à 385 (2022) ; l'incidence de la tuberculose pharmacorésistante est passée de 8,8 (2019) à 11 (2022) et la mortalité de la tuberculose (séronégative au VIH) a augmenté, passant de 34 (2019) à 49 (2022), pour 100 000 habitants ([Base de données de l'OMS sur la tuberculose](#) consulté le 17 avril 2024)

³⁴ Pas de procédures relatives au conseil psychologique ou au suivi des patients tuberculeux ni de prévention des patients qui ne commencent pas ou ne poursuivent pas leur traitement

³⁵ Les ASC/intervenants dans les villages financés par les subventions du CS6 confiées à Penabulu se concentrent sur la recherche des contacts au sein de la communauté, sans se saisir de l'opportunité de contribuer au suivi des patients index qui ne commencent pas ou ne terminent pas leur traitement.

³⁶ Centre de prise en charge programmatique de la tuberculose multirésistante

³⁷ Sur l'ensemble des Puskesmas, 1,7 % seulement (175 sur 10 453) placent les patients sous traitement contre la tuberculose pharmacorésistante. Ces 175 centres font partie d'un essai pilote visant à étendre les services de prise en charge de la tuberculose pharmacorésistante.

³⁸ Cinquante-cinq pour cent (5 760 sur 10 453) des Puskesmas fournissent des services de poursuite du traitement contre la tuberculose pharmacorésistante.

³⁹ Selon la cible du Plan stratégique national de lutte contre la tuberculose, tous les Puskesmas assureront la poursuite du traitement de la tuberculose pharmacorésistante avant fin 2024.

⁴⁰ Tous les centres de santé primaire (Puskesmas) fournissent des services de traitement sous observation directe. Le règlement 75/2014 du ministère de la Santé restreint l'installation d'appareils de radiographie thoracique dans les Puskesmas, limitant de ce fait la mise en place d'un guichet unique pour le diagnostic et le traitement de la tuberculose.

⁴¹ En 2023, 3 % (213 sur 7 695) des généralistes, 12 % (1 193 sur 9 705) des cliniques privées et 81 % (1 428 sur 1 760) des hôpitaux privés ont indiqué avoir traité des cas de tuberculose.

intermédiaires des cohortes de patients atteints de tuberculose pharmacorésistante sont faibles ⁴². Ces analyses ne sont pas menées, bien qu'elles soient planifiées dans le Plan stratégique national. Aucun des centres inspectés par le BIG n'a pu apporter la preuve d'une supervision formative au niveau des districts. Il devient de ce fait impossible de détecter les obstacles au traitement et d'y remédier.

Systèmes de données fragmentés et qualité défailante des données sur les patients : Six systèmes incompatibles d'enregistrement des données sur les patients étaient utilisés aux points de prestation de services, augmentant la charge de travail des personnels et le risque d'incohérences et d'erreurs. Vingt-huit pour cent des patients échantillonnés considérés comme étant perdus de vue dans le système de données sur la gestion de la santé SITB étaient enregistrés comme ayant commencé un traitement ou ayant été transférés vers d'autres centres selon les données du système de gestion des cas. Ces incohérences brouillent la visibilité sur le taux réel d'abandon du traitement de la tuberculose. Par ailleurs, 52 % des fiches inspectées ne contenaient pas d'informations essentielles sur le patient, par exemple le numéro de téléphone ou l'adresse postale. Il devient alors plus difficile de suivre les patients afin de vérifier l'observance du traitement.

Faible taux d'absorption des fonds alloués aux activités programmatiques clés de lutte contre la tuberculose au mois de décembre 2023 et qualité insuffisante des services : La subvention Tuberculose gérée par Penabulu enregistre un faible taux d'absorption des fonds pour la fourniture des facteurs favorisant, notamment des zero enablers (38 %) et des mesures d'incitation aux prestataires en cas de succès thérapeutique (36 %). Pour ce qui concerne la subvention Tuberculose gérée par le ministère de la Santé, l'absorption de fonds est faible pour la gestion de la cohorte de patients atteints de tuberculose pharmacorésistante (analyse mensuelle - 19 %), la formation sur les conseils liés à la tuberculose (46 %) et le suivi et la supervision au niveau des districts (31 %). La situation entraîne des difficultés de mise en œuvre aux points de prestation de services : dans les centres inspectés par le BIG, 32 % seulement des agents de soins de santé avaient reçu une formation sur le traitement et la prise en charge de la tuberculose ; aucun centre ne fournissait d'accompagnement psychologique au moment de l'inspection ; et 11 % seulement fournissaient des conseils sur l'observance du traitement. De plus, 79 % des dossiers des patients perdus de vue avant ou pendant le traitement qui avaient été échantillonnés n'indiquaient aucune preuve de suivi.

Ces causes principales seront visées par la mesure de gestion convenue numéro 2, excepté pour la fragmentation des systèmes de données.

Mesure de gestion convenue 2

Le Secrétariat du Fonds mondial travaillera avec le ministère de la Santé et Penabulu STPI afin de renforcer les services préalables au traitement et la mise sous traitement, au moyen des actions suivantes :

⁴² L'analyse mensuelle intermédiaire des cohortes est une activité menée à l'échelle des districts. Elle a vocation à accroître la mise sous traitement de tous les patients atteints de tuberculose pharmacorésistante résidant dans le district, ainsi que l'observance du traitement (KNCV). Cinquante pour cent seulement (trois sur six) des districts avaient mené cette analyse en 2023 ; tous les districts (six sur six) avaient enregistré des données erronées (SITB vs analyse mensuelle) et si 83 % (cinq sur six) des districts ont indiqué pourquoi des patients étaient perdus de vue, ces raisons n'étaient pas données systématiquement.

1. La finalisation d'une évaluation des lacunes en matière de traitement de la tuberculose pharmacosensible, afin de déterminer les mesures d'atténuation clés, et l'élaboration et l'approbation d'un plan opérationnel chiffré pour combler les lacunes prioritaires relevées par l'évaluation, comprenant une procédure opérationnelle nationale pour l'accompagnement de la tuberculose pharmacosensible avant le traitement et la mise sous traitement, notamment le rôle des agentes et agents de santé communautaires dans le suivi des patients qui ne sont pas orientés vers les services de traitement.
2. La réduction du nombre de cas de tuberculose pharmacorésistante perdus de vue, par un renforcement de la mise en œuvre des services centrés sur les patients dans le cadre de la prise en charge de cette forme de la maladie, et par le suivi et la supervision de la cohorte de patients, en particulier sur le plan de la qualité des services liés à cette forme de tuberculose.

TITULAIRE : Directeur de la Division de la gestion des subventions

DATE CIBLE : 31 décembre 2025

Décision de ne pas formuler de mesure de gestion convenue sur la fragmentation des systèmes d'information sanitaire

Le Secrétariat a décidé de ne pas formuler de mesure de gestion convenue, en soutien à l'initiative nationale de plateforme Une seule santé visant à remédier à cette faiblesse, qui supposait une collaboration avec le ministère de la Santé sur l'élaboration d'un nouveau plan opérationnel chiffré, assorti d'un calendrier clair et de jalons, définissant les rôles et les responsabilités. En lieu et place, cette activité sera accompagnée et suivie par les recommandations actuelles du Comité technique d'examen des propositions pour le CS7 et par des mesures clés d'atténuation définies par le Secrétariat, couvrant ces travaux.

4.3 Évolution positive du dépistage du VIH et nouvelles interventions de prévention, mais la mise sous traitement et l'observance insuffisantes limitent l'efficacité de l'impact du programme

Le nombre de centres de dépistage et de traitement a augmenté et des efforts ont été menés afin de déployer des activités de prévention efficaces. Cependant, l'insuffisance des mises sous traitement et de l'observance contribue à l'absence de réduction du taux de mortalité du VIH et à la prévalence élevée au sein des groupes de populations clés.

Le nombre de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) en Indonésie est estimé à 515 455⁴³ et l'épidémie est concentrée au sein des populations clés.⁴⁴ Le pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut est passé de 44 % en 2017 à 68 %⁴⁵ en 2023. Le nombre de points de dépistage et de centres de traitement du VIH a augmenté, ainsi que les initiatives visant à faire adopter les pratiques de prévention et de dépistage telles que la PrEP et l'autodépistage. Spiritia, l'une des organisations de la société civile qui reçoivent des financements pour la lutte contre le VIH, a mis en œuvre les activités clés en temps opportun, notamment des pairs aidants qui fournissent des services de suivi des patients perdus de vue.

Cependant, la mise sous traitement continue d'être problématique et de nombreux patients sous antirétroviraux abandonnent leur traitement. Le BIG avait déjà relevé ces difficultés dans son audit de 2019.

Déficience de la mise sous antirétroviraux, manque d'orientation des groupes de populations clés vers les services de traitement, faible couverture de traitement en Papouasie, et taux élevé de patients perdus de vue

En 2023, 19 % des PVVIH venant d'être diagnostiquées n'ont pas été placées sous traitement. Pour les groupes de populations clés pratiquant l'autodépistage, ce taux s'élève à 21 %.⁴⁶ Pour la cohorte 2023 de patients placés sous antirétroviraux, 28 % avaient été perdus de vue après six mois, tandis que pour la cohorte 2020, ce taux atteint 37 % après 36 mois, signe d'une tendance à l'aggravation de la situation. En Papouasie occidentale, où l'épidémie touche toute la population, le taux de patients perdus de vue est plus élevé que la moyenne nationale et la couverture de traitement antirétroviral est moins élevée (25 %). Cette situation explique en partie que 33 % seulement⁴⁷ des PVVIH soient sous antirétroviraux en Indonésie, alors que le pays vise un taux de 95 %. La prévalence du VIH est en augmentation au sein des groupes de populations clés⁴⁸ et le pays est exposé à un risque accru de pharmacorésistance aux antirétroviraux.⁴⁹ Les difficultés à placer les patients sous antirétroviraux et à garantir l'observance du traitement ont contribué à la recrudescence du nombre de décès liés au sida, jusqu'à revenir aux niveaux de 2015. L'ONUSIDA estime que 26 000 PVVIH ont perdu la vie en 2015 et autant en 2022. Depuis 2010, le taux de décès a augmenté de 60 %.

Ces faiblesses sont en partie dues aux facteurs suivants :

⁴³ <https://www.unaids.org/fr/regionscountries/countries/indonesia> - consulté le 6 mai 2024

⁴⁴ Enquête biocomportementale intégrée en Indonésie 2023 : hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (17,9 %), travailleuses du sexe (2,1 %), femmes transgenres (11,9 %) et personnes qui consomment des drogues injectables (13,7 %).

⁴⁵ Données du programme de lutte contre le VIH tirées du système de gestion de l'information sanitaire SIHA

⁴⁶ De plus, 51 % des populations clés dont le résultat de l'autodépistage fut positif n'ont pas demandé de test de confirmation, ce qui signifie qu'un nombre plus important de PVVIH ne sont peut-être pas orientées vers les services de traitement.

⁴⁷ <https://www.unaids.org/fr/regionscountries/countries/indonesia> (consulté le 6 mai 2024)

⁴⁸ Augmentation de la prévalence du VIH dans les populations clés entre 2018 et 2023 selon les enquêtes biocomportementales intégrées – hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes – de 17,9 % à 18,3 % ; personnes transgenres – de 11,9 % à 24,7 % ; et personnes consommant des drogues injectables – de 13,7 % à 17 %

⁴⁹ [ONUSIDA : VIH et résistance aux médicaments](#) (consulté le 16 avril 2024)

Absence partielle d'orientations, de systèmes et de processus nationaux : Il n'existe pas d'orientations opérationnelles nationales détaillées pour les activités pré- et post-traitement antirétroviral et pour le suivi des patients. La situation a entraîné un faible taux de mise sous traitement et un taux élevé de patients perdus de vue.⁵⁰ De plus, la définition nationale d'un patient perdu de vue ne correspond pas aux normes internationales. Selon la définition de l'OMS, un patient est perdu de vue si 28 jours se sont écoulés sans contact clinique après le dernier rendez-vous, alors que les orientations du pays le considèrent comme tel après 90 jours. Aucun système national n'a été établi en vue de suivre les patients du diagnostic jusqu'au commencement de leur traitement antirétroviral.

Intensification limitée du nombre d'agentes et d'agents de santé communautaires et difficultés de mise en œuvre de leurs interventions : Les autorités n'ont pas financé d'ASC pour les activités de lutte contre le VIH. Les seuls ASC mettant en œuvre des activités de lutte contre le VIH sont ceux qui interviennent dans le cadre des subventions du Fonds mondial gérées par une organisation de la société civile, notamment les pairs aidants pour la subvention Spiritia et les travailleuses et travailleurs de proximité pour la subvention IAC. De ce fait, la charge de travail élevée repose sur un petit nombre d'ASC : dans les 15 centres inspectés par le BIG, trois pairs aidants gèrent chacun 187 patients en moyenne. La qualité des services rendus aux bénéficiaires s'en trouve amoindrie. De plus, 16 % seulement des structures de santé travaillant avec des pairs aidants ont signé un protocole d'accord avec ces personnes. Par conséquent, l'information sur les patients n'est pas communiquée régulièrement aux pairs aidants afin de faciliter le suivi des patients et le travail des pairs aidants n'est pas systématiquement communiqué aux structures de santé.⁵¹ Enfin, le mandat des travailleuses et travailleurs de proximité ne comprend pas l'accompagnement des patients entre le diagnostic et la mise sous antirétroviraux.⁵²

Les systèmes de gestion de l'information sanitaire fragmentés et les faiblesses des données limitent la capacité de détecter, de suivre et de notifier les patients perdus de vue : Le gouvernement indonésien a commencé à rationaliser et à améliorer le paysage des systèmes de gestion de l'information sanitaire en renforçant leur compatibilité et leur intégration. Cependant, les centres inspectés par le BIG continuent d'utiliser une multitude de systèmes numériques et manuels fragmentés et non compatibles. Cela alourdit la charge de travail des agentes et agents de santé, qui doivent saisir l'information dans plusieurs systèmes, au risque d'entrer des données incomplètes et erronées. De plus, tous les centres utilisent des processus manuels de détection des patients perdus de vue ou n'ayant pas commencé de traitement. Cela augmente le risque d'omettre des patients à cause d'erreurs humaines, car aucun système ne génère d'alertes automatiques ou de rapports d'exception, comme il est de coutume dans d'autres pays. Le principal système national d'agrégation de l'information sur le VIH (SIHA 2.1) ne permet pas de générer régulièrement des rapports automatisés sur les patients perdus de vue, et les règles de validation des données ne sont pas appliquées, ce qui entraîne des irrégularités⁵³ dans l'ensemble des centres inspectés. Du fait

⁵⁰ Dans les centres inspectés par le BIG, pour 50 % des dossiers examinés, rien n'indique que des mesures ont été prises pour placer les patients séropositifs au VIH sous antirétroviraux et pour 60 % des patients échantillonnés qui avaient abandonné leur traitement, rien n'indique non plus que les centres cherchent à les replacer sous traitement.

⁵¹ L'information sur les patients perdus de vue est communiquée de façon irrégulière et informelle (verbalement ou par WhatsApp) aux pairs aidants pour le suivi et/ou l'organisation des visites à domicile. De même, le résultat des activités de suivi des patients perdus de vue est communiqué de façon irrégulière et informelle (verbalement ou par WhatsApp) au personnel des cliniques de prise en charge du VIH, ce qui complique l'évaluation de la complétude et de l'adéquation des efforts de suivi.

⁵² Le mandat des agentes et agents de proximité prend fin quand les patients sont orientés vers les services de dépistage et le mandat des pairs aidants commence uniquement après que les patients ont entamé leur traitement antirétroviral.

⁵³ Dans tous les centres inspectés utilisant le système SIHA 2.1, plusieurs dossiers indiquent une date de début du traitement antirétroviral antérieure à la date du diagnostic du VIH.

de ces faiblesses, 32 % des patients perdus de vue n'ont pas été notifiés⁵⁴ en 2023, sur l'ensemble des centres inspectés. De plus, 43 % des dossiers de patients n'ayant pas commencé de traitement antirétroviral selon les dossiers du SIHA échantillonnés⁵⁵ et 13 % des dossiers des patients perdus de vue échantillonnés contenaient des erreurs.⁵⁶ Enfin, 40 % des dossiers des patients perdus de vue selon le SIHA ne contenaient pas de coordonnées en vue du suivi.

Stigmatisation, discrimination et retards de mise en œuvre des activités clés des subventions du CS6 : La stigmatisation, la discrimination et l'absence de protection juridique des groupes vulnérables constituent un obstacle majeur au recours aux services de traitement en Indonésie. Il n'existe pas de législation protégeant de la discrimination fondée sur le statut sérologique VIH, l'orientation sexuelle ou l'identité de genre. Par ailleurs, le Parlement indonésien a approuvé un nouveau code pénal (article 408) interdisant les rapports sexuels extraconjugaux et pré-nuptiaux, et limitant la promotion de la contraception. Ces facteurs dissuadent les PVVIH de se rendre dans les structures de santé, de se faire tester et de suivre un traitement.⁵⁷ Plusieurs interventions clés⁵⁸ inscrites aux programmes des subventions gérées par le ministère de la Santé et l'IAC devaient agir sur la stigmatisation et la discrimination, mais n'ont pas été mises en œuvre. Ces activités prévoyaient un soutien aux équipes juridiques, un plaidoyer visant à réduire la stigmatisation et une éducation complète à la sexualité, autant d'éléments qui ont été inclus dans la subvention du CS7.

Mesure de gestion convenue 3

Le Secrétariat du Fonds mondial travaillera avec les récipiendaires principaux (ministère de la Santé, SPIRITIA et IAC) en coordination avec le GTT et l'instance de coordination nationale pour :

1. Élaborer des orientations opérationnelles nationales pour les activités pré- et post-traitement antirétroviral et pour le suivi des patients. Aligner la définition d'un patient perdu de vue sur celle de l'OMS afin d'améliorer l'observance du traitement.
2. Élaborer un plan d'action chiffré afin de renforcer la coordination entre les partenaires de mise en œuvre communautaires et les structures de santé, de façon à améliorer l'articulation entre les services de prévention et les services de prise en charge, à réduire le nombre de patients perdus de vue et à accélérer l'intensification de la PrEP et du dépistage de la charge virale. Il faudra notamment explorer d'autres modalités opérationnelles afin d'améliorer la différenciation des services et de fournir des services de PrEP ou de traitement antirétroviral au niveau communautaire.

TITULAIRE : Directeur de la Division de la gestion des subventions

DATE CIBLE : 30 juin 2025

⁵⁴ En comparant les résultats du système national d'agrégation de l'information sur le VIH/sida (SIHA) et les dossiers de gestion des cas.

⁵⁵ 43 % des patients échantillonnés n'ayant pas commencé de traitement antirétroviral selon le SIHA étaient en fait sous traitement et avaient été transférés vers d'autres centres ou le résultat de leur test de dépistage du VIH figurait dans le système de gestion des cas de la structure de santé.

⁵⁶ Treize pour cent des dossiers des patients perdus de vue échantillonnés contenaient des erreurs : le patient était mort, était encore sous traitement ou avait été transféré vers un autre centre, mais était indiqué comme perdu de vue.

⁵⁷ Index de stigmatisation 2020, qui renseigne également sur la divulgation non consensuelle et la discrimination, en particulier due aux personnels de santé conseillant aux femmes séropositives au VIH de pratiquer l'abstinence sexuelle (cliniques VIH : 11,3 %, cliniques non VIH : 9,3 %)

⁵⁸ Comprend l'éducation complète à la sexualité, le plaidoyer accompagné d'une application de la loi et des écoles de médecine ouvertes à l'inclusion des personnes séropositives au VIH, aux questions de genre et des droits humains ; l'implication de personnalités publiques afin de réduire la stigmatisation, l'apprentissage en ligne pour les professions parajuridiques et l'élaboration de supports fondés sur les droits.

4.4 La gestion financière et les contrôles financiers des coûts d'aide à la subsistance et du règlement des mesures d'incitation sont efficaces, mais la mise en œuvre des activités financées par le dispositif C19RM a été retardée

Penabulu et le ministère de la Santé ont établi des contrôles financiers efficaces pour protéger les dépenses liées à l'aide à la subsistance et au paiement en fonction des résultats. Cependant, l'efficacité d'utilisation des fonds du dispositif C19RM de lutte contre le COVID-19 a été entravée par les retards de planification et de déploiement de l'équipement de diagnostic financé avec ces deniers.

Des processus et des contrôles financiers solides ont été établis dans le cadre des subventions gérées par le ministère de la Santé et par Konsorsium Komunitas PENABULU-STPI (PBSTPI) afin de protéger les investissements en faveur du paiement de l'aide à la subsistance aux bénéficiaires⁵⁹ et du paiement des mesures d'incitation aux partenaires de mise en œuvre,⁶⁰ 55 millions de dollars US⁶¹ ayant été dépensés au cours du CS6. Aucun problème majeur n'a été relevé en matière de dépenses non justifiées ou de dépenses non conformes aux exigences budgétaires dans l'échantillon de transactions examinées par le BIG. Cela s'explique par la conception et l'utilisation adéquates des systèmes de gestion financière, par l'existence de guides de gestion financière complets, et par la dotation suffisante en ressources humaines dans ce département. De plus, les récipiendaires principaux, les sous-récipiendaires et les sous-sous-récipiendaires font preuve d'efficacité sur les plans de la communication et du suivi stratégique. Ils utilisent également des modes de paiement sans espèces (transferts bancaires) afin de réduire les risques et de renforcer les contrôles. Avec un financement du Fonds mondial, le PNUD a fourni une assistance technique en gestion financière au ministère de la Santé, dont les capacités dans ce domaine ont ainsi pu être renforcées.

On note également un taux élevé d'absorption financière des fonds du dispositif C19RM et de mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme ainsi financées, en raison des efforts déployés pour transférer et reprogrammer des fonds de façon volontariste. Cela étant, l'absorption et l'utilisation en temps opportun des fonds du dispositif C19RM pour les subventions Tuberculose et VIH continuent de poser problème.

Les retards de mise en œuvre des activités financées par le dispositif C19RM dans le cadre des subventions Tuberculose et VIH confiées au ministère de la Santé nuisent à la capacité de diagnostic du pays

L'utilisation des fonds du dispositif C19RM pour les subventions Tuberculose et VIH gérées par le ministère de la Santé afin de renforcer le diagnostic et le suivi a été fortement retardée. Ces fonds devaient servir à l'achat d'équipement de diagnostic (séquenceurs du génome complet)⁶² et d'appareils de radiographie thoracique, et à faire appel à des prestataires privés pour les activités

⁵⁹ Catégorie de coûts 12 : Aide à la subsistance aux clients/populations clés – couvre l'accompagnement des patients atteints de tuberculose multirésistante tout au long du traitement, notamment les dépenses d'aide aux patients et à leurs familles afin de garantir la poursuite du traitement jusqu'à son terme, et de prise en charge des coûts y afférents.

⁶⁰ Catégorie de coûts 13 : Paiement en fonction des résultats – couvre le paiement en fonction des résultats aux personnels des structures de santé prenant en charge les patients atteints de tuberculose pharmacorésistante, par exemple un paiement quand un patient tuberculeux est placé sous traitement et qu'il est suivi jusqu'à la fin de son traitement.

⁶¹ Selon le Rapport non validé sur les résultats actuels au 31 décembre 2023

⁶² Les séquenceurs peuvent faciliter la surveillance de la maladie sur les plans des mutations, du suivi de la pharmacorésistance et des modes de transmission, et aider à déterminer les traitements antirétroviraux appropriés. Ils peuvent également servir à diagnostiquer la tuberculose multirésistante. Les retards d'utilisation des séquenceurs peuvent entraver la capacité du programme national à établir une démarche plus efficace pour lutter contre le VIH et la tuberculose.

de recherche active de cas de tuberculose. Ces mesures avaient vocation à améliorer la détection des cas de tuberculose au sein des communautés et la surveillance de la maladie.

Le processus d'achat a été fortement retardé de plus de 16 mois. Par voie de conséquence, à la fin de la subvention du CS6, seule une partie des séquenceurs avait pu être livrée au pays, aucun appareil de radiographie thoracique n'avait été livré et les prestataires privés n'avaient mené aucune activité de recherche active des cas de tuberculose. Ces retards ont fortement ralenti la mise en œuvre de la recherche active des cas et limité le dépistage de la tuberculose dans les communautés, comme en témoigne le faible taux d'absorption (10 %) ⁶¹ des mesures d'incitation afférentes à cette activité dans le cadre de la subvention liée à la tuberculose. Or, ces activités sont essentielles pour la détection précoce des cas de tuberculose, sans laquelle le risque de transmission serait accru. De ce fait, une hausse de 29 % ⁶³ des cas estimatifs de tuberculose a été observée entre 2020 et 2022.

Par ailleurs, les fonds du dispositif C19RM risquent de n'être toujours pas utilisés intégralement. Au mois de décembre 2023, les taux d'absorption s'établissaient à 28 % et à 20 % pour les subventions gérées par le ministère de la Santé liées à la tuberculose et au VIH respectivement⁶⁴. Le taux d'absorption risque de rester faible, car 20 millions de dollars US supplémentaires ont été approuvés pour le dispositif C19RM en décembre 2023, alors que 42 millions de dollars US n'avaient toujours pas été dépensés ce mois-là.

Les causes profondes de ces retards d'achat et d'établissement de contrats sont de plusieurs ordres :

- Pour ce qui concerne les séquenceurs, comme il s'agit d'une nouvelle technologie, le ministère de la Santé a eu besoin de temps pour obtenir les approbations réglementaires, pour évaluer les sites et pour en confirmer la sélection. Cependant, le ministère a tardé à lancer la procédure d'achat.
- Pour ce qui concerne les appareils de radiographie thoracique, le ministère a tardé à sélectionner les centres, qui devaient être connus avant que le PNUD ne lance sa procédure d'achat. Au moment des travaux d'audit sur le terrain, la sélection des centres n'était pas terminée et aucun calendrier n'établissait de date butoir. Cette situation est liée au manque de priorité accordée à ces activités au ministère de la Santé et au manque de coordination des différents intervenants gouvernementaux.

Le Secrétariat du Fonds mondial ne propose aucune mesure de gestion convenue pour cette constatation, car les observations liées à la gestion financière revêtent une importance limitée et les livraisons financées par le dispositif C19RM devraient augmenter sur la période actuelle de mise en œuvre.

⁶³ Site web de l'OMS (nombre de cas de tuberculose estimé à 1 060 000 en 2022 et à 824 000 en 2020).

⁶⁴ Les taux d'absorption dans le pays au 31 décembre 2023 sont le reflet des achats qui ont été intégralement exécutés, livrés et transférés au gouvernement indonésien. Or, à ce moment-là, une large partie des achats dont les bons de commande avaient été approuvés n'avaient pas encore été intégralement exécutés, livrés et transférés. Une fois que ces bons de commande auront été transférés au gouvernement indonésien, les taux d'absorption dans le pays passeront à 60,50 % pour la subvention Tuberculose et à 77 % pour celle liée au VIH. Cependant, le BIG n'est pas en mesure de savoir à quelle date ces fonds seront transférés et dépensés.

Annexe A : Classification des notations d'audit et méthodologie

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

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

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

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

produits (produits fournis par le programme), des résultats (effets immédiats du programme sur les bénéficiaires) et des impacts (modifications à long terme dans la société que l'on peut attribuer au soutien du Fonds mondial).

Les audits 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 des achats et de la chaîne d'approvisionnement, à la gestion des évolutions et aux principaux contrôles financiers et fiduciaires du Fonds mondial.

Annexe B : Appétence au risque et notations des risques

En 2018, le Fonds mondial a opérationnalisé un cadre d'appétence au risque⁶⁵, fixant des niveaux d'appétence au risque recommandés pour huit principaux risques institutionnels affectant les subventions du Fonds mondial – risques eux-mêmes constitués par l'agrégation de 20 risques opérationnels. Chacun de ces risques opérationnels est noté pour chaque subvention dans un pays au moyen d'un ensemble normalisé de causes fondamentales. Il est aussi analysé sur la base d'une combinaison de scores de probabilité et de gravité afin de le qualifier sur une échelle allant de « très élevé », à « élevé », « modéré » ou « faible ». Les notations de risque des subventions individuelles sont pondérées par les montants signés des subventions afin d'obtenir un niveau de risque actuel global pour un portefeuille de pays. Une méthodologie définissant des seuils de risques élevés est appliquée (les 50 % de subventions les plus risquées sont sélectionnées) pour obtenir une note de risque pays.

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

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

Subventions du Fonds mondial en Indonésie : Comparaison des niveaux de risque du BIG et du Secrétariat

L'évaluation actualisée des niveaux de risque du Secrétariat (novembre 2023) est alignée sur l'évaluation de l'audit du BIG, à l'exception des points ci-après :

Financement de la santé : Pour le CS6, le Secrétariat n'a pas noté ce risque et n'a pas communiqué dessus. Pour le CS7, ce risque était considéré comme « modéré » au mois de février 2024. Le BIG estime que le risque est « élevé ». La notation s'explique par la constatation relative à l'insuffisance de la planification de la pérennisation et de la transition, au manque d'évaluation des exigences de cofinancement au CS6, ainsi qu'aux faiblesses du suivi et de la communication du cofinancement en temps opportun (voir la constatation 4.1). Après les travaux de terrain du BIG, le Secrétariat a mené un examen complet de la notation des risques et a accru à « élevé » le niveau de risque lié au « financement de la santé ».

⁶⁵ [Cadre d'appétence au risque](#)