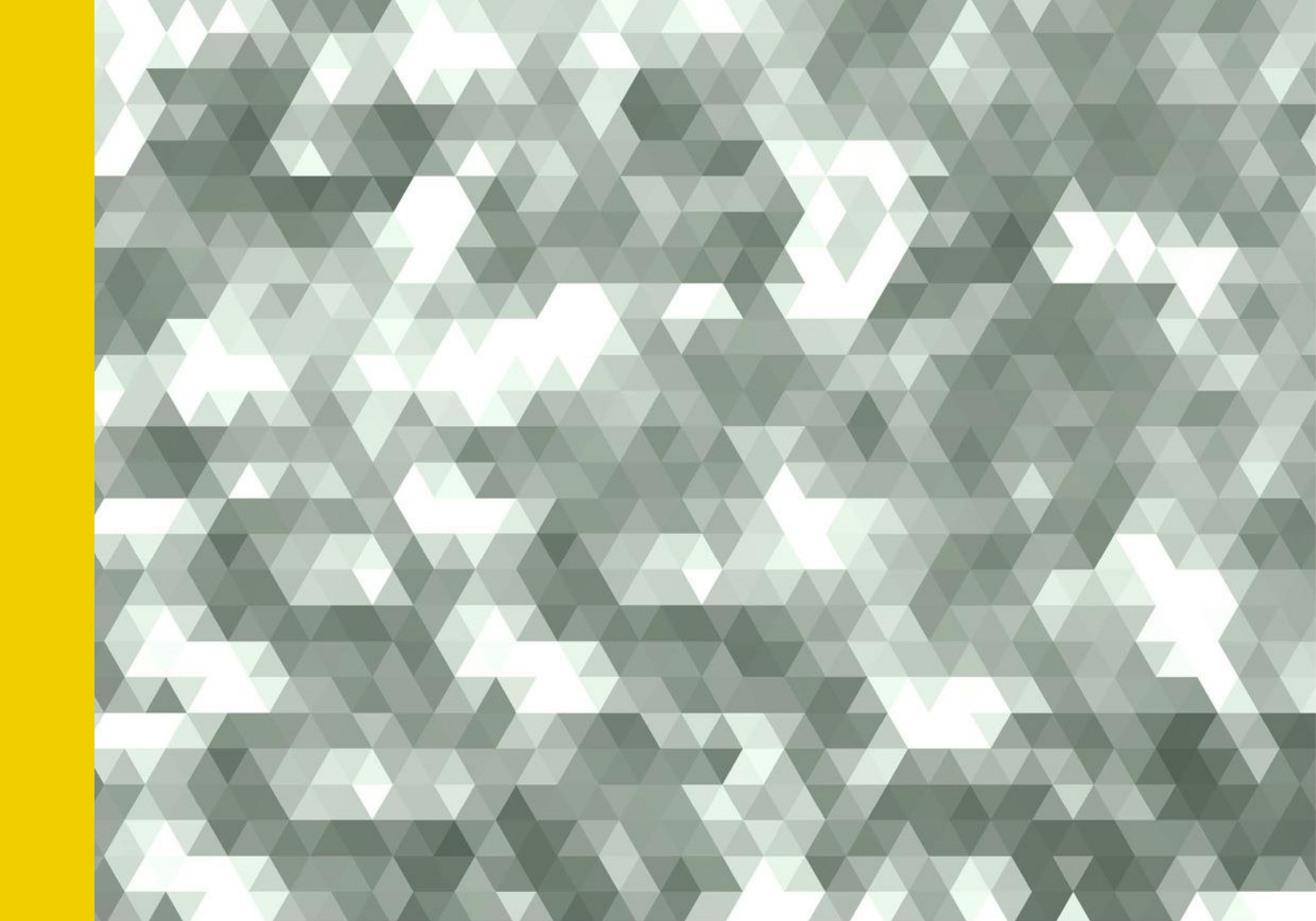




Rapport d'audit

Subventions du Fonds mondial à la République de Madagascar

GF-OIG-19-002
04 mars 2019
Genève, Suisse

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

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

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

Contactez-nous

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

Formulaire en ligne >

Disponible en anglais, français, russe et espagnol

Courriel :

ispeakoutnow@theglobalfund.org

Courrier postal :

Bureau de l'Inspecteur général
Fonds mondial
Global Health Campus
Chemin du Pommier 40
1218 Grand-Saconnex
Genève, Suisse

Service téléphonique gratuit de déclaration :

+1 704 541 6918

Message téléphonique :

+41 22 341 5258

Plus d'informations sur le BIG

www.theglobalfund.org/oig

Rapport d'audit

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

Rapport consultatif

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

Rapport d'enquête

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

Table des matières

1.	1.	Synthèse	4
	1.1.	Opinion.....	4
	1.2.	Principales réalisations et bonnes pratiques.....	4
	1.3.	Principaux problèmes et risques	5
	1.4.	Notations	6
	1.5.	Résumé des actions convenues de la Direction.....	7
2.	2.	Environnement et contexte.....	8
	2.1.	Contexte global.....	8
	2.2.	Différenciation des audits de pays par catégorie : Madagascar	8
	2.3.	Subventions du Fonds mondial dans le pays	9
	2.4.	Les trois maladies.....	10
3.	3.	Aperçu de l'audit	11
4.	3.1.	 Objectifs	11
	3.2.	Portée	11
	3.3.	Progrès au niveau des problèmes précédemment identifiés.....	11
5.	4.	Constatations	13
	4.1.	Malgré les progrès enregistrés au niveau des résultats des programmes, l'accès aux services de prise en charge du paludisme et leur qualité demeurent des problèmes majeurs.....	13
	4.2.	Les taux de dépistage et de traitement du VIH sont très inférieurs aux taux estimés de prévalence, en particulier parmi les populations clés.....	15
	4.3.	La médiocrité des données et l'insuffisance des capacités du personnel empêchent de quantifier les besoins et de prendre d'autres décisions essentielles.	17
	4.4.	Les contrôles au niveau des subventions ont effectivement permis d'éviter des irrégularités financières significatives, mais d'autres améliorations systémiques sont nécessaires pour améliorer le taux d'absorption et les résultats des subventions.	20
6.		Annexe A : Classification générale des notations d'audit	23
7.		Annexe B : Méthodologie.....	24

1. Synthèse

1.1. Opinion

Malgré un contexte d'intervention difficile, des problèmes d'accessibilité, des niveaux de développement humain faibles et des catastrophes naturelles fréquentes, les résultats des programmes se sont améliorés au cours des deux dernières années. La mortalité liée au paludisme a chuté de 33 %¹ et le nombre de patients bénéficiant de traitements contre la tuberculose multirésistante (MDR-TB) et le VIH a augmenté. Les difficultés n'ont toutefois pas disparu pour autant : l'accès aux services de prise en charge du paludisme est restreint – en particulier au niveau communautaire dans les zones difficiles d'accès, les taux de dépistage et de traitement du VIH sont nettement inférieurs aux estimations de la prévalence, et l'indisponibilité/les incohérences significatives des données affectent les prises de décisions et la supervision des données.

À Madagascar, la chaîne d'approvisionnement dispose des moyens nécessaires pour stocker et distribuer des produits de santé et la distribution des entrepôts centraux aux districts se fait notamment en temps voulu. Malgré l'important soutien des partenaires, il existe toutefois des problèmes de quantification des médicaments, en particulier concernant le paludisme, et de gestion liée des données à des fins décisionnelles. La planification des achats est problématique pour les trois maladies. Ces difficultés ont entraîné des ruptures de stock significatives au niveau central et certaines ruptures de stock/interruptions des services fournis aux patients dans des établissements locaux. La situation pourrait être améliorée grâce à une supervision efficace des données, une planification en temps voulu des achats et un renforcement des capacités du personnel tout le long de la chaîne d'approvisionnement.

Malgré des risques financiers élevés inhérents à Madagascar, l'audit (qui a porté sur l'examen de 62 % des dépenses de la période 2016-17) n'a pas identifié d'irrégularités financières majeures ni de dépenses non recevables. Ce bon résultat au niveau de la gestion financière est attribuable à des contrôles financiers supplémentaires et aux mécanismes d'assurance couvrant les investissements du Fonds mondial. Il s'agit de la présence parallèle d'un agent financier et d'un agent local du Fonds, et de la canalisation des transactions de montant élevé via des mécanismes alternatifs tels que le mécanisme d'achat groupé, les systèmes d'achat des organisations non gouvernementales internationales ou le Service pharmaceutique mondial. Les procédures financières ont également été renforcées et le logiciel financier utilisé par les bénéficiaires principaux a été perfectionné. Cependant, bien que ces contrôles aient efficacement atténué les risques relatifs à l'utilisation des fonds, le caractère limité des capacités de gestion financière au sein des programmes a retardé différents achats et autres transactions financières. Cette situation est, à son tour, partiellement responsable de la faiblesse du taux d'absorption des fonds de subvention qui n'a pas permis aux programmes d'avoir tout leur impact.

1.2. Principales réalisations et bonnes pratiques

Progrès dans la lutte contre les trois maladies : Entre 2013 et 2016, les cas de paludisme confirmés par des tests ont augmenté de plus de 30 % en raison d'une meilleure utilisation des tests de diagnostic rapide, alors que le nombre de décès liés au paludisme a chuté de 33 %¹. Le nombre de personnes vivant avec le VIH sous traitement a augmenté de 750 en 2014 à 2 321 en 2017. La politique de l'ONUSIDA qui consiste à tester, traiter et maintenir sous traitement a été adoptée, et le nombre de centres de référence a augmenté de

¹ <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259492/9789241565523-eng.pdf?sequence=1> Annexe 3 – Décès dus au paludisme déclarés, 2010–2016 page 158 - Le nombre de tests de diagnostic rapide a augmenté de 355 753 à 471 599, alors que le nombre de décès a diminué de 641 à 433.

60 à 79. Avec la mise en œuvre d'un soutien nutritionnel et socioéconomique, le taux de réussite du traitement contre la tuberculose dépasse désormais 86 % (alors que l'objectif du programme est de 85 %).

Amélioration des contrôles financiers et des mécanismes d'assurance destinés à protéger les fonds de subvention. Du fait d'un environnement marqué par des risques financiers élevés et des problèmes financiers auxquels les subventions du Fonds mondial ont été historiquement confrontées, le Secrétariat a mis en place différentes mesures de protection financière. Un agent financier international a été recruté pour examiner et valider les dépenses du ministère de la Santé et de ses sous-réциpiendaires. Un agent local du Fonds est également chargé d'examiner la gestion financière et de contrôler toutes les dépenses financées par les subventions du Fonds mondial après leur paiement. Les achats de produits de santé contre le VIH (qui étaient réalisés via l'UNICEF jusqu'en 2017) ont été confiés au mécanisme d'achat groupé du Fonds mondial en 2018. Les achats de produits de santé contre le paludisme sont effectués par l'intermédiaire de Population Services International (PSI) et les achats de produits de santé contre la tuberculose sont à la charge du Service pharmaceutique mondial. Un logiciel de comptabilité a été mis en place par les réциpiendaires des subventions et des agents supplémentaires en charge de la gestion financière ont été recrutés au niveau infranational. Ces mesures ont permis d'atténuer de façon significative les risques financiers et aucune fraude ou irrégularité significative n'a été identifiée.

Soutien aux mécanismes de la chaîne d'approvisionnement. Le Fonds mondial et ses partenaires ont soutenu différentes initiatives visant la chaîne d'approvisionnement. Le projet PAIS² mis en place en 2008 en collaboration avec le ministère de la Santé a, par exemple, permis d'intégrer et d'améliorer la gestion des produits de santé destinés à lutter contre les trois maladies. L'Union européenne a soutenu un projet ciblant la chaîne d'approvisionnement qui a fourni des ressources aux établissements de santé et amélioré l'assiduité du personnel. Deux unités de coordination logistique au sein du ministère de la Santé et des programmes ont amélioré la gestion de la chaîne d'approvisionnement. Le Fonds mondial a par ailleurs financé une assistance technique destinée à l'Unité de coordination de projet du ministère de la Santé (MOHA/UCP), laquelle a élaboré un plan d'assurance qualité pour les produits de santé dans les programmes nationaux de lutte contre les trois maladies.

1.3. Principaux problèmes et risques

Médiocrité de l'accès et de la qualité des services de prise en charge du paludisme : Plus de 60 % des 25 millions de Malgaches vivent dans des zones difficiles d'accès et dans la mesure où ils ne peuvent se rendre dans les établissements de santé, ils bénéficient d'une prise en charge du paludisme assurée dans le cadre d'une gestion communautaire des cas. Cependant, les soins contre le paludisme au niveau communautaire sont réservés aux enfants de moins de cinq ans, ce qui exclut les enfants âgés de six à quinze ans même si ce groupe de population représente, avec les femmes enceintes, plus de 40 % du nombre estimé de cas de paludisme³. Aucune donnée programmatique n'est déclarée pour les soins communautaires dans les sept régions couvertes par les programmes du Fonds mondial⁴. Ainsi, on ne dispose d'aucune information sur le nombre total de cas traités et la qualité des soins au niveau communautaire. Du fait des distances importantes et de l'absence d'indemnités de déplacement, les travailleurs de santé ne se rendent pas fréquemment dans les établissements pour reconstituer leur stock de produits de santé contre le paludisme, ce

² Programme d'Approvisionnement en Intrants de Santé.

³ Plan stratégique national de lutte contre le paludisme 2013 – 2017, page 29. Cette tendance est confirmée par une enquête épidémiologique menée par le programme national de lutte contre le paludisme dans les districts difficiles d'accès (ex : Fenoarivobe, TOLIARY II, Ifanadiana).

⁴ Au niveau communautaire, les 22 régions de Madagascar ont été réparties entre le Fonds mondial (7) et l'USAID (15).

qui entraîne des interruptions de traitement au niveau communautaire. Ces dernières sont impossibles à quantifier dans la mesure où il n'existe aucun rapport sur les résultats au niveau communautaire.

Faiblesse des taux de dépistage et de traitement du VIH : Sur les 35 000 personnes dont on estime qu'elles vivent avec le VIH⁵, 2 924 cas seulement ont été diagnostiqués et 2 321 personnes seulement sont sous traitement. Cette situation est principalement imputable à la faiblesse du taux de dépistage parmi les populations clés. Globalement, 97 241 membres des populations clés les plus exposées au risque d'infection (hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, professionnelles du sexe et consommateurs de drogues injectables) ont fait l'objet d'un dépistage dans le cadre de la subvention VIH, et seulement 0,4 % d'entre eux ont été diagnostiqués séropositifs au VIH⁶, alors que l'ONUSIDA estime un taux de prévalence de 12 %⁷. Les raisons susceptibles d'expliquer cette différence sont notamment une sensibilisation et une couverture faibles (le diagnostic et le dépistage sont exclusivement effectués par des médecins et seulement la moitié des établissements de santé proposent un dépistage du VIH), la portée limitée de la stratégie de dépistage (ex : les patients souffrant d'autres infections sexuellement transmissibles, comme la syphilis, ne font pas systématiquement l'objet d'un dépistage du VIH), l'insuffisance de la formation du personnel médical en matière de VIH et la nécessité d'actualiser les estimations de la prévalence (l'estimation Spectrum actuelle de l'ONUSIDA remonte à 2014).

Insuffisance des données et des capacités du personnel : Les données relatives aux patients et à la consommation de médicaments sont basées sur des rapports dont le contenu est limité. Par exemple, 39 % seulement des établissements déclarent des données sur la consommation de médicaments contre le paludisme, mais aucune donnée sur les patients touchés par le paludisme n'est communiquée au niveau communautaire. S'agissant du VIH, 64 % des établissements de prise en charge du virus déclarent des données sur les patients. Des inexactitudes majeures ont également été découvertes dans les données déclarées relatives aux patients atteints de paludisme. Le caractère limité de ces données entrave la quantification des besoins de médicaments (laquelle est fonction des patients et de la consommation de médicaments, ce qui contribue aux ruptures de stock tant au niveau central que des établissements) et impacte aussi la fiabilité des résultats des programmes. L'une des causes fondamentales tient à l'insuffisance de la supervision au niveau central et des districts. En outre, le faible nombre de pharmaciens formés (seulement deux pour les sept maîtres d'œuvre des subventions au niveau national et seulement un pour les 18 structures infranationales contrôlées) contribue à des pratiques incohérentes et erronées de gestion de la chaîne d'approvisionnement, lesquelles ont retardé la planification des approvisionnements.

1.4. Notations

	Objectif 1: Mécanismes de gestion et de supervision du programme pour assurer la qualité des services et fournir des données fiables pour la prise de décision. Notation: Nécessite une nette amélioration.
	Objectif 2. Mécanismes de la chaîne d'approvisionnement pour fournir aux patients des médicaments achetés dans le cadre des programmes du Fonds mondial. Notation: Partiellement efficace.

⁵ <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/madagascar>.

⁶ L'estimation de la taille totale des populations clés est de 788 328, d'où plus de 12 % de cette population ont fait l'objet d'un dépistage.

⁷ Direction de la lutte contre les IST/sida (DLIS) – La prévalence est de 14,7 % chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et de 8,4 % chez les consommateurs de drogues injectables.

Objectif 3. Gestion financière et contrôles en place pour les fonds de subvention.

Notation: Partiellement efficace.

1.5. Résumé des actions convenues de la Direction

Le Secrétariat, en collaboration avec le Ministère de la santé publique et ses partenaires, soutiendra les efforts visant à élaborer un plan chiffré pour étendre la gestion des cas de paludisme au niveau communautaire aux enfants de plus de 5 ans. Le Secrétariat cherchera également à élaborer un protocole et un plan de travail pour mener une enquête sur la prévalence du VIH. Pour la qualité des données, le Secrétariat investira dans l'amélioration et la simplification des outils de collecte de données sur le paludisme au niveau communautaire, ainsi que des outils nationaux de suivi et d'évaluation (tableaux de bord, supervisions et outils de retour d'informations) sur le VIH et la tuberculose. Le Secrétariat soutiendra également les efforts visant la planification et des processus d'approvisionnement plus efficaces et plus rapides, ainsi que des formations dans la gestion des stocks.

2. Environnement et contexte

2.1. Contexte global

Madagascar est une grande île d'une superficie de 587 047 km² située à l'est du Canal du Mozambique⁸. On estime la population nationale à 25 millions d'habitants⁹ dont 64 % vivent dans des zones rurales⁹. 49 % des Malgaches ont moins de 15 ans¹⁰. Au plan administratif, Madagascar est divisé en 22 régions, 119 districts, 1 579 cantons et 17 500 villages (fokontany)⁸.

Madagascar est un pays à revenu faible qui se classe au 158^{ème} rang des 188 pays de l'Indice de développement humain¹¹. Le pays est à la 155^{ème} place sur 180 dans l'Indice de perception de la corruption de Transparency International¹² et le BIG et d'autres partenaires de développement ont identifié dans le passé des irrégularités financières majeures au niveau des subventions examinées. Un relief accidenté, des infrastructures routières limitées et une saison des pluies qui dure de quatre à cinq mois par an¹³ rendent difficile l'accès à 60 % du territoire du pays. En outre, Madagascar est vulnérable aux catastrophes naturelles telles que les cyclones, les inondations et les sécheresses, et un quart de la population vit dans des zones à haut risque⁶.

Le système de santé malgache est fragile, avec des effectifs de santé et un accès aux soins limités¹⁴. Pour 60% des habitants, le centre de santé primaire le plus proche se situe à plus de 5 km et les soins sont administrés par des services de santé communautaires¹¹.

2.2. Différenciation des audits de pays par catégorie : Madagascar

Le Fonds mondial a classé les pays dans lesquels il finance des programmes en trois grandes catégories de portefeuille : 'ciblé', 'essentiel' et 'à fort impact'. Ces catégories sont principalement définies en fonction de l'ampleur du montant d'allocation, de la charge de morbidité et de l'impact sur la mission du Fonds mondial de mettre fin aux trois épidémies. Les pays peuvent aussi être classés en deux catégories transversales : ceux qualifiés de 'contexte d'intervention difficile' et ceux assujettis à une Politique de sauvegarde supplémentaire. Les contextes d'intervention difficiles sont des pays ou régions caractérisés par la faiblesse de leur gouvernance, un mauvais accès aux services de santé et des crises naturelles ou provoquées par l'homme. La Politique de sauvegarde supplémentaire représente un ensemble de mesures additionnelles susceptibles d'être mises en place par le Fonds mondial pour renforcer les contrôles budgétaires et de supervision dans un environnement particulièrement risqué. Madagascar est un portefeuille :

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

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

⁹ https://www.indexmundi.com/madagascar/demographics_profile.html.

¹⁰ https://www.indexmundi.com/madagascar/age_structure.html.

¹¹ <http://hdr.undp.org/en/composite/HDI>.

¹² Selon l'Indice de perception de la corruption de Transparency International 2017 - <https://www.transparency.org/country/MDG>.

¹³ Note conceptuelle. Nouveau modèle de financement de la lutte contre le VIH, page 3.

¹⁴ Profil de pays SRPS pour Madagascar. Il indique 0,5 agent de santé pour 1 000 habitants (référence 5,94 pour 1 000 habitants) et 0,1 lit d'hôpital pour 1 000 habitants (référence 3 lits pour 1 000 habitants).

Et à

Contexte d'intervention difficile

X Politique de sauvegarde supplémentaire

2.3. Subventions du Fonds mondial dans le pays

Le Fonds mondial a signé des accords de subvention d'un montant supérieur à 403 millions de dollars et décaissé 356 millions de dollars depuis 2004 pour lutter contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme à Madagascar.

Au 31 décembre 2017, le portefeuille se composait des subventions suivantes :

Code de la subvention	Composante	Réципиendaire principal	Montant signé (USD)	Période de la subvention
MDG-H-PSI	VIH	Population Service International (PSI)	7 551 235	01/07/2016 au 31/12/2017
MDG-H-SECNLS	VIH	Secrétariat exécutif du Comité national de lutte contre le sida (SE-CNLS)	8 992 832	01/07/2016 au 31/12/2017
MDG-M-PSI	Paludisme	Population Service International (PSI)	40 551 408	01/07/2016 au 30/06/2018
MDG - M-MOH	Paludisme	Ministère de la Santé publique	18 879 934	01/07/2016 au 30/06/2018
MDG-T-ONN	Tuberculose	Office national de nutrition (ONN)	6 765 890	01/04/2016 au 31/07/2017
Total			82 741 299	

Le Fonds mondial soutient également des activités transversales de renforcement du système de santé dans le cadre des subventions Paludisme.

Les programmes de lutte contre le paludisme et le VIH ont des maîtres d'œuvre doubles : une entité publique et une organisation non gouvernementale internationale. Le programme de lutte contre la tuberculose est mis en œuvre par un réципиendaire principal public. Les programmes sont mis en œuvre par 21 sous-réципиendaire, notamment les programmes nationaux de lutte contre les trois maladies.

Les subventions du Fonds mondial sont consacrées à hauteur de 59 % environ aux produits de santé et aux coûts d'achat/de fourniture liés. Les produits de santé contre le VIH ont été achetés par l'intermédiaire de l'UNICEF jusqu'en janvier 2018, mais cette fonction a depuis été confiée au mécanisme d'achat groupé du Fonds mondial. Les achats de produits de santé contre le paludisme sont réalisés par le siège de PSI (unité centrale d'achat) et les achats de produits de santé contre la tuberculose sont assurés par le Service pharmaceutique mondial. La centrale publique d'achat des médicaments (Centrale d'achats de médicaments essentiels et de matériel médical – SALAMA) est chargée du stockage et de la distribution des produits de santé contre les trois maladies.

2.4. Les trois maladies



VIH/sida : Le Fonds mondial est le plus important donateur de la lutte contre le VIH. Il a couvert 94 % de l'ensemble des financements consacrés à lutter contre le VIH durant la période 2016-2017¹⁵.

L'épidémie de VIH est concentrée parmi les populations clés.

2 321 personnes sont actuellement sous traitement antirétroviral¹⁶

0,2 % : prévalence du VIH parmi la population générale

12 % : prévalence du VIH parmi les populations clés.

31 000 : nombre estimé d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH¹⁷



Paludisme : Le Fonds mondial a couvert 60 % de l'ensemble des financements consacrés à lutter contre le paludisme durant la période 2016-2017^{18,23}.

Le paludisme est endémique dans 90 % des régions. La maladie est la 6^{ème} principale cause de décès pour l'ensemble des groupes d'âge¹⁹.

1 504 000 : nombre estimé de cas de paludisme en 2016²⁰

443 : nombre de décès liés au paludisme déclarés en 2016²¹



Tuberculose : Le Fonds mondial a couvert 69 % de l'ensemble des investissements consacrés à lutter contre la tuberculose durant la période 2016-2017.

13 000 : estimation de la mortalité liée à la tuberculose en 2016

29 385 : nombre de cas de tuberculose notifiés²² en 2016

49 % : taux de couverture du traitement contre la tuberculose en 2016

86 % : taux de réussite du traitement

210 : nombre estimé de cas de tuberculose multirésistante en 2016

¹⁵ Analyse de l'insuffisance de financement à partir des demandes de financement soumises pour la période 2016 – 2017.

¹⁶ Rapport d'activité du Programme national de lutte contre les IST/sida (DLIS)

¹⁷ <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/madagascar>.

¹⁸ Service des statistiques sanitaires 2013.

¹⁹ http://www.who.int/malaria/publications/country-profiles/profile_mdg_en.pdf.

²⁰ http://www.who.int/malaria/publications/country-profiles/profile_mdg_en.pdf.

²¹ https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO_HQ_Reports%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FTBCountryProfile&ISO2=MG&LAN=EN&outtype=html.

3. Aperçu de l'audit

3.1. Objectifs

L'audit a spécifiquement cherché à évaluer l'efficacité :

- des mécanismes de la chaîne d'approvisionnement pour fournir aux patients des médicaments contre les trois maladies achetées par les programmes du Fonds mondial,
- des mécanismes de gestion et de supervision des programmes pour garantir la qualité des services et fournir des données fiables à des fins décisionnelles,
- de la gestion financière et des contrôles en place couvrant les fonds de subvention.

3.2. Portée

L'audit a été réalisé conformément à la méthodologie décrite dans l'Annexe. Il a couvert la période allant de juillet 2016 à mars 2018. Il a porté sur l'ensemble des cinq subventions actives durant la période comprise entre avril 2016 et le 31 décembre 2017. Compte tenu des risques financiers élevés identifiés dans l'évaluation initiale des risques, plus de 60 % des dépenses totales des subventions (achats locaux compris) ont été examinées²³. Dans le cadre du travail sur le terrain, le BIG s'est rendu dans 18 établissements de santé, entrepôts et bureaux administratifs de santé²⁴.

3.3. Progrès au niveau des problèmes précédemment identifiés

Le BIG a réalisé un audit à Madagascar en 2010, lequel était axé sur le récipiendaire principal Population Service International (PSI). Il a permis d'identifier différents problèmes, notamment la disparition de 143 738 moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée, des médicaments périmés et des dépenses non recevables de 215 066 dollars²⁵.

Le BIG a mené une enquête couvrant les achats et les transactions chez quatre récipiendaires principaux entre 2009 et 2012. Celle-ci a mis en évidence des achats réalisés à des prix très nettement supérieurs aux prix de marché, entraînant des surfacturations évaluées à 462 670 dollars, ainsi que des dépenses non conformes estimées à 1,16 million de dollars, notamment des irrégularités dans les procédures d'appels d'offres pour des campagnes de pulvérisation et des équipements de laboratoire. Du fait de ces constatations, trois des récipiendaires principaux n'ont pas été

Précédentes missions du BIG dans la République de Madagascar

1. Audit des subventions du Fonds mondial à Population Services International Madagascar - GF-OIG-10-020.
2. Rapport d'enquête sur les activités de passation de marchés des récipiendaires principaux de la subvention au titre du mécanisme « National Strategy Application » attribuée par le Fonds mondial pour la lutte contre le paludisme à Madagascar - GF-OIG-13-052.

²³ Cela a inclus l'examen de 2 355 transactions financières réalisées en 2016-17. L'échantillon a inclus un nombre représentatif d'opérations de toutes tailles choisies à partir d'un échantillon de population stratifié.

²⁴ Cela inclut deux directions régionales de santé (Directions Régionales de la Santé Publique ou DRSP), trois bureaux de district (Services de District de Santé Publique ou SDPS) dont des entrepôts de district, sept centres de santé primaire (Centres de Santé de Base ou CSB), trois hôpitaux de référence (Centres Hospitaliers Universitaires ou CHU) et des Centres Hospitaliers de Référence de District (CHRD), deux centres régionaux de traitement de la tuberculose (CRTL), un centre TTR pour le VIH (test, traitement et maintien sous traitement).

²⁵ Cela a inclus des coûts communs surfacturés, des primes et des avantages non recevables pour le personnel, et des différences importantes dans les données déclarées.

retenus pour des subventions ultérieures et ne sont actuellement pas chargés de la mise en œuvre des subventions du Fonds mondial. L'Équipe de pays a nommé un agent financier en 2016 pour qu'il contrôle les transactions au titre de la subvention Paludisme octroyée au ministère de la Santé et pour renforcer les capacités du programme de lutte contre le paludisme. Ces mesures et d'autres ont fortement renforcé les contrôles financiers (voir le détail dans la Constatation 4.3).

4. Constatations

4.1. Malgré les progrès enregistrés au niveau des résultats des programmes, l'accès aux services de prise en charge du paludisme et leur qualité demeurent des problèmes majeurs.

Le Plan stratégique national de lutte contre le paludisme est aligné sur les recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et sa mise en œuvre bénéficie du soutien de différentes parties prenantes qui se réunissent régulièrement au sein du Comité Faire reculer le paludisme. Environ 1,5 million de personnes ont fait l'objet d'un dépistage du paludisme en 2016, soit deux fois plus qu'en 2010, et plus de 18 millions de moustiquaires ont été distribuées tout le long de 2016²⁶. Des problèmes significatifs subsistent cependant :

- **Services dans les zones difficiles d'accès :** Quatorze des 25 millions d'habitants de Madagascar vivent dans des zones éloignées²⁷. Ces populations sont supposées recevoir des soins contre le paludisme dispensés par des travailleurs de santé communautaires. Cependant la gestion communautaire des cas rencontre différentes difficultés qui empêchent la fourniture de services de qualité :
 - Faible couverture des services : Au niveau communautaire, la prise en charge du paludisme n'est assurée que pour les enfants de moins de cinq ans. Les femmes enceintes et les enfants âgés de 6 à 15 ans – qui constituent plus de 40 % des cas de paludisme – sont exclus des soins communautaires²⁸. Cette situation est imputable au fait que les travailleurs de santé communautaires ont été recrutés dans le cadre d'un programme spécifique, le PECIMEC²⁹, qui ciblait les enfants de moins de cinq ans. Le Plan stratégique national de lutte contre le paludisme 2018-2020 étendra les soins communautaires aux enfants de plus de cinq ans, mais les femmes enceintes ne seront toujours pas couvertes par ces soins.
 - Absence de données sur la prise en charge du paludisme au niveau communautaire : Jusqu'à 2017, aucune donnée programmatique relative aux activités des travailleurs de santé communautaires n'a été déclarée par les sept régions³⁰ couvertes par le Fonds mondial. Cette situation est imputable au fait que les coûts relatifs aux mesures d'incitation, à la supervision et à l'établissement de rapports n'ont pas été budgétisés au niveau des subventions du Fonds mondial pour en garantir l'efficacité. Ainsi, on ne dispose d'aucune visibilité des cas totaux traités au niveau communautaire ni d'informations permettant de savoir si la prise en charge du paludisme est adéquate dans ces régions
 - Capacités limitées des travailleurs de santé communautaires : Seulement 46 % des 34 000 travailleurs de santé communautaires ont reçu une formation de remise à niveau sur le paludisme depuis 2011. Les formations de remise à niveau sont réparties entre les différents partenaires et seulement 35 % des 10 176 travailleurs de santé communautaires devant être formés dans le cadre des subventions du Fonds mondial ont effectivement bénéficié de la formation. Cette situation est principalement imputable à l'intervention

²⁶ <https://www.theglobalfund.org/en/portfolio/country/?loc=MDG&k=8fb62e59-521e-4728-9cbo-375a01e2dedb>.

²⁷ Source : Sectorisation des 22 régions de Madagascar année 2017 (SDSP). Les « zones difficiles d'accès » sont des zones situées à cinq kilomètres au moins du centre de santé le plus proche et auquel on ne peut accéder qu'à pied.

²⁸ Plan stratégique national de lutte contre le paludisme 2013 – 2017, page 29. Cette tendance est confirmée par une enquête épidémiologique menée par le programme national de lutte contre le paludisme dans des districts difficiles d'accès (ex : Fenoarivobe, TOLIARY II, Ifanadiana).

²⁹ PECIMEC : Gestion intégrée des cas de maladies infantiles au niveau communautaire. Le programme est principalement cofinancé par différents partenaires dont l'USAID et l'UNICEF.

³⁰ Au niveau communautaire, les 22 régions de Madagascar sont réparties entre le Fonds mondial (7) et l'USAID (15).

limitée de la direction des sous-réceptaires en charge des formations³¹. Bien que des formations aient été ultérieurement externalisées pour accélérer leur mise en œuvre, la décision a été prise avec beaucoup de retard. Cela affecte la qualité des services en raison du taux de rotation des employés et de l'attrition du personnel formé, des évolutions des protocoles de prise en charge du paludisme et du besoin d'actualisation des compétences.

- **Problèmes d'accessibilité :** Combinée à l'absence d'indemnités, la distance importante entre les communautés et l'établissement de santé le plus proche empêche les travailleurs de santé de se rendre fréquemment dans les établissements et de reconstituer leurs stocks de produits contre le paludisme, ce qui entraîne des interruptions de traitement imputables à des ruptures de stock au niveau communautaire. En l'absence de données à ce niveau, il est impossible pour les programmes de suivre la disponibilité des produits de santé et de prévenir les ruptures de stock ou d'y réagir.
- **Absence de supervision des soins communautaires :** Conformément au Plan stratégique national de lutte contre le paludisme, les activités des travailleurs de santé communautaires doivent être supervisées par les centres de santé de base (CSB). Cependant, cette supervision n'est pas réalisée en raison, principalement, du caractère limité des ressources des CSB et de la difficulté d'accès aux zones couvertes par les travailleurs communautaires de santé. Ainsi, aucune supervision des soins communautaires dispensés par les travailleurs de santé communautaires n'est effectuée.
- **Problèmes affectant la chaîne d'approvisionnement et ruptures de stock dans les centres de santé de base (CSB) :** Ces facteurs contribuent également à l'interruption des traitements et au fait que les directives nationales de lutte contre le paludisme soient très mal respectées. Par exemple, six des sept établissements visités étaient affectés par des ruptures de stock de CTA allant jusqu'à deux semaines – entraînant des interruptions de traitement. On a en moyenne dénombré un total de 87 jours de ruptures de stock en 2017. Cette situation s'est traduite par le fait qu'environ 20 % des cas de paludisme sans complication ont été traités à la quinine dans trois de ces établissements, et ce bien que la quinine soit un médicament de deuxième intention destiné à ne traiter que les cas de paludisme grave. De même, du fait des ruptures de stock de tests de dépistage rapide du paludisme durant jusqu'à trois semaines, deux des sept établissements visités ont fourni des CTA à tous les patients durant cette période en s'appuyant sur le diagnostic clinique, mais sans obtenir confirmation des cas au moyen des tests rapides – comme requis en vertu des directives de traitement.

Action convenue de la Direction

Le Secrétariat, en collaboration avec le ministère de la Santé publique et ses partenaires, soutiendra les efforts visant à :

- Développer un plan chiffré pour étendre la gestion des cas de paludisme au niveau communautaire aux enfants de plus de 5 ans;
- Améliorer les outils de collecte de données au niveau de la communauté pour faciliter la saisie de la date au niveau du district.

Titulaire : Directeur de la Division de la gestion des subventions

Date cible : 31 décembre 2019

³¹ Direction de la Santé familiale.

4.2. Les taux de dépistage et de traitement du VIH sont très inférieurs aux taux estimés de prévalence, en particulier parmi les populations clés.

Madagascar a enregistré des progrès dans la lutte contre le VIH/sida grâce à une augmentation du nombre de patients sous traitement antirétroviral, de 750 environ en 2014 à 2 321 en 2017³². Le pays a adopté la stratégie « Tester – Traiter – Maintenir sous traitement » de l'ONUSIDA en 2016³³. À cette fin, le nombre de centres de prise en charge du VIH a augmenté de 45 à 79 (mars 2018). En outre, la numération des CD4 n'est plus obligatoire pour mettre les patients séropositifs au VIH sous traitement, d'où un démarrage précoce du traitement – ce qui réduit les risques de poursuite de la transmission grâce à une diminution de la charge virale des patients.

Cependant, les taux de diagnostic et de mise sous traitement demeurent très faibles. Sur les 35 000 personnes dont on estime qu'elles vivent avec le VIH³⁴ dans le pays, seulement 2 924 ont été diagnostiquées séropositives au VIH et 2 321 patients seulement ont été mis sous traitement. Il existe plusieurs causes fondamentales possibles pour expliquer cette différence entre la charge estimée de la maladie et le nombre de personnes sous traitement :

- *Taux de dépistage faible parmi les populations clés* : Parmi les populations clés ayant fait l'objet d'un dépistage en 2017, le nombre de séropositifs identifiés demeure très inférieur aux estimations de prévalence. Seulement 0,4 % des 97 241 membres³⁵ des populations clés très exposés au risque d'infection (hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, professionnelles du sexe et consommateurs de drogues injectables) soumis à un dépistage ont été diagnostiqués séropositifs au VIH, alors que le taux de prévalence actuellement estimé par l'ONUSIDA s'établit à 12 %. Ce chiffre inclut 1 % de tests positifs pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes – contre une prévalence estimée de 14,7 %, 0,4 % de tests positifs pour les professionnelles du sexe – contre une prévalence estimée de 5,6 % et 0,1 % de tests positifs pour les consommateurs de drogues injectables – contre une prévalence estimée de 8,4 %³⁶. Le bas niveau des taux concernant les populations clés pourrait être dû à :
 - *Sensibilisation et couverture faibles* : Le diagnostic et le test de dépistage peuvent exclusivement être réalisés par du personnel médical et les membres de la communauté ou les pairs ne peuvent s'y substituer. Les personnes vivant avec le VIH ne disposent pas nécessairement d'un accès facile aux médecins, principalement en raison de la stigmatisation et d'une sensibilisation de faible niveau au VIH. En outre, la moitié seulement des établissements de santé proposent un dépistage du VIH à Madagascar.

Ce risque est corroboré par les résultats de l'audit du BIG tirés de deux centres de prise en charge du VIH (couvrant 41 % des nationaux séropositifs au VIH identifiés), selon lesquels près de 50 % des patients ont été diagnostiqués à un stade tardif (stade clinique 3 ou 4 de l'OMS). Une sensibilisation efficace aurait permis d'éviter une détection tardive.

³² Rapport annuel d'activité 2017 du Programme national de lutte contre le sida et les infections sexuellement transmissibles.

³³ La stratégie de l'ONUSIDA impose que 90 % du nombre estimé de personnes vivant avec le VIH soient identifiées, que 90 % des patients identifiés soient mis sous traitement et que 90 % des personnes recevant une thérapie soient maintenues sous traitement. Le traitement doit être commencé indépendamment du nombre de CD4 des patients.

³⁴ <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/madagascar>.

³⁵ Le nombre total estimé des membres des populations clés s'élève à 788 328, d'où plus de 12 % de ces populations ont fait l'objet d'un dépistage.

³⁶ Les membres des populations clés dépistés vivent tous dans 37 villes identifiées en 2014 comme étant les zones où le risque d'infection est le plus élevé. Les données proviennent de la Direction de la lutte contre les IST/sida (DLIS).

- Portée limitée de la stratégie de dépistage : Certaines personnes très exposées au risque d'infection ne font pas l'objet d'un test de dépistage. Par exemple, les partenaires sexuels des patients séropositifs au VIH que ces derniers ont aiguillé vers le test ne sont pas soumis à un dépistage. De même, les patients souffrant d'autres infections sexuellement transmissibles ne font pas systématiquement l'objet d'un dépistage du VIH. Par exemple, malgré une prévalence élevée de la syphilis, seulement 8,2 % des patients atteints de syphilis ont été soumis à un dépistage du VIH en 2016.
- Capacités et formations : Environ 97 % des membres du personnel médical du pays n'ont reçu aucune formation à la prise en charge du VIH et aux critères de dépistage³⁷.
- Nécessité d'actualiser les estimations de prévalence : La prévalence réelle de la maladie peut être très différente des estimations de prévalence de l'ONUSIDA dont les chiffres actuels sont basés sur les données de 2014 de son logiciel Spectrum. L'ONUSIDA pense que les estimations révisées pourraient être encore plus élevées du fait de différents facteurs techniques (ex : tendances régionales, âge du premier rapport sexuel, tourisme, etc.), mais reconnaît qu'il est nécessaire d'actualiser l'indicateur pour établir les vraies raisons de cette différence.
- Lacunes au niveau du suivi des patients : Le suivi des patients séropositifs au VIH qui permet d'évaluer leur état médical – obligation inhérente aux protocoles de traitement – demeure également restreint, même si certaines améliorations ont été observées au cours des trois dernières années. Seulement 25 % des patients séropositifs au VIH ont bénéficié d'un test de leur charge virale en 2017, en raison principalement du nombre limité de centres pour les prélèvements sanguins (cinq seulement pour l'ensemble du pays). L'adoption de la stratégie Tester – Traiter – Maintenir sous traitement se traduira sans doute par une augmentation de la demande de tests de la charge virale, cependant il n'existe qu'un seul laboratoire qui propose actuellement ce service dans le pays.

Action convenue de la Direction

Le Secrétariat, en collaboration avec le Ministère de la santé publique et ses partenaires, soutiendra les efforts visant à élaborer un protocole et un plan de travail chiffré afin de mener une enquête sur la prévalence du VIH.

Titulaire : Directeur de la Division de la gestion des subventions

Date cible : 31 décembre 2019

³⁷ Seulement 78 « médecins référents » ont été formés, ce qui représente moins de 3 % du nombre total de médecins à Madagascar.

4.3. La médiocrité des données et l'insuffisance des capacités du personnel empêchent de quantifier les besoins et de prendre d'autres décisions essentielles.

Les données relatives à la chaîne d'approvisionnement et aux programmes sont très incomplètes en raison du caractère limité des comptes rendus. Les données qui sont communiquées comportent également des inexactitudes importantes. Ces problèmes ont un impact sur la qualité de la quantification des besoins et l'évaluation des résultats des programmes. De surcroît, les retards et la mauvaise coordination des parties prenantes au niveau de la planification des achats, et le manque de personnel chargé de la chaîne d'approvisionnement au niveau central et des établissements contribuent aussi à l'indisponibilité des médicaments et aux interruptions de traitement.

Disponibilité et fiabilité des données

Pour les trois maladies, le processus de quantification est basé sur les données relatives à la morbidité et à la consommation de médicaments. Cependant, les communautés ne déclarent aucune donnée et peu d'établissements de santé publient des informations aux fins du calcul de ces statistiques.

S'agissant de la consommation de médicaments contre le paludisme, 39 % seulement des médicaments distribués sont notifiés et les données sur la morbidité n'incluent pas les cas au niveau communautaire. Aucune donnée n'est communiquée pour les CTA consommées ou les patients traités dans le cadre des subventions du Fonds mondial à l'échelon des communautés. Dans trois de sept établissements visités, des différences de jusqu'à 20 % ont été découvertes concernant les données déclarées pour des indicateurs tels que le « Nombre de cas confirmés de paludisme traités par CTA ». Les cas non traités étaient comptabilisés comme traités une fois l'ordonnance délivrée – sans tenir compte des ruptures de stock de CTA.

S'agissant du VIH, des données sont disponibles concernant la consommation de médicaments. Cependant, seulement 64 % des établissements de santé avaient transmis des rapports sur les données relatives aux patients en décembre 2017. Pour des indicateurs spécifiques, tels que le « Taux de survie des patients séropositifs au VIH sous traitement », seuls 31 % des 45 centres de prise en charge du VIH avaient communiqué les données requises. Dans certains cas, les données déclarées au niveau central diffèrent de façon significative (écarts de jusqu'à 15 %) des données venant des établissements de santé – qui en sont la source principale.

Ces problèmes de données contribuent à l'écart entre les hypothèses utilisées pour quantifier et distribuer les médicaments, d'une part, et les résultats réels, d'autre part. En ce qui concerne les tests de diagnostic rapide et les CTA de première intention contre le paludisme, les hypothèses de quantification par groupe d'âge étaient, par exemple, très différentes du nombre cas effectivement traités³⁸. Cette situation a contribué à réduire les stocks régulateurs de tous les médicaments contre le paludisme, avec moins de trois mois de stocks pour l'ensemble des produits en avril 2018. Elle est aussi à l'origine de ruptures de stock de CTA³⁹ et de tests de diagnostic rapide de plus d'un mois au niveau central. Des ruptures de stock ont été observées dans des établissements de santé : six des sept centres visités étaient en rupture

³⁸ Selon les dossiers de quantification des bénéficiaires principaux pour 2017, les cas étaient budgétisés comme suit : 16 % chez les nourrissons, 45 % chez les enfants d'un à cinq ans, 20 % chez les enfants de six à treize ans et 19 % chez les adultes. Cependant, les cas réels étaient : 1 % chez les nourrissons, 25 % chez les enfants d'un à cinq ans, 40 % chez les enfants de six à treize ans et 34 % chez les adultes.

³⁹ Des ruptures de stock de CTA pour les enfants de six à treize ans et pour les adultes ont été observées.

de stock de CTA et deux établissements contrôlés étaient en rupture de stock de tests de diagnostic rapide, ce qui a entraîné des interruptions de traitement de jusqu'à deux semaines. Cette situation s'est traduite par des résultats déclarés très inférieurs aux objectifs du cadre de résultat concernant le dépistage et le traitement du VIH, ainsi que pour les indicateurs du paludisme au niveau communautaire, à certaines périodes.

S'agissant de l'inexactitude des données, l'une des principales causes fondamentales est l'inefficacité de la supervision des établissements de santé. En ce qui concerne le paludisme, seulement 26 % des 224 missions prévues de supervision des districts par le niveau central ont eu lieu. Dans les trois districts visités, aucune supervision des centres de santé de base (CSB) n'a été effectuée par les autorités des districts (SPSD) malgré l'attribution de budgets à cet effet. En ce qui concerne le VIH, aucune mission de supervision n'a été réalisée dans deux centres de santé couvrant près de 41 % des cas déclarés en 2016/2017. Les principales raisons à l'origine de l'absence d'activités de supervision sont notamment : des problèmes de virement des financements de supervision aux centres des districts (SPSD) – lesquels sont imputables à l'absence de comptes bancaires, et le non-remboursement d'anciennes avances de financement de supervision par les districts – ce qui empêche de leur verser de nouvelles avances. La portée et le financement des missions de supervision ne sont pas coordonnées au niveau central et des districts, ce qui a aussi un impact sur la planification de la supervision.

Problèmes de planification des achats et de prise de décision

S'agissant des médicaments contre le VIH, les calendriers d'achat n'ont pas été bien anticipés, ce qui s'est traduit par le passage et la livraison tardives des commandes : des médicaments pour 2016 et 2017 ont été respectivement reçus en juillet 2016 et en septembre 2017. Ainsi, sept médicaments antirétroviraux sur douze ont connu des ruptures de stock entre avril et décembre 2017 au niveau central, avec une durée moyenne de rupture de stock de 3,9 mois (maximum huit mois), y compris pour les médicaments essentiels. Cette situation a entraîné une baisse des niveaux de stock de certains médicaments essentiels de première intention et de brèves ruptures de stock de médicaments de deuxième intention dans deux établissements.

Les programmes nationaux et les récipiendaires principaux n'ont pas planifié de façon efficace les achats et les livraisons. Des médicaments contre la tuberculose multirésistante livrés au port en juillet 2017 y sont par exemple restés bloqués pendant six mois du fait d'un retard dans l'enregistrement des médicaments.

Manque de personnel formé à la chaîne d'approvisionnement

Au niveau central, il n'y a que deux pharmaciens pour les sept maîtres d'œuvre des subventions. Au niveau périphérique, sur les 18 structures visitées, une seule est administrée par un pharmacien alors qu'ailleurs, les membres du personnel qui gèrent les produits de santé ne sont pas pharmaciens et n'ont jamais été formés à la gestion logistique. Les insuffisances de la supervision susmentionnées ont aussi un impact sur la gestion logistique.

Ces facteurs ont contribué aux insuffisances de la chaîne d'approvisionnement. Des incohérences ont été observées entre les hypothèses de quantification et les commandes au niveau de la chaîne d'approvisionnement. Par exemple, pour les quatre établissements de prise en charge du VIH visités, les quantités commandées variaient entre les besoins à trois et à dix mois, et pour les sept structures de prise en charge du paludisme visitées, les quantités commandées variaient entre les besoins à un et à six mois. Des cas ont également été observés où les quantités livrées aux centres de traitement différaient de façon significative de celles commandées et de leur consommation mensuelle moyenne⁴⁰.

⁴⁰ Par exemple, la quantité de Sirop LVP/r distribué à tous les établissements en 2017 a représenté 225 % de la consommation moyenne estimée, alors que la quantité de TCF/3TC EFV 300+300+600mg distribuée correspondait à 77 % de la consommation

Action convenue de la Direction

Le Secrétariat, en collaboration avec le Ministère de la santé publique et ses partenaires, soutiendra les efforts visant à renforcer la gestion des données et des stocks dans les trois programmes de lutte contre les maladies. Cela comprendra:

- Sous-traitance à l'assistance technique des bénéficiaires principaux afin d'améliorer les outils de suivi et d'évaluation utilisés par les programmes nationaux (tableaux de bord, outils de supervision et outils de retour d'informations) pour le VIH et la tuberculose;
- Assurer une planification efficace des achats et le lancement en temps voulu des commandes de médicaments anti-VIH et anti-TB-MR pour 2019-2020;
- Élaborer un plan de formation dans la gestion des stocks à mettre en œuvre par le ministère de la Santé publique.

Titulaire : Directeur de la Division de la gestion des subventions

Date cible : 30 juin 2020

moyenne estimée. En outre, en janvier 2018, l'Hôpital de Toamasina a commandé des médicaments de deuxième intention contre le VIH, mais a reçu à la place des médicaments de première intention.

4.4. Les contrôles au niveau des subventions ont effectivement permis d'éviter des irrégularités financières significatives, mais d'autres améliorations systémiques sont nécessaires pour améliorer le taux d'absorption et les résultats des subventions.

De précédents travaux du BIG ont identifié des irrégularités financières significatives. Des irrégularités similaires ont aussi été détectées par d'autres agences partenaires qui travaillent aussi avec certaines des entités qui mettent en œuvre les subventions du Fonds mondial^{41&42}. Notre évaluation initiale des risques a considéré que la gestion financière comportait « un risque élevé » en raison, principalement, des risques inhérents à Madagascar et de l'historique évoqué plus haut. Ainsi, le BIG a contrôlé plus de 60 % des dépenses totales pour la période 2016-17⁴³ et a inclus une vérification de la plupart des achats nationaux et internationaux, un inventaire des actifs basé sur des échantillons et une validation des prix de marché pour les achats à coût unitaire élevé.

Contrôles fonctionnels des achats et financiers

Aucun paiement frauduleux n'a été identifié. L'audit n'a pas non plus détecté d'irrégularités telles que des cas de faux, de paiements fabriqués, de soumissionnaires fictifs, de surfacturation des achats ou de problèmes similaires. De même, l'audit n'a pas identifié de dépenses importantes non justifiées, de transactions non assorties de justificatifs ou d'avances non réglées⁴⁴. Globalement, les résultats des tests de vérification indiquent des contrôles généralement efficaces qui atténuent suffisamment les risques de mauvaise utilisation des fonds de subvention. Cette situation est attribuable à de solides mécanismes de supervision financière mis en place par le Fonds mondial et qui incluent :

- Un agent financier pour la subvention Paludisme du MOH/UCP. Depuis 2016, l'agent financier a examiné toutes les dépenses et tous les processus d'achat au titre de cette subvention, avant leur paiement.
- Un agent local du Fonds qui effectue un examen *a posteriori* des principales transactions financières de tous les bénéficiaires principaux.

Ces contrôles ont à la fois un impact « de détection » et « de dissuasion », ce qui réduit la soumission de dépenses irrégulières et facilite leur prévention, rejet avant paiement ou détection/régularisation après paiement.

- Les achats importants sont réalisés par des organisations non gouvernementales internationales. Par exemple, les produits contre le paludisme sont achetés par le siège de PSI ou de façon centralisée par l'intermédiaire du mécanisme d'achat groupé du Fonds mondial, et suivis par l'agent financier et l'agent local du Fonds.

⁴¹ Rapport final d'audit de l'Alliance GAVI de septembre 2017 et communiqué de presse de la Croix Rouge norvégienne du 18 avril 2018 - <https://www.gavi.org/.../gavi.../programme-audit-and-investigations>.

⁴² La Direction des Districts Sanitaires (DDS) était une entité à laquelle le Fonds mondial et l'Alliance GAVI avaient tous deux recours. Cependant, les modèles opérationnels différaient et la DDS n'était pas sollicitée pour acheter des médicaments ou réaliser d'autres achats majeurs pour les subventions du Fonds mondial, ce qui était le cas pour l'Alliance GAVI.

⁴³ L'échantillon a inclus plus de 2 355 transactions de la période 2016-17, y compris un nombre représentatif d'opérations de toutes tailles choisies à partir d'un échantillon de population stratifié, et couvert 46 % des dépenses non sanitaires.

⁴⁴ Cependant, certains problèmes relatifs aux achats et au processus de gestion des contrats ont été identifiés, y compris certains cas de passation de marché par entente directe, d'absence de document pour les travaux de construction, d'absence de contrôle physique des actifs, d'absence de certaines feuilles de présence aux formations, et de retards dans le règlement des avances au personnel. Les montants engagés n'étaient toutefois pas significatifs.

Les mesures ci-dessus ont permis de réduire les risques résiduels de dépenses irrégulières. En outre, de bonnes pratiques de gestion financière et de comptabilité ont été observées. Tous les bénéficiaires principaux disposent de manuels de procédure pour aider à gérer leurs opérations au quotidien et effectuent mensuellement des rapprochements bancaires. Des inventaires des stocks physiques des actifs des subventions sont réalisés une fois par an.

Cependant, si les risques liés aux dépenses irrégulières sont suffisamment atténués, des insuffisances majeures persistent au niveau des capacités des maîtres d'œuvre à utiliser pleinement les fonds de subvention afin que les programmes génèrent tout leur impact.

Retards dans les processus d'achat

Des retards ont été observés dans l'exécution des transactions financières, en particulier concernant les produits à prix élevé. Un achat essentiel de bicyclettes d'un montant de 2,6 millions de dollars conçu pour faciliter le déplacement des travailleurs de santé vers les zones difficiles d'accès était, par exemple, au point mort depuis 2016 et a finalement été annulé en raison d'importantes anomalies de procédure identifiées par l'agent financier. Ce dernier a rejeté au moins une fois 30 % environ des 658 demandes de transactions financières de 2017, lesquelles ont été retournées au bénéficiaire principal pour qu'il les corrige. Bien que des contrôles stricts aient permis de garantir la non-exécution des transactions irrégulières, le taux d'absorption des subventions demeure faible, à 42 % du portefeuille. Ce problème est particulièrement aigu concernant la subvention Paludisme à l'UCP qui fait l'objet de la supervision de l'agent financier et dont le taux d'absorption n'est que de 17 %.

Bien que ces problèmes illustrent les arbitrages inhérents entre les risques financiers et les risques programmatiques, il est possible de les atténuer en responsabilisant davantage les acteurs concernés à l'égard de l'inadéquation des justificatifs ou des retards des achats, en comblant l'insuffisance des capacités des maîtres d'œuvre, en dispensant davantage de formations financières et en accroissant les aptitudes de l'agent financier à renforcer les capacités de gestion financière des bénéficiaires principaux.

Récapitulatif des actions convenues de la Direction

Action convenue de la Direction	Date cible	Titulaire
1. Le Secrétariat, en collaboration avec le ministère de la Santé publique et ses partenaires, soutiendra les efforts visant à: - Développer un plan chiffré pour étendre la gestion des cas de paludisme au niveau communautaire aux enfants de plus de 5 ans; - Améliorer les outils de collecte de données au niveau de la communauté pour faciliter la saisie de la date au niveau du district.	31 décembre 2019	Directeur de la Division de la gestion des subventions
2. Le Secrétariat, en collaboration avec le Ministère de la santé publique et ses partenaires, soutiendra les efforts visant à élaborer un protocole et un plan de travail chiffré afin de mener une enquête sur la prévalence du VIH.	31 décembre 2019	Directeur de la Division de la gestion des subventions
3. Le Secrétariat, en collaboration avec le Ministère de la santé publique et ses partenaires, soutiendra les efforts visant à renforcer la gestion des données et des stocks dans les trois programmes de lutte contre les maladies. Cela comprendra: • Sous-traitance à l'assistance technique des bénéficiaires principaux afin d'améliorer les outils de suivi et d'évaluation utilisés par les programmes nationaux (tableaux de bord, outils de supervision et outils de retour d'informations) pour le VIH et la tuberculose; • Assurer une planification efficace des achats et le lancement en temps voulu des commandes de médicaments anti-VIH et anti-TB-MR pour 2019-2020; • Élaborer un plan de formation dans la gestion des stocks à mettre en œuvre par le ministère de la Santé publique.	30 juin 2020	Directeur de la Division de la gestion des subventions

Annexe A : Classification générale des notations d'audit

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

Annexe B : Méthodologie

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

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

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

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

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