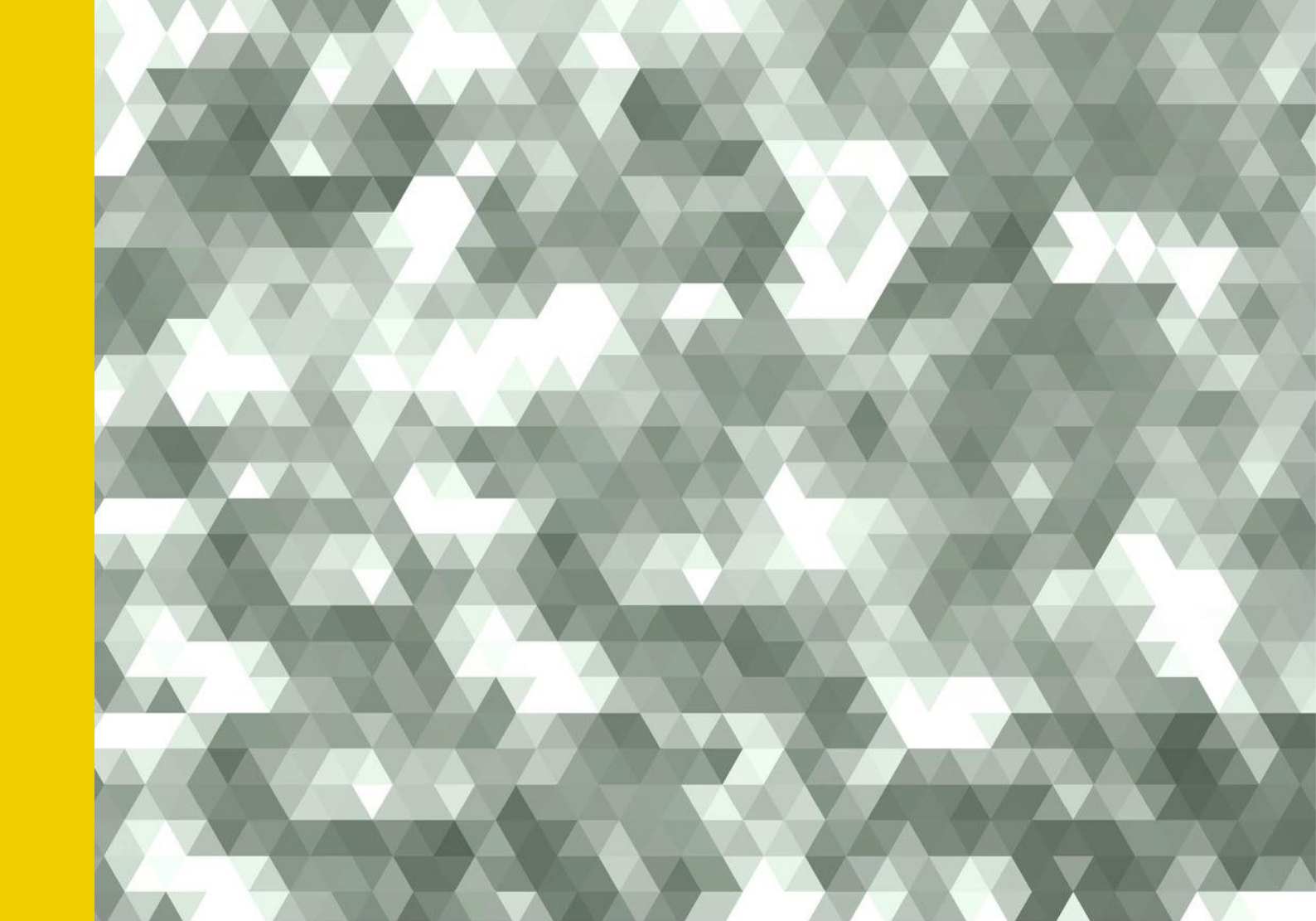




Rapport d'audit

Subventions du Fonds mondial à la République du Ghana

GF-OIG-19-009
2 avril 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

Courrier postal :

Bureau de l'Inspecteur général

Fonds mondial

Chemin du Pommier 40, CH-1218

Genève, Suisse

Courriel :

ispeakoutnow@theglobalfund.org

Service téléphonique gratuit de déclaration :

+1 704 541 6918

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

Message téléphonique – Boîte vocale 24h/24 :

+41 22 341 5258

Plus d'informations à l'adresse :

www.theglobalfund.org/oig

Rapport d'audit

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

Rapport consultatif

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

Rapport d'enquête

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

Table des matières

1.	Synthèse	4
1.1.	Opinion	4
1.2.	Principales réalisations et bonnes pratiques	4
1.3.	Principaux problèmes et risques.....	5
1.4.	Notations.....	7
1.5.	Résumé des actions convenues de la Direction	7
2.	Environnement et contexte.....	8
2.1.	Contexte global	8
2.2.	Différenciation des audits de pays par catégorie	8
2.3.	Subventions du Fonds mondial au Ghana	9
2.4.	Les trois maladies	10
3.	Aperçu de l'audit	11
3.1.	Objectifs	11
3.2.	Portée	11
3.3.	Progrès au niveau de problèmes précédemment identifiés.....	11
4.	Constatations	12
4.1.	Renforcement nécessaire des mécanismes de supervision et de la mise en œuvre des engagements du gouvernement contre les trois maladies	12
4.2.	Amélioration nécessaire de la visibilité des données logistiques de la chaîne d'approvisionnement et de leur utilisation à des fins décisionnelles, et des pratiques de gestion efficace des stocks.....	15
4.3.	Améliorations requises au niveau du dépistage du VIH, du traitement et de la suppression de la charge virale pour atteindre les objectifs nationaux d'ici à 2020.....	18
4.4.	Importantes améliorations nécessaires au niveau de la détection des cas de tuberculose et de la gestion de la tuberculose multirésistante	21
4.5.	Améliorations nécessaires pour garantir des données de qualité pour le processus décisionnel malgré des progrès dans la gestion des données	23
5.	Récapitulatif des actions convenues de la Direction.....	25
	Annexe A : Classification générale des notations d'audit	27
	Annexe B : Méthodologie	28

1. Synthèse

1.1. Opinion

Tout premier pays récipiendaire des subventions du Fonds mondial, le Ghana a bénéficié d'un total de décaissements de 804 millions de dollars depuis 2002. Bien que le paludisme reste une cause majeure de décès dans le pays, des progrès significatifs ont été enregistrés – avec une réduction de la prévalence, de l'incidence et de la mortalité¹. Après s'être classé en 11^{ème} position mondiale au regard de l'incidence du paludisme en 2015, le Ghana se place aujourd'hui en 13^{ème} position². S'agissant du VIH, si la prévalence globale a reculé³, seulement 33 % du nombre estimé de 316 613 personnes vivant avec le VIH sont actuellement sous traitement⁴. Pour atteindre les objectifs nationaux fixés pour 2020, il faut de toute urgence s'attaquer aux problèmes relatifs au dépistage, au traitement et à la suppression de la charge virale. Pour ce qui est de la tuberculose, bien que le taux de succès thérapeutique soit élevé à 85 %⁵, le taux de couverture du traitement n'est que de 32 %⁴ et il est nécessaire de mieux utiliser les appareils GeneXpert, les systèmes communautaires et la logistique pour le dépistage des échantillons. Ainsi, les systèmes, les processus et les contrôles de la qualité des services axés sur les trois maladies **nécessitent une nette amélioration**.

Le dispositif révisé de mise en œuvre du ministère de la Santé (MOH) et du Service de santé du Ghana (GHS) n'est pas encore parvenu à améliorer la supervision et la responsabilité. On observe des rôles qui font double emploi, des rattachements hiérarchiques ambigus et une absence d'objectifs de résultat – ce qui contribue à des retards, une mauvaise absorption des subventions et des résultats médiocres. Depuis l'audit du BIG de 2015, des améliorations ont été apportées aux conditions de stockage des médicaments, aux systèmes d'information de gestion de la logistique et à la livraison 'jusqu'au dernier kilomètre'. Des problèmes subsistent toutefois concernant la qualité des données et la gestion de la chaîne d'approvisionnement. S'agissant des données, des améliorations ont été constatées au niveau de la ponctualité de leur communication, de la transition de systèmes parallèles vers le système d'information sanitaire au niveau des districts (DHMIS2) pour le VIH, et des initiatives d'automatisation en cours à l'échelon des établissements. Cependant, la communication de données dans les systèmes d'information de gestion de la logistique (LMIS) est incomplète et lorsque des données sont communiquées, des inexactitudes persistent. Au niveau des établissements, la gestion des stocks est médiocre et les données de logistique ne sont pas encore utilisées efficacement pour étayer les prises de décisions. Bien que les pouvoirs publics aient accru leurs engagements de financement, les investissements effectifs consacrés à l'achat de médicaments contre le VIH, à l'Accord relatif à l'incendie du magasin central de fournitures médicales (CMS)⁶ et au remboursement des recettes tirées des ventes de CTA ont mis du temps à se concrétiser. S'agissant de la gestion financière, l'audit n'a pas identifié d'irrégularités financières significatives ou de dépenses recouvrables durant des contrôles par sondage d'ampleur limitée. De ce fait, les mécanismes de mise en œuvre et les fonctions de supervision et de coordination, et pour la chaîne d'approvisionnement, les données et la gestion financière **nécessitent une nette amélioration**.

1.2. Principales réalisations et bonnes pratiques

Progrès significatifs contre le paludisme : Les décès du paludisme ont fortement diminué, de 19 % des décès en 2010 à 4,2 % en 2016⁷. Selon les enquêtes nationales menées auprès des ménages, la prévalence nationale du parasite chez les enfants de moins de cinq ans a diminué de 27 % en 2014

¹ OMS, Profil de pays, Ghana, Paludisme, 2016.

² Rapport sur le paludisme dans le monde, 2017. Rapport sur le paludisme dans le monde, 2015.

³ Rapport national sur les estimations et projections de la prévalence du VIH et du sida de 2015.

⁴ Mise à jour de l'Instance de coordination nationale sur les résultats actuels relatifs au VIH au Ghana, 03 décembre 2018.

⁵ OMS, Profil de pays, Ghana, Paludisme, 2017.

⁶ Accord conclu entre le Gouvernement du Ghana et le Fonds mondial en vertu duquel le premier qui ne pouvait rembourser 27 millions de dollars de pertes liées à l'incendie du magasin central de fournitures médicales s'est en contrepartie engagé à mettre en place une chaîne d'approvisionnement fonctionnelle.

⁷ Plan opérationnel de lutte contre le paludisme du Gouvernement du Ghana, 2018.

à 20 % en 2016. Environ 21 millions de moustiquaires ont été distribuées entre 2016 et 2018. De 2013 à 2016, le Ghana a considérablement augmenté le dépistage du paludisme chez les cas suspects, de 39 % à 78 %, et les cas confirmés de paludisme ont progressé de 143 à 166 pour 1 000 habitants durant la même période⁷. Le programme a suivi de près l'augmentation de la résistance aux pulvérisations intradomiciliaires d'un produit chimique à effet rémanent. Les pouvoirs publics ont ultérieurement modifié le produit chimique pulvérisé dans les districts touchés⁸.

Services au niveau communautaire : Le Ghana a élargi l'accès géographique aux soins de santé au niveau communautaire en déployant la politique CHPS – qui établit des structures de planification et de services de santé communautaires⁹. On dénombre actuellement plus de 5 400 zones CHPS et il devrait y en avoir 6 548 d'ici à 2020¹⁰. Pour l'instant, la stratégie CHPS n'est pas pleinement mise en œuvre pour fournir des services de prise en charge des trois maladies, même si elle couvre plus de 60 % de l'ensemble des établissements de santé dans le pays. Pour l'avenir, la politique publique prévoit de fournir à chaque communauté un ensemble de services de santé de base afin d'atteindre une couverture universelle de santé à l'horizon 2030¹¹.

Mécanisme structuré de financement de la santé : Le régime national d'assurance maladie (NHIS) a pour objectif d'offrir aux citoyens ghanéens un accès équitable aux services de santé de base et une couverture financière de ceux-ci¹². Il est prévu que le régime fournisse un ensemble complet de prestations, couvrant environ 95 % des problèmes de santé qui affectent la population, y compris des services curatifs, ainsi que des services hospitaliers, des soins d'urgence, des soins de maternité et des soins bucco-dentaires. Actuellement, le NHIS couvre 45 % de la population (environ 13 millions de personnes)¹³ et devrait fournir une couverture pour le traitement antirétroviral¹⁴, le traitement des infections opportunistes, le traitement antituberculeux de première intention et le traitement antipaludique. La lutte contre le paludisme est le quatrième plus important centre de coûts du NHIS.

1.3. Principaux problèmes et risques

Il est nécessaire de renforcer les mécanismes de supervision et la concrétisation des engagements en cours : Dix mois après avoir été établies, les structures mises en place au ministère de la Santé et au Service de santé du Ghana pour améliorer la supervision et la responsabilité ne sont pas pleinement fonctionnelles. De surcroît, du fait de structures complexes de mise en œuvre qui associent le ministère de la Santé (récipiendaire principal), le Service de santé du Ghana (maître d'œuvre) et d'autres (ex : hôpitaux universitaires), les rôles, les responsabilités, les rattachements hiérarchiques et les objectifs de résultat n'ont pas encore été clarifiés, et l'on observe des doublons significatifs entre des descriptions de postes dans les deux structures. Les contrats du personnel n'ont pas encore été finalisés et les procédures opérationnelles n'ont pas été élaborées. De plus, le budget opérationnel intégré destiné à la supervision, à la formation et aux ressources humaines, et le tableau de bord des indicateurs de résultat des subventions n'ont pas été achevés. Ces problèmes ont contribué à des lacunes au niveau de la supervision. Malgré un taux d'absorption de 32 % et un résultat programmatique des subventions actuelles inférieur à la moyenne¹⁵, l'Unité de mobilisation des ressources (RMU/MOH) et l'Unité de secrétariat pour les programmes (PSU/GHS) ont été incapables de s'attaquer aux problèmes sous-jacents.

⁸ Profil de résistance aux insecticides (Obuasi et Wa), avril 2018. Augmentation enregistrée de la résistance de 5 % en 2015 à 48 % en 2017. Le Ghana utilisait le Pirimiphos-méthyl, et suite à l'approbation du SumiShield par l'OMS, a adopté ce nouveau produit chimique.

⁹ La politique CHPS est une stratégie nationale qui vise à fournir des services de santé essentiels au niveau communautaire – lesquels incluent la planification et la prestation de services avec les communautés. Elle est principalement axée sur les communautés des sous-districts défavorisés.

¹⁰ Demande de financement du Ghana pour lutter contre le paludisme, 2018-2020.

¹¹ Politique nationale relative à la planification et aux services de santé communautaires (CHPS), mars 2016.

¹² [https://en.wikipedia.org/wiki/National_Health_Insurance_Scheme_\(Ghana\)](https://en.wikipedia.org/wiki/National_Health_Insurance_Scheme_(Ghana)).

¹³ Plan opérationnel de lutte contre le paludisme au Ghana du Gouvernement des États-Unis, 2018.

¹⁴ Au Ghana, le traitement antirétroviral est gratuit pour tous les patients bénéficiant d'une assurance maladie nationale valable (Source : Directives de traitement antirétroviral, 2017).

¹⁵ Notation moyenne : B1.

Alors que les engagements du gouvernement en faveur du secteur de la santé ont augmenté de 26 % en 2017¹⁶, l'utilisation du budget de la santé s'est établie à moins de 64 % en moyenne au cours des dernières années¹⁷. Cela a eu un impact sur les investissements contre les trois maladies, en particulier pour l'Accord relatif à l'incendie du CMS et le remboursement des recettes tirées des ventes de médicaments antipaludiques, et entraîné un retard dans les achats publics de l'ensemble des produits (à l'exception d'un) contre les trois maladies en 2016 et 2017.

Visibilité de la chaîne d'approvisionnement, processus décisionnel et gestion des stocks : Depuis 2016, le Ghana met en œuvre un Plan d'amélioration de la chaîne d'approvisionnement avec le soutien financier et technique du Fonds mondial et de l'USAID. À cet effet, il exploite l'Accord relatif à l'incendie du magasin central de fournitures médicales¹⁷ et emploie des mécanismes externes de stockage et de distribution, y compris pour la livraison jusqu'au dernier kilomètre. Ces mesures ont permis d'améliorer les conditions d'entreposage et les communications du LMIS, cependant, des problèmes de logistique subsistent. En effet, les pratiques de gestion des stocks sont inadéquates à l'échelon des établissements et les données logistiques sont insuffisamment utilisées pour les prises de décisions. Cette situation a entraîné des péremptions de médicaments d'un montant d'un million de dollars dans les 30 entrepôts et établissements visités, principalement des médicaments contre le VIH au niveau central¹⁸. Des ruptures de stock de produits essentiels, d'une durée supérieure à 30 jours, ont été constatées dans plus de 70 % des établissements visités. On observe des mauvaises pratiques de tenue des registres et des conditions inadéquates de stockage au niveau régional et des établissements, ce qui induit un risque d'échec des traitements et de résistance aux médicaments.

Faible couverture du dépistage du VIH, du traitement et de la suppression de la charge virale : Globalement, la couverture du dépistage du VIH était de 65 % en juin 2018¹⁹. Des ruptures de stock de trousse de dépistage, des pratiques discriminatoires à l'encontre des populations clés et une stratégie insuffisante de dépistage parmi la population générale contribuent à la faiblesse de ce taux²⁰. Parmi les établissements visités, 73 % ne respectaient régulièrement pas l'algorithme de dépistage²¹, induisant le risque de diagnostics inexacts.

Seulement 37 % des personnes vivant avec le VIH ont été mises sous traitement²², dont 22 % ont ensuite été perdues de vue²³. Parmi les établissements visités, 80 % ne disposaient pas de mécanisme documenté de suivi des patients perdus de vue, et la base de données électronique (e-Tracker) sur les patients séropositifs au VIH n'était pas capable de produire des rapports de suivi²⁴. Les ruptures de stock de médicaments essentiels contre le VIH ont duré 54 jours en moyenne dans 57 % des établissements visités, entraînant des risques d'interruption des traitements. Au plan national, seulement 33 % des patients ont fait l'objet d'une mesure de leur charge virale²⁵ et la couverture de la suppression de la charge virale s'est établie à 64 %²⁶, ce qui induit un risque élevé de mortalité et de résistance non détectée aux médicaments.

¹⁶ 2017, ministère de la Santé, Programme de travail du Gouvernement du Ghana.

¹⁷ Il s'agit d'un accord conclu entre le Gouvernement du Ghana et le Fonds mondial en vertu duquel le premier qui ne pouvait pas rembourser 27 millions de dollars de produits pharmaceutiques et de santé détruits lors de l'incendie du magasin central de produits médicaux s'est en contrepartie engagé à établir une chaîne d'approvisionnement fonctionnelle dans le pays.

¹⁸ Sur les péremptions totales, les réactifs de CD4 périmés représentent 278 000 dollars, en raison principalement de problèmes propres au programme.

¹⁹ Rapport du MOH sur les résultats actuels à l'intention du Fonds mondial, juin 2018.

²⁰ Feuille de route pour la prévention du VIH au Ghana à l'horizon 2020.

²¹ Le non-respect de l'algorithme inclut : Cas réactifs au test First Response non confirmés par un test OraQuick et directement déclarés positifs. Cas déclarés positifs sans qu'aucun test ne soit pratiqué. Cas dans lesquels les test First Response et OraQuick donnent un résultat discordant – lequel est communiqué sans que l'on procède à un test PCR déterminant. Cas de dépistage avec le seul test OraQuick sans utilisation du test First Response.

²² Examen technique du VIH au Ghana – Organisation mondiale de la Santé, Fonds mondial et International AIDS Society – septembre 2018.

²³ Évaluation des services de traitement du VIH au Ghana, septembre 2016.

²⁴ Vingt-quatre des 30 établissements visités.

²⁵ Données des services du PNLS.

²⁶ Minutes de la réunion de l'Instance de coordination nationale et du PNLS du 03 décembre 2018.

La détection des cas de tuberculose doit être fortement améliorée : Le taux de détection des cas de tuberculose du Ghana s'élève à 33 %, soit l'un des plus faibles du monde²⁷. L'utilisation sous-optimale des appareils GeneXpert en est en partie responsable. Le Ghana n'a pas pleinement mis en œuvre la stratégie CHPS pour fournir des services de prise en charge de la tuberculose et 17 % seulement des structures CHPS rendent compte de la prestation de tels services.

Problèmes d'exhaustivité et de qualité des données : La ponctualité de communication des données déclarées pour les trois maladies dans le DHIMS2 s'est améliorée de 46 % en 2015 à 89 % en 2017²⁸. Cependant, l'exactitude des données et leur utilisation demeurent problématiques : les audits de la qualité des données relatives au VIH et au paludisme effectués en 2018 ont identifié des inexactitudes majeures au sein des informations communiquées. Cette situation affecte la fiabilité et la représentativité des données à des fins d'évaluation des résultats et décisionnelles. L'inadéquation de la qualité et de l'efficacité de la supervision et de la formation, les ruptures de stock d'outils de collecte des données et le caractère limité des fonctionnalités de la base de données électronique sur les patients séropositifs au VIH ont contribué à ces problèmes.

1.4. Notations

Objectif 1. Adéquation et efficacité des mécanismes et des fonctions de mise en œuvre, des mécanismes de supervision et de coordination, de la gestion de la chaîne d'approvisionnement, de la gestion des données et de la gestion financière.

Notation du BIG : **Nécessite une nette amélioration**

Objectif 2. Adéquation et efficacité des systèmes, des processus et des contrôles existants pour garantir l'accès des bénéficiaires visés à des services de qualité.

Notation du BIG : **Nécessite une nette amélioration**

1.5. Résumé des actions convenues de la Direction

Le Secrétariat aidera le ministère de la Santé à établir une liste des rôles, des responsabilités, des produits attendus et des indicateurs clés de résultats qui sont les siens et ceux du GHS eu égard aux subventions du Fonds mondial. Le Secrétariat assurera aussi un suivi des réinvestissements en cours du gouvernement des recettes tirées des ventes de CTA et des remboursements convenus en contrepartie des médicaments du Fonds mondial détruits lors de l'incendie du CMS en 2015. Le Secrétariat aidera par ailleurs à finaliser la mise en place du LMIS à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement, en clarifiant les processus et les responsabilités, et en veillant à fournir la supervision formative prévue et des formations de qualité élevée en matière de chaîne d'approvisionnement et de données programmatiques. Le Secrétariat s'est engagé à aider le ministère de la Santé à élaborer et déployer une base de données électronique hors ligne sur les patients séropositifs au VIH dans les sites où l'on dispense le traitement antirétroviral afin d'améliorer le suivi du VIH, ainsi qu'un plan pour améliorer le dépistage différencié du VIH. S'agissant de la tuberculose, le Secrétariat aidera le ministère de la Santé à élaborer un plan pour améliorer l'utilisation des appareils GeneXpert et accélérer la mise sous traitement des patients tuberculeux.

²⁷ Enquête sur la prévalence de la tuberculose au Ghana et Rapport sur la lutte contre la tuberculose dans le monde 2017.

²⁸ Données du DHIMS2 du Ghana.

2. Environnement et contexte

2.1. Contexte global

Le Ghana abrite une population estimée à 29,6 millions d'habitants²⁹. Son taux de croissance économique s'est établi à 8,5 % en 2017, sous l'impulsion des secteurs minier et pétrolier²⁹. Le déficit budgétaire est tombé de 9,3 % du produit intérieur brut (PIB) en 2016 à 6 % en 2017, et la balance commerciale a enregistré le premier excédent de son histoire en 2017 grâce aux efforts d'assainissement budgétaire²⁹. En 2017, le PIB par habitant du pays était évalué à 4 641 dollars³⁰, ce qui faisait du Ghana un pays à revenu intermédiaire inférieur affichant l'un des plus hauts revenus par habitant des 27 pays d'Afrique occidentale et centrale. Le pays est classé au 81^{ème} rang des 180 pays de l'Indice de perception de la corruption 2017 de Transparency International³¹.

Au plan administratif, le Ghana est divisé en dix régions et subdivisé en 275 districts. Les districts sont scindés en sous-districts eux-mêmes subdivisés en zones de planification et de services de santé communautaires. Les dépenses de santé ont représenté 3,6 % du PIB en 2014³². Bien que le budget global de la santé ait augmenté, son taux d'utilisation a en moyenne été inférieur à 64 % au cours des dernières années³³. Le pourcentage des dépenses de santé financées par des ressources nationales a diminué de 10,8 % en 2010 à 6,6 % en 2016, avant de remonter à 7,8 % en 2017³⁴. Le Ghana est l'un des 49 pays classés par l'Organisation mondiale de la Santé comme souffrant d'une pénurie critique de personnels de santé. Le pays compte 11 médecins, infirmiers et sages-femmes pour 10 000 habitants, alors que l'OMS préconise pour référence mondiale 23 agents de santé nécessaires pour 10 000 habitants afin d'assurer une couverture adéquate des services de santé essentiels³⁵.

2.2. Différenciation des audits de pays par catégorie

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

Le Fonds mondial considère le Ghana comme 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)**
-  Contexte d'intervention difficile
-  Politique de sauvegarde supplémentaire

²⁹ <https://www.worldbank.org/en/country/ghana/overview>.

³⁰ <https://knoema.com/jesqmb/gdp-per-capita-by-country-statistics-from-the-world-bank-1960-2017?country=Ghana>.

³¹ https://www.transparency.org/news/feature/corruption_perceptions_index_2017.

³² <https://www.who.int/countries/gha/fr/>

³³ Ministère de la Santé, 2017, Programme de travail du Gouvernement du Ghana.

³⁴ Comptes nationaux de la santé, exercice 2012, exercice 2014. Programme de travail du Gouvernement du Ghana 2015-2017, Ministère de la Santé.

³⁵ http://www.who.int/hrh/fig_density.pdf?ua=1.

2.3. Subventions du Fonds mondial au Ghana

En 2002, le Ghana fut le premier pays à signer une subvention du Fonds mondial. Ce dernier reste aujourd'hui partenaire du Ghana – avec des subventions totales de 965 millions de dollars signées à ce jour, dont 804 millions décaissés. Pour 2017-2019, le Fonds mondial a alloué 194 millions de dollars à la lutte contre les trois maladies et au renforcement des systèmes de santé, ainsi que des financements à effet catalyseur supplémentaires de 5,9 millions de dollars destinés à déployer à grande échelle des interventions pour lutter contre les obstacles à l'accès aux services liés aux populations clés et aux droits de l'homme³⁶.

Pour la période de mise en œuvre 2018-2020, le nombre de bénéficiaires principaux a été ramené de cinq à trois pour la mise en œuvre de quatre subventions distinctes. Par le biais de programmes nationaux de lutte contre les trois maladies, le Service de santé du Ghana met en œuvre – en qualité de sous-bénéficiaire – les subventions du ministère de la Santé. Ce dernier exerce une supervision et un contrôle de la formulation des politiques et de la mise en œuvre des subventions, alors que le Service de santé du Ghana assume le rôle d'organisme responsable de la fourniture des services de santé, avec les trois hôpitaux universitaires d'Accra, de Kumasi et de Tamale.

Le ministère de la Santé dispose d'une Unité de mobilisation des ressources (RMU) qui réfléchit à des stratégies pour mobiliser les ressources du secteur de la santé. Dans le cadre de la période de mise en œuvre 2018-2020, l'unité a en outre été chargée d'assurer une supervision des programmes financés par les donateurs, y compris le Fonds mondial. Au niveau de la mise en œuvre, le Service de santé du Ghana a créé une Unité de secrétariat pour les programmes (PSU) chargée de coordonner les trois programmes nationaux de lutte contre les maladies et les investissements transversaux consacrés au renforcement des systèmes de santé.

Les subventions actives au Ghana pour la période 2018-2020 se présentent comme suit :

Code NFM de la subvention	Réциpiendaire principal	Composante de la subvention	Période de subvention	Montant signé (US\$)	Montant décaissé à ce jour (US\$)
GHA-C-MOH	Ministère de la Santé	VIH/sida et tuberculose	Jan-2018 à Déc-2020	76 502 454	10 012 181
GHA-M-MOH	Ministère de la Santé	Paludisme	Jan-2018 à Déc-2020	94 148 208	28 962 996
GHA-M-AGAMal	AngloGold Ashanti Malaria	Paludisme	Jan-2018 à Déc-2020	15 884 008	6 516 431
GHA-H-WAPCAS	West African Program to Combat AIDS and STI	VIH/sida	Jan-2018 à Déc-2020	7 445 969	1 358 906
Total				193 980 639	46 850 514

³⁶ Les investissements à effet catalyseur sont destinés à des programmes et des activités soutenus par le Fonds mondial qui ne sont pas couverts de façon appropriée par les allocations de pays, mais sont essentiels pour atteindre les objectifs stratégiques.

2.4. Les trois maladies



Paludisme : Malgré les importants progrès accomplis ces dernières années, le paludisme reste une cause majeure de décès au Ghana. Le nombre de décès attribuables au paludisme s'élève à 12 880³⁷.

Le Ghana compte parmi les six pays qui représentent 55 % des cas mondiaux de paludisme³⁸.

En 2016, le Ghana se classait à la 9^{ème} et à la 13^{ème} place mondiale au regard des décès et de l'incidence du paludisme, respectivement³⁹.

21,2 millions de moustiquaires imprégnées d'insecticide distribuées entre 2016 et 2018

Réduction de la prévalence du parasite de 27 % en 2014 à 20 % en 2016³⁹.

4,5 millions de cas déclarés en 2016, contre un nombre estimé de 8 millions de cas ⁴⁰.



VIH/sida : Le Ghana se classe en 33^{ème} place mondiale en termes de prévalence du VIH⁴¹. Le VIH est une cause significative de décès au Ghana⁴². Le virus est prévalent dans les grandes villes et dans six des 10 régions.

Le Ghana connaît une épidémie de VIH généralisée et faiblement concentrée. Les taux de prévalence parmi les populations clés sont plus élevées chez les professionnelles du sexe (7 %) et chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (17 %)⁴³. Le nombre de nouvelles infections à VIH a diminué de 46 % chez les enfants, mais augmenté de 49 % chez les adultes⁴⁴. Le Ghana compte parmi les 35 pays qui représentent 90 % des nouvelles infections au niveau mondial⁴⁵.

316 613 personnes vivaient avec le VIH en 2016⁴⁶.

100 665 (34 %) personnes avaient été mises sous traitement rétroviral en 2016⁴⁸.

La prévalence du VIH est de 1,6 % parmi la population générale⁴⁷.

15 000 décès en 2016⁴⁸.



Tuberculose : Si le Ghana ne figure pas parmi les 30 pays fortement touchés par la tuberculose et la tuberculose multirésistante, il compte en revanche parmi les 30 pays où les coinfections VIH/tuberculose sont élevées⁴⁹. Une enquête sur la prévalence de 2015 a révélé une charge de tuberculose quatre fois plus élevée que ce qu'indiquaient les précédentes estimations.

Les notifications de cas de tuberculose pour 100 000 habitants ont augmenté de 56 en 2004 à 62 en 2014⁵⁰, et le taux estimé de mortalité est de 36 pour 100 000 habitants (hors coinfection VIH/tuberculose)⁵¹.

14 550 cas de tuberculose notifiés en 2017⁵²

Taux de succès thérapeutique contre la tuberculose : 85 % (2016)⁵⁵

Taux de succès thérapeutique contre la tuberculose multirésistante : 55 % (2016)⁵⁵

Couverture du traitement contre la tuberculose : 32 % (2017)⁵⁵

³⁷ OMS, Profil de pays, Ghana, Paludisme, 2016.

³⁸ Rapport sur le paludisme dans le monde, 2017.

³⁹ USAID, PMI, Plan opérationnel contre le paludisme du Ghana, 2018.

⁴⁰ OMS, Profil de pays, Ghana, Paludisme, 2016.

⁴¹ https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_countries_by_HIV/AIDS_adult_prevalence_rate.

⁴² <https://www.cdc.gov/globalhealth/countries/ghana/>.

⁴³ Enquête intégrée de surveillance biologique et comportementale au Ghana, 2016.

⁴⁴ Feuille de route pour la prévention du VIH au Ghana à l'horizon 2020.

⁴⁵ <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/ghana>.

⁴⁶ Rapport de la réunion de l'Instance de coordination nationale sur les résultats actuels relatifs au VIH au Ghana, 03 décembre 2018.

⁴⁷ Rapport national sur les estimations et projections de la prévalence du VIH et du sida de 2015.

⁴⁸ Feuille de route pour la prévention du VIH au Ghana à l'horizon 2020, 2017.

⁴⁹ Rapport sur la lutte contre la tuberculose dans le monde, 2018.

⁵⁰ Plan stratégique de lutte contre la tuberculose du Ghana, 2015-2020.

⁵¹ OMS, Profil de pays, Tuberculose, 2017.

⁵² OMS, Profil de pays, Tuberculose, 2017.

3. Aperçu de l'audit

3.1. Objectifs

L'audit a évalué l'adéquation et l'efficacité :

- des mécanismes et des fonctions de mise en œuvre pour garantir la réalisation des objectifs des subventions, en mettant l'accent sur :
 - les mécanismes de supervision et de coordination
 - la gestion de la chaîne d'approvisionnement
 - la gestion des données
 - la gestion financière
- des systèmes, des processus et des contrôles existants pour garantir l'accès des bénéficiaires visés à des services de qualité.

3.2. Portée

L'audit a été réalisé conformément à la méthodologie décrite dans l'Annexe B. Il a couvert la période allant de juillet 2016 à juin 2018. L'audit a porté sur les subventions mises en œuvre par le ministère de la Santé, lesquelles représentent 86 % des investissements du Fonds mondial au Ghana pour 2015-2020. L'audit n'a pas porté sur les subventions Paludisme et VIH/sida mises en œuvre par deux organisations non gouvernementales, qui étaient considérées moins risquées et moins importantes.

Le BIG s'est rendu dans quatre des 10 régions du Ghana, notamment dans 30 établissements de santé, quatre magasins (central et régionaux) et 30 entrepôts de stockage. Les quatre régions visitées représentent 68 %, 61 % et 50 % du nombre total de patients ghanéens atteints par le VIH, la tuberculose et le paludisme, respectivement. Les régions abritent 56 % de la population nationale.

3.3. Progrès au niveau de problèmes précédemment identifiés

Le dernier audit du BIG des subventions au Ghana a été réalisé en 2015. Les principaux problèmes identifiés concernaient la gestion des données et la gestion de la chaîne d'approvisionnement.

Des améliorations ont été apportées à la gestion de la chaîne d'approvisionnement du portefeuille, notamment de meilleures conditions de stockage des produits au niveau central. D'autres mesures sont mises en place afin d'améliorer les systèmes d'information de gestion de la logistique et la livraison jusqu'au dernier kilomètre. Cependant, la gestion des stocks demeure inefficace au niveau régional et des établissements (voir la Section 4.2).

Précédents travaux du BIG sur le sujet

Audit des subventions du Fonds mondial à la République du Ghana, 2015

Audit des subventions du Fonds mondial à la République du Ghana, 2012 (en anglais uniquement)

Des améliorations ont été constatées dans la gestion des données, ce qui s'est traduit par une communication plus ponctuelle de celles-ci et l'introduction d'une base de données électronique pour automatiser l'enregistrement des informations sur les patients séropositifs au VIH/malades du sida et les patients tuberculeux à l'échelon des établissements. S'agissant des données sur le VIH, une transition a été opérée de systèmes parallèles vers le DHMIS2. Des améliorations significatives sont toutefois nécessaires pour garantir un déploiement efficace de la base de données électronique pour la collecte et la communication des données (voir la Section 4.5).

4. Constatations

4.1. Renforcement nécessaire des mécanismes de supervision et de la mise en œuvre des engagements du gouvernement contre les trois maladies

Des structures de mise en œuvre complexes, des responsabilités mal définies et des retards dans l'accomplissement des engagements du gouvernement ont un effet préjudiciable sur la supervision, les résultats et l'efficacité des programmes.

Structures complexes de mise en œuvre et de supervision, et responsabilités mal définies

L'évaluation des capacités réalisée par l'agent local du Fonds avant la période actuelle de mise en œuvre des subventions recommandait de créer une unité de gestion de projet pour améliorer la supervision, la visibilité et la coordination des programmes de lutte contre les maladies et des fonds des donateurs. Le ministère de la Santé a depuis demandé à son unité de mobilisation des ressources (RMU) de superviser les programmes soutenus par le Fonds mondial. Le Service de santé du Ghana a aussi mis en place une unité de secrétariat pour les programmes (PSU) chargée de coordonner et de superviser les programmes financés par les donateurs, y compris les programmes soutenus par le Fonds mondial.

Les deux unités ont des rôles qui se chevauchent et elles n'ont jusqu'à présent pas été capables de résoudre les problèmes structurels qui entravent les programmes de lutte contre les maladies. Par exemple, 70 % des fonctions des responsables de l'unité RMU et de l'unité PSU sont similaires, et il en va de même pour 86 % des fonctions du spécialiste financier de chaque unité. En outre, les indicateurs clés de résultats, les cibles et les produits à fournir n'ont pas encore été finalisés pour ces deux unités. Cette situation rend floues les responsabilités vis-à-vis des résultats. La supervision fait par exemple partie des fonctions de l'unité RMU et de l'unité PSU. Cependant, malgré un taux d'absorption de 32 % et des résultats programmatiques des subventions inférieurs à la moyenne⁵³ à l'issue de six mois de mise en œuvre (c'est-à-dire juin 2018), ni l'unité RMU ni l'unité PSU n'ont été en mesure de résoudre les problèmes sous-jacents ou d'assumer une responsabilité vis-à-vis des résultats ou d'une rectification du cap. De surcroît, les structures de mise en œuvre des subventions sont complexes. Alors que le ministère de la Santé est actuellement récipiendaire principal, les opérations au titre des subventions sont essentiellement exécutées par l'intermédiaire du Service de santé du Ghana, tandis que certaines autres interventions sont mises en œuvre par des hôpitaux universitaires. Les responsabilités et les rattachements hiérarchiques de chacun des acteurs participant à la mise en œuvre des subventions du Fonds mondial n'ont toujours pas été clarifiés au niveau des rôles des unités RMU/PSU, ce qui empêche une mise en œuvre harmonieuse.

Par ailleurs et bien qu'elles aient été établies il y a dix mois, les unités ne sont pas totalement fonctionnelles. Au moment de l'audit, les contrats du personnel des deux unités n'avaient pas été signés, les salaires des agents sous contrat n'avaient pas été payés pour les dix mois précédents. Les manuels opérationnels ou les procédures opérationnelles standard des unités n'avaient pas été finalisés, et les rôles et responsabilités n'avaient pas été assignés. Les postes en charge de la gestion des achats et des stocks, et du suivi et de l'évaluation n'avaient par exemple été pourvus dans aucune des deux unités.

Enfin, le récipiendaire principal devait élaborer un plan de travail chiffré afin de fournir un budget opérationnel et intégré pour la supervision, la formation, les déplacements et les ressources humaines (y compris un organigramme) pour tous les programmes de lutte contre les maladies, et les unités RMU/PSU en avril 2018. Ce plan de travail chiffré n'avait pas été achevé au moment de l'audit, ce qui affectait la surveillance et la supervision. Le récipiendaire principal est supposé élaborer, alimenter et analyser un tableau de bord d'indicateurs clés de résultats et organiser un examen trimestriel de la mise en œuvre des subventions dans les 30 jours suivant la fin de chaque trimestre, ce qui n'a pas été fait.

⁵³ Notation moyenne : B1.

Des retards dans la concrétisation des engagements du gouvernement ont affecté des activités programmatiques essentielles

Le Ghana a augmenté son budget alloué au secteur de la santé de 1 milliard de dollars en 2017 à 1,3 milliard de dollars en 2019⁵⁴. De même, le Gouvernement a augmenté ses engagements de cofinancement des programmes de lutte contre les trois maladies de 295 millions de dollars pour la période 2015-2017, par rapport à la période 2012-2015⁵⁵. Il investit 24 millions de dollars conjointement avec le Gouvernement des Pays-Bas pour acheter des appareils à rayon X numériques à l'appui des activités de lutte contre la tuberculose⁵⁶. Les pouvoirs publics ont prévu une augmentation progressive des achats de médicaments antirétroviraux pour couvrir 44 % et 51 % des patients en 2019 et 2020, respectivement. La fourniture de médicaments antituberculeux, de trousse de dépistage du VIH et de réactifs sera assurée par les pouvoirs publics de 2018 à 2020⁵⁷.

Malgré cela, le financement actuel du secteur de la santé a représenté 64 % en moyenne des engagements budgétisés ces dernières années⁵⁸, ce qui a un impact sur les investissements contre les trois maladies. En 2016 et 2017, le gouvernement a engagé 8,5 millions de dollars pour des produits destinés aux trois maladies, mais n'a fourni que 3,5 millions pour les produits antipaludiques (sulfadoxine pyriméthamine). Dans le cadre de l'Accord relatif à l'incendie du CMS⁵⁹, le Fonds mondial et le Gouvernement ont accepté que ce dernier fournisse des composantes du Plan directeur pour la chaîne d'approvisionnement, évaluées à 27 millions de dollars, au titre d'une approche innovante du remboursement en nature de sa dette vis-à-vis du Fonds mondial. Cependant, bien que des composantes d'une valeur d'environ 10 millions de dollars aient à ce jour été acceptées comme un remboursement en nature, les progrès au niveau des étapes de mise en place de la chaîne d'approvisionnement sont lents.

S'agissant du paludisme, le Gouvernement du Ghana collecte des recettes sur les ventes de CTA financées par des donateurs dans le but de créer un fond pour pérenniser les achats de médicaments sans le soutien des donateurs. Cette situation génère toutefois des problèmes de suivi et de calcul desdites recettes. Le gouvernement a collecté le produit de ces ventes et entend le réinvestir dans un programme pérenne de gestion des CTA. L'ambiguïté de l'approche actuelle et l'effort requis ont entraîné des retards de remboursement : un montant de 2,9 millions de dollars des ventes totales de CTA de 3,4 millions de dollars pour 2015-16⁶⁰, sur la base du prix fixé par le gouvernement, a jusqu'à présent été remboursé. Le coût des CTA fournies par le Fonds mondial pour l'ensemble de la période comprise entre avril 2015 et octobre 2018 s'élève à 8 millions de dollars. Le ministère de la Santé s'est engagé à communiquer au Fonds mondial et à d'autres partenaires un plan sur la gestion des CTA d'ici à la fin 2019. Le plan établira comment les recettes déjà collectées lors de la vente des CTA seront utilisées et inclura une proposition pour la gestion des recettes tirées des CTA.

Ces insuffisances de financement ont un impact sur les activités de prévention et de traitement comme, par exemple, l'achat de préservatifs, de trousse de dépistage et de médicaments. Les activités programmatiques essentielles dont le financement devait être assuré par les pouvoirs publics ont connu des perturbations ou des retards dus au manque de fonds. Par exemple, des activités de lutte contre l'infection à l'échelon des établissements et de communication pour le changement de comportement en vue de sensibiliser davantage aux trois maladies n'ont pas été pleinement mises en œuvre, ce qui a contribué à des problèmes de qualité des services dans les établissements de santé (voir les constatations 4.3 et 4.4). Des retards dans la mise en place des composantes de l'Accord relatif à l'incendie du CMS entravent les progrès dans la résolution des problèmes de chaîne d'approvisionnement et de services (voir la constatation 4.2). Des retards dans

⁵⁴ 2017, Ministère de la Santé, Programme de travail du Gouvernement du Ghana.

⁵⁵ Notes d'information du Secrétariat sur le VIH/la tuberculose, 2018-2020.

⁵⁶ Approche de financement conjoint du Gouvernement du Ghana (prêt de 18 millions de dollars) et du Gouvernement des Pays-Bas (6 millions de dollars), Demande de financement du Ghana au Fonds mondial pour lutter contre le VIH/la tuberculose, 2018-2020.

⁵⁷ Demande de financement du Ghana au Fonds mondial pour lutter contre le VIH/la tuberculose, 2018-2020.

⁵⁸ 2017, Ministère de la Santé, Programme de travail du Gouvernement du Ghana.

⁵⁹ Il s'agit d'un accord conclu entre le Gouvernement du Ghana et le Fonds mondial en vertu duquel le premier qui ne pouvait pas rembourser 27 millions de dollars de produits pharmaceutiques et de santé détruits lors de l'incendie du magasin central de produits médicaux s'est en contrepartie engagé à établir une chaîne d'approvisionnement fonctionnelle dans le pays.

⁶⁰ Ce montant est basé sur les calculs du Bureau de l'Auditeur général du Ghana.

le remboursement des recettes tirées des ventes de CTA ont limité leur réinvestissement en vue d'acheter davantage de CTA à l'avenir, ou pour d'autres priorités programmatiques. Les investissements au titre de l'Accord relatif à l'incendie du CMS et le remboursement des recettes tirées des CTA sont communiqués au Comité des recouvrements du Fonds mondial qui en assure aussi le suivi.

Pour remédier à ces problèmes financiers, les pouvoirs publics ont constitué un Fonds national pour le VIH/sida en 2016, en vue de fournir des ressources financières à la riposte nationale au VIH/sida. Les modalités et la méthode de mise en œuvre de ce Fonds n'ont cependant pas encore été finalisées et le Secrétariat du Fonds reste à créer. L'Unité de mobilisation des ressources du ministère de la Santé a été chargé de réfléchir à des stratégies pour mobiliser des ressources pour le secteur de la santé.

Action convenue de la Direction 1

S'agissant des subventions du Fonds mondial et des engagements de cofinancement du Gouvernement, le Secrétariat aidera le ministère de la Santé à élaborer :

- une liste des rôles et responsabilités du ministère de la Santé et du Service de santé du Ghana,
- des produits à fournir et des indicateurs clés de résultats.

Le Secrétariat aidera le ministère de la Santé à garantir l'accomplissement de tous les engagements restant à liquider au titre de l'Accord relatif à l'incendie du CMS, et à transmettre un plan pour l'investissement des recettes tirées des CTA collectées par le Gouvernement du Ghana.

Titulaire : Responsable de la Division de la gestion des subventions

Date cible : 30 juin 2020

4.2. Amélioration nécessaire de la visibilité des données logistiques de la chaîne d'approvisionnement et de leur utilisation à des fins décisionnelles, et des pratiques de gestion efficace des stocks

La mauvaise qualité des informations sur les stocks et l'inadéquation des pratiques de gestion des stocks au niveau infranational ont un impact sur les programmes et la qualité des services.

Avec le soutien du Fonds mondial et de partenaires – dont l'USAID, le Ghana a réussi à résoudre différents problèmes relatifs à la chaîne d'approvisionnement depuis le dernier audit du BIG de 2015. Par le biais de son mécanisme d'achat groupé, le Fonds mondial garantit un approvisionnement en temps voulu de médicaments et de produits lorsque des demandes sont reçues des programmes nationaux. Des mécanismes alternatifs de stockage et de distribution, y compris de livraison jusqu'au dernier kilomètre, sont utilisés depuis l'incendie du magasin central de fournitures médicales du pays. Des systèmes logistiques manuels sont aussi en train d'être automatisés.

Cependant, l'inadéquation des pratiques de gestion des stocks et le recours limité aux données logistiques à des fins décisionnelles continuent d'avoir un impact préjudiciable sur la chaîne d'approvisionnement.

Visibilité et utilisation limitées de données essentielles sur les stocks pour faciliter les prises de décisions

L'un des principaux objectifs d'un système d'information de gestion de la logistique (LMIS) efficace est de fournir en temps voulu des informations précises sur les niveaux des stocks de produits tout le long de la chaîne d'approvisionnement. Les données du LMIS ne sont pas utilisées de façon efficace, en particulier au niveau régional, pour éclairer les décisions de gestion – comme les distributions et redistributions des stocks, et la logistique des retours⁶¹. Cette situation a contribué à des péremptions de produits d'une valeur d'un million de dollars dans les entrepôts et les établissements visités, et à des ruptures de stock de produits essentiels pendant plus de 30 jours dans 70 % des établissements visités (pouvant atteindre parfois 200 jours)⁶². Cela a entraîné des interruptions de traitement contre le paludisme lorsque toutes les formes de CTA étaient en rupture de stock. Dans d'autres cas, lorsque les programmes et les établissements de santé utilisaient des protocoles/produits alternatifs en cas de rupture de stock des produits dédiés, ou lorsqu'ils cherchaient à atténuer les risques de péremption, les traitements n'étaient pas conformes aux meilleures pratiques des programmes et de gestion de la chaîne d'approvisionnement. L'utilisation de données exactes du LMIS pour engager des mesures correctives aurait, dans de nombreux cas, permis d'éviter des ruptures de stock ou des péremptions. Par exemple, le magasin central et les magasins régionaux de fournitures médicales conservaient respectivement trois et 22 mois de stocks de cartouches GeneXpert au moment de l'audit, mais des ruptures de stock de cartouches de 62 jours en moyenne (maximum 178 jours) ont été observées dans 25 % des établissements visités. L'exécution des commandes pose également problème. Les commandes de médicaments et de produits contre les trois maladies n'étaient satisfaites qu'à hauteur de 58 % dans les établissements visités.

L'absence de rigueur des communications du LMIS contribue au problème. Le système de gestion de l'entreposage dans un magasin régional n'assure pas le suivi des numéros de lots ni des dates de péremption des produits, ce qui fait obstacle à la traçabilité. Les rapports sur la consommation des

⁶¹ La logistique des retours est le processus qui consiste à rapatrier les biens de leur destination finale habituelle pour en estimer la valeur ou les éliminer de façon appropriée.

⁶² Les ruptures de stock incluent :

- Des ruptures de stocks d'en moyenne 200 jours (maximum 1 011 jours) pour au moins un produit antipaludique dans 87 % des établissements visités. Des formulations ont dû être combinées/dissociées qui ne respectaient pas les meilleures pratiques conformes aux lignes directrices de l'OMS. Obstacles à la consommation de médicaments et au rapprochement avec les patients. Ruptures de stock de toutes les formulations dans quatre établissements, entraînant des interruptions de traitement.
- Des ruptures de stock d'en moyenne 54 jours (maximum 91 jours) pour les produits contre le VIH dans 93 % des établissements visités.
- Des ruptures de stock d'en moyenne 33 jours (maximum 370 jours) pour les médicaments antituberculeux dans 70 % des établissements visités, y compris de médicaments essentiels, entraînant des interruptions de traitement.

points de prestation des services à l'intention de l'administration centrale, qui sont gérés par le personnel du Service de santé du Ghana, ont connu des retards (de 21 jours en moyenne pour le VIH et la tuberculose), ce qui empêche de prendre des décisions en temps voulu.

Inadéquation des pratiques de gestion des stocks à l'échelon infranational

Le Secrétariat et le Gouvernement ont mis en place des mécanismes pour protéger les produits financés par des subventions au niveau central. On observe pourtant une mauvaise tenue des registres, une inadéquation des conditions de stockage et une inefficacité des mécanismes de responsabilité au niveau régional et à l'échelon des établissements. Seulement 40 %⁶³ des établissements visités disposaient de thermomètres dans les salles de stockage, dont la moitié seulement avaient un enregistreur de températures. Seulement 13 % des établissements disposaient de directives/documentations pour garantir de bonnes conditions de stockage. La moitié des établissements n'avaient pas physiquement retiré les médicaments périmés des salles de stockage, ce qui pouvait conduire des personnes à utiliser des stocks périmés. Parmi les établissements visités, 43 % ne pouvaient produire aucune preuve de la réalisation d'inventaires périodiques. Durant l'audit 63 % des établissements affichaient des écarts entre les cartes de stock et les stocks physiques. Bien que non significatifs au plan financier (0,26 million de dollars), ces écarts révélaient néanmoins des problèmes de contrôle interne relatifs à la gestion des stocks à l'échelon des établissements.

L'inadéquation de la gestion des stocks et du stockage peut affecter l'action et l'efficacité des médicaments, ce qui conduit à l'échec des traitements et à la résistance aux médicaments. L'inadéquation de la qualité et de l'efficacité des supervisions formatives et des formations a contribué aux problèmes de gestion des stocks. Seulement 13 % des établissements visités ont bénéficié d'une mission de supervision pharmaceutique technique et 13 % des établissements ont formé des membres du personnel à la tenue des registres des stocks. En outre, lorsque des missions de supervision formative ont été entreprises par des directions régionales et des districts, aucun rapport de supervision ou mesure de suivi n'a été communiqué aux établissements de santé, ce qui a limité leur efficacité.

Au titre de l'Accord relatif à l'incendie du CMS, le Gouvernement du Ghana s'est engagé à assurer la fourniture de composantes fonctionnelles du Plan directeur pour la chaîne d'approvisionnement, d'un montant de 27 millions de dollars, principalement pour des activités clés relatives à la livraison jusqu'au dernier kilomètre, au LMIS et à l'entreposage. Ces initiatives avaient pour objectif de résoudre les problèmes d'information, décisionnels et de gestion des stocks soulignés plus haut. Cependant, certaines étapes essentielles de l'accord ont été retardées, notamment la réhabilitation des entrepôts régionaux afin qu'ils soient conformes aux normes de stockage de l'OMS. L'élaboration d'un LMIS électronique a pris du retard par rapport à sa date butoir initiale de septembre 2018, et le déploiement au niveau des régions et districts a été planifié pour février 2019.

Outre ces deux problèmes actuels, un troisième facteur – relatif à des retards (de 65 jours en moyenne) dans le dédouanement portuaire des produits financés par le Fonds mondial – a eu un impact préjudiciable sur la chaîne d'approvisionnement dans le passé. Depuis l'audit, le problème a été traité et un processus finalisé entre les entités chargées des achats afin de gérer les rôles et les délais.

Action convenue de la Direction 2

Le Secrétariat aidera le ministère de la Santé à :

- achever l'installation d'un système d'information de gestion de la logistique (LMIS) dans les hôpitaux universitaires, les magasins régionaux de fournitures médicales (RMS), les hôpitaux régionaux et de district et les centres de santé au niveau des sous-districts, conformément à l'Accord relatif à l'incendie du magasin central de fournitures médicales (CMS) ;

⁶³ 12 des 30 établissements visités.

- établir des processus écrits et des responsabilités pour :
 - utiliser les données logistiques générées par le LMIS pour améliorer la disponibilité des produits à tous les niveaux,
 - veiller au respect des plans de supervision formative et de formation, et à la qualité des missions de supervision, tant pour les données de la chaîne d'approvisionnement que programmatiques (voir la constatation 4.5).

Titulaire : Responsable de la Division de la gestion des subventions

Date cible : 30 juin 2020

4.3. Améliorations requises au niveau du dépistage du VIH, du traitement et de la suppression de la charge virale pour atteindre les objectifs nationaux d'ici à 2020

La qualité médiocre des interventions contre le VIH, notamment la faiblesse de la couverture du dépistage, l'inadéquation des aiguillages et du suivi des patients, et l'insuffisance du suivi des patients séropositifs au VIH sont des obstacles à la réalisation des objectifs nationaux fixés pour 2020.

En 2016, le Ghana a adopté une politique universelle « de dépistage et de traitement » conformément aux ambitieux objectifs 90-90-90 de l'ONUSIDA⁶⁴. Le plan stratégique national (2016-2020) s'est fixé pour objectif de dépister environ 13 millions de personnes d'ici à 2020 et d'augmenter la couverture du traitement antirétroviral de 35 % à 90 %, en mettant 229 920 personnes sous traitement⁶⁵. Le programme doit résoudre les problèmes suivants relatifs au dépistage et au traitement pour améliorer les résultats et permettre ce déploiement à grande échelle à l'horizon 2020.

Faiblesse de la couverture et de la qualité du dépistage du VIH, en particulier parmi la population générale

Globalement, la couverture du dépistage du VIH s'établissait à 65 % de l'objectif cumulé du cadre de résultat de la subvention en juin 2018⁶⁶. La faiblesse et le caractère non ciblé du dépistage contribuent aux nouvelles infections parmi les adultes (personnes âgées de 15 ans et plus) – qui ont augmenté de 49 %, de 11 400 en 2010 à 17 000 en 2016⁶⁶. Des diagnostics précoces ont pu être manqués du fait d'un dépistage dont le taux est faible et le ciblage insuffisant.

La moindre sensibilisation de la population générale au VIH et l'absence d'interventions grand public sur les changements de comportement contribuent à la faiblesse du taux de couverture du dépistage⁶⁶. Les ruptures de stock de trousse de dépistage dans les établissements sont aussi un facteur qui contribue à cette situation : 37 % et 53 % des établissements visités par les auditeurs ont souffert de ruptures de stock de trousse de dépistage de première intention et de confirmation, respectivement, avec des ruptures de stock d'en moyenne 38 jours (maximum 382 jours). La médiocrité de la stratégie de dépistage différencié contribue à la faiblesse de la couverture et du taux de dépistage. Les autres facteurs responsables incluent des pratiques discriminatoires, la stigmatisation et la criminalisation des populations clés, y compris les professionnel(le)s du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes⁶⁶.

Les auditeurs ont constaté que les dépistages du VIH étaient de mauvaise qualité. Parmi les établissements visités, 80 % ne disposaient pas d'un algorithme écrit de dépistage du VIH et 73 % ne respectaient pas régulièrement l'algorithme de dépistage⁶⁷. Ils ont découvert des trousse de dépistage First Response et Oraquick Second Response périmées dans 37 % et 13 % des établissements visités, respectivement⁶⁸, notamment un cas dans lequel les trousse se trouvaient sur la table de dépistage – au risque d'établir un diagnostic erroné. Les facteurs à l'origine de la mauvaise qualité du dépistage incluent l'indisponibilité de lignes directrices de dépistage. Aucune supervision n'a été réalisée au cours des 12 derniers mois pour 93 % des établissements, et 88 %⁶⁹ des prestataires

⁶⁴ Objectifs 90-90-90 de l'Initiative d'accélération de la riposte de l'ONUSIDA : 90 % des personnes vivant avec le VIH ont connaissance de leur séropositivité, 90 % des personnes conscientes de leur séropositivité sont durablement mises sous traitement et 90 % des personnes vivant avec le VIH sous traitement bénéficient d'une suppression de leur charge virale.

⁶⁵ Plan stratégique national de lutte contre le VIH/sida, 2016-2020. Manuel de prestation différenciée des services du Service de santé du Ghana, décembre 2017.

⁶⁶ Rapport du MOH sur les résultats actuels à l'intention du Fonds mondial, juin 2018.

⁶⁷ Le non-respect de l'algorithme inclut : Cas réactifs au test First Response non confirmés par un test OraQuick et directement déclarés positifs. Cas déclarés positifs sans qu'aucun test ne soit pratiqué. Cas dans lesquels les test First Response et OraQuick donnent un résultat discordant – lequel est communiqué sans que l'on procède à un test PCR déterminant. Cas de dépistage avec le seul test OraQuick sans utilisation du test First Response.

⁶⁸ Quatre des 30 établissements fournissant des services de dépistage du VIH avaient des trousse de dépistage First Response périmées, et 11 des 30 établissements avaient des trousse de dépistage Oraquick-Second Response périmées.

⁶⁹ Examen technique du VIH au Ghana – Organisation mondiale de la Santé, Fonds mondial, International AIDS Society, septembre 2018.

des tests de dépistage des établissements visités n'avaient pas fait l'objet d'un contrôle d'aptitude durant la même période.

Faible aiguillage vers le traitement et inadéquation du suivi des patients perdus de vue

La fourniture d'un traitement antirétroviral est une composante fondamentale de la riposte au VIH, aussi bien en tant que traitement qu'en tant que stratégie de prévention. Parmi les patients dépistés séropositifs au VIH, seulement 37 % sont mis sous traitement⁷⁰ et le taux de patients perdus de vue après leur mise sous traitement est de 22 %⁷¹. En ce qui concerne les établissements visités, seulement 60 % des patients diagnostiqués séropositifs au VIH étaient mis sous traitement.

La médiocrité du système d'aiguillage des patients vers le traitement est un facteur qui contribue aux mauvais résultats. Il n'existe pas de mécanisme documenté pour enregistrer et suivre les patients perdus de vue dans 80 %⁷² des établissements visités, et la base de données électronique des patients séropositifs au VIH ne peut pas produire de rapports pour suivre les perdus de vue. En octobre 2018, le programme de lutte contre le VIH a commencé à recruter des personnes vivant avec le virus dans le cadre d'un programme intitulé « Modèles d'espoir » qui devrait améliorer le suivi des patients perdus de vue. Des ruptures de stock d'en moyenne 54 jours (maximum 91 jours) de certains médicaments contre le VIH ont été observées dans plus de 57 % pour des établissements visités.

Médiocrité du suivi des patients sous traitement contre le VIH

La mesure de la charge virale⁷³ est le moyen standard permettant de suivre le traitement des personnes vivant avec le VIH et cette mesure est essentielle pour garantir le succès du traitement. Seulement 65 % des patients sous traitement antirétroviral bénéficiaient d'une surveillance de leur charge virale dans les établissements visités⁷⁴. Au plan national, seulement 33 % des patients faisaient l'objet d'une évaluation de leur charge virale et le taux de suppression de la charge virale s'établit à 51%, avec de très grandes disparités entre les régions (de 6 % à 81 %). Des mesures insuffisantes de la charge virale entraînent des risques de mortalité plus élevés et de résistance aux médicaments, lorsque les patients ne réagissent pas au traitement.

Bien que des appareils de mesure de la charge virale soient disponibles dans neuf des 10 régions, les cliniciens n'ont pas été formés depuis la transition d'une approche de test ciblé à une approche de test de routine en 2018, et la dotation en personnel des services de laboratoire est inadéquate. L'inadéquation des mécanismes de transport des échantillons limite l'utilisation des capacités existantes de mesure de la charge virale. Actuellement, les établissements de santé doivent livrer eux-mêmes les échantillons, mais le Service de santé du Ghana travaille avec le Service postal du pays pour trouver des solutions afin de résoudre les problèmes de transport des échantillons.

Les échantillons de mauvaise qualité ou inadéquats prélevés par les établissements de santé entraînent leur rejet et l'échec des tests, ce qui contribue à fragiliser le suivi. En septembre 2018, par exemple, 7,2 % des mesures de la charge virale du plus grand hôpital universitaire du Ghana ont échoué. Le logiciel actuel de mesure de la charge virale limite l'impression des résultats individuels, ce qui entraîne des erreurs dans les rapports à l'intention des patients lorsque les résultats sont copiés/collés. Des informations vitales manquent dans les registres de la charge virale des échantillons, ce qui contribue à établir des résultats inexacts. Entre avril et octobre 2018, par exemple, 11 % des saisies du registre de la charge virale ne comportaient pas les noms des techniciens de laboratoire qui enregistrent les tests et 14 % des entrées n'indiquaient pas le numéro de référence de l'échantillon. Cette situation ne permet pas un suivi approprié des échantillons prélevés par les établissements de santé.

⁷⁰ Examen technique du VIH au Ghana – Organisation mondiale de la Santé, Fonds mondial, International AIDS Society, septembre 2018.

⁷¹ Évaluation des services de traitement du VIH au Ghana, septembre 2016.

⁷² 24 des 30 établissements visités.

⁷³ Une mesure de la charge virale évalue le nombre de particules virales du VIH par millilitre de sang. Une charge virale basse indique que le traitement est efficace. Une charge virale élevée chez une personne sous traitement indique soit que le médicament n'est pas pris de façon appropriée soit que le virus devient résistant au médicament.

⁷⁴ Mesure de la charge virale en laboratoire au Ghana – Plan de développement 2017-2020.

Une stratégie a été élaborée en septembre 2017 pour déployer à grande échelle le suivi de la charge virale. En octobre 2018, le Ghana a établi un plan d'accélération pour résoudre les problèmes de son programme de lutte contre le VIH afin d'atteindre les objectifs 90-90-90 à l'horizon 2020. Cependant, les sources de financement et le mécanisme de mise en œuvre n'ont pas encore été finalisés.

Les problèmes de la chaîne d'approvisionnement en médicaments sont couverts par l'Action convenue de la direction 2.

Action convenue de la Direction 3

Le Secrétariat aidera le ministère de la Santé à :

- élaborer et déployer une base de données électronique hors ligne des patients séropositifs au VIH dans les sites de traitement antirétroviral couvrant 85 % des patients sous traitement pour servir de source de données afin de suivre la mise en œuvre du plan d'accélération en direction des objectifs 90-90-90 de lutte contre le VIH ;
- élaborer un plan pour mettre en œuvre des modèles différenciés de dépistage afin d'accroître la sensibilisation et les changements de comportement à l'égard du dépistage, et d'améliorer la qualité du dépistage, en permettant d'identifier les personnes vivant avec le VIH qui n'ont pas encore connaissance de leur statut sérologique.

Titulaire : Responsable de la Division de la gestion des subventions

Date cible : 30 juin 2020

4.4. Importantes améliorations nécessaires au niveau de la détection des cas de tuberculose et de la gestion de la tuberculose multirésistante

La sous-utilisation des appareils de diagnostic, les problèmes de transport et le recours insuffisant aux travailleurs de santé communautaires entravent la détection des cas de tuberculose. Une mauvaise gestion de la tuberculose multirésistante grève aussi l'efficacité de la riposte face à une charge de morbidité croissante.

Problèmes au niveau de la détection des cas de tuberculose

Alors que l'on estime à 85 % le taux de succès du traitement contre la tuberculose au Ghana, l'enquête de prévalence de la tuberculose de 2015 indiquait que la charge de morbidité globale était en fait quatre fois supérieure à ce qui avait été précédemment indiqué. Le taux de détection des cas s'établit à 33 % – et non à l'estimation antérieure de 80 %⁷⁵, soit à un niveau très inférieur au taux mondial moyen de détection des cas. Parmi les patients symptomatiques demandeurs de soins qui ont été sondés, 75 % et 85 % ne se sont pas vu proposer de dépistage de la tuberculose dans les établissements publics et les établissements privés, respectivement. La notification des cas de tuberculose diminue, avec un recul de 3 % de la notification des cas totaux entre 2015 et 2017⁷⁶. Les principales raisons à l'origine du bas niveau de détection des cas sont les suivantes :

Sous-utilisation des appareils GeneXpert pour le diagnostic primaire : Les pouvoirs publics ghanéens ont adopté l'appareil GeneXpert comme outil de diagnostic primaire au deuxième trimestre 2017. Le Fonds mondial a aidé le pays à déployer à grande échelle l'accès aux appareils GeneXpert – dont le nombre est passé de 15 en 2015 à 128 en 2017⁷⁷. Cependant, le taux moyen d'utilisation des appareils GeneXpert a été de 2,1 tests par appareil et par jour en 2017 et 2018, par rapport au propre objectif du programme national de quatre tests par appareil et par jour. Les facteurs à l'origine de la sous-utilisation des appareils sont notamment l'indisponibilité des nouvelles directives à l'échelon des établissements, l'absence de formation aux nouvelles directives et la moindre propension du personnel à utiliser les appareils GeneXpert. Aucun des 16 établissements de santé dotés d'appareils GeneXpert visités par le BIG ne disposait des nouvelles directives nationales et 40 % du personnel des établissements visités n'avaient pas reçu de formation au diagnostic/traitement de la tuberculose au cours des 12 mois précédents.

Les ruptures de stock de cartouches GeneXpert constituent un autre facteur. Parmi les établissements visités, 25 % ont déclaré des ruptures de stock de cartouches, d'une durée moyenne de 62 jours (maximum 178 jours). Du fait de pannes de modules, 12,5 % des appareils GeneXpert fonctionnaient mal. Les fluctuations et les coupures de courant empêchaient aussi d'obtenir des résultats, entraînant un gaspillage des cartouches et des dommages aux appareils GeneXpert⁷⁸. Les équipements d'alimentation de secours achetés ne permettent pas d'utiliser les appareils GeneXpert pendant plus de 30 minutes et ne sont pas efficaces pour maintenir les appareils en fonction.

Absence de mécanisme efficace de transport des échantillons d'expectorations : Un mécanisme fiable de transport des échantillons d'expectorations des sites éloignés de diagnostic vers les laboratoires GeneXpert est essentiel pour améliorer l'accessibilité, l'utilisation et l'exactitude des diagnostics. Alors que les établissements publics de santé prennent en charge un quart des patients en demande de soins médicaux, seulement 6 % de ces établissements disposent d'installations de diagnostic⁷⁹, ce qui souligne la nécessité d'établir des liaisons entre les établissements et les laboratoires. Actuellement, il n'existe pas de système défini de transport des expectorations et les districts organisent eux-mêmes ce transport. La Private Road Transport Union du Ghana a été contactée par fournir ce service, mais le contrat n'a pas encore été signé.

⁷⁵ Demande de financement du Ghana pour lutter contre le VIH/sida et la tuberculose, 2017.

⁷⁶ Rapport annuel sur la tuberculose, 2017.

⁷⁷ Rapport actualisé sur l'installation d'appareils GeneXpert.

⁷⁸ Demande de financement du Ghana pour lutter contre le VIH/sida et la tuberculose, 2018-2020.

⁷⁹ Rapport épidémiologique sur la tuberculose au Ghana, septembre-octobre 2017.

Exploitation sous-optimale de la planification et des services de santé communautaires (CHPS) : Bien que les trois maladies aient le statut d'épidémies généralisées dans le pays, toutes les structures CHPS ne fournissent pas des services de prise en charge des trois maladies. Par exemple, sur plus de 5 000 structures CHPS, seulement 850 (17 %) sont tenues de rendre compte des services de prise en charge de la tuberculose dans le DHMIS2. Il s'agit d'une opportunité manquée dans la mesure où ces structures établies pourraient aider à élargir la couverture de façon significative.

Le pays a pour objectif d'améliorer la détection des cas de tuberculose par le biais d'une stratégie intensifiée de détection des cas dans 113 districts prioritaires afin de renforcer les approches à assise communautaire via les structures CHPS. Le Service de santé du Ghana met en place des mesures pour accroître l'optimisation des appareils GeneXpert, y compris des objectifs de résultat pour les directeurs médicaux relatifs à la notification des cas, aux taux de perdus de vue et aux taux de létalité.

Amélioration nécessaire de la gestion de la tuberculose multirésistante

Parmi les cas notifiés de tuberculose résistante aux médicaments, 55 % sont mis sous traitement⁸⁰ et le taux de succès thérapeutique est de 55 %. La mise sous traitement et le succès thérapeutique ont été affectés par des retards dans le déploiement du schéma thérapeutique de courte durée qui, malgré son adoption par le Ghana en 2016, n'avait été mis en place que dans cinq des 10 régions en mai 2018. L'attente des résultats des cultures/tests de référence avant la mise sous traitement des patients est un facteur : les résultats des cultures ont régulièrement connu des retards de jusqu'à trois mois⁸¹. En outre, le coût d'un test de référence est un obstacle pour les patients⁸², une dépense supplémentaire qui n'est pas totalement financée par le Fonds mondial. Des ruptures de stock de médicaments contre la tuberculose multirésistante (injection de capréomycine) ont été constatées au niveau central⁸³.

Le Ghana ne dispose pas d'un centre de traitement dédié à la tuberculose multirésistante offrant une lutte appropriée contre l'infection et alignée sur les lignes directrices de l'OMS. L'absence de lutte efficace contre l'infection durant un traitement en ambulatoire compromet la sécurité des travailleurs de santé, de leurs collègues, des patients et des visiteurs. Les appareils GeneXpert devenant des outils de diagnostic primaire et leur nombre augmentant, il est probable qu'un plus grand nombre de cas de tuberculose multirésistante seront détectés, ce qui exercera des pressions supplémentaires sur le programme de lutte contre la tuberculose multirésistante.

Action convenue de la Direction 4

Le Secrétariat aidera le ministère de la Santé à élaborer un plan pour :

- améliorer l'utilisation des appareils GeneXpert, y compris en améliorant les mécanismes de transport des expectorations, et
- améliorer la détection intensifiée de cas en opérationnalisant une liaison vers les cas manquants entre les niveaux régional et communautaire.

Titulaire : Responsable de la Division de la gestion des subventions

Date cible : 31 mars 2020

⁸⁰ Rapport sur les résultats actuels/demandes de décaissement de la subvention Tuberculose, MOH, décembre 2017.

⁸¹ Mission de suivi au Ghana du Service pharmaceutique mondial, juin-juillet 2018.

⁸² Rapport épidémiologique sur la tuberculose au Ghana, septembre 2017.

⁸³ En juillet 2016, mai 2017, octobre 2017 et janvier 2018.

4.5. Améliorations nécessaires pour garantir des données de qualité pour le processus décisionnel malgré des progrès dans la gestion des données

Au Ghana, le processus décisionnel est fragilisé par le caractère incomplet et imprécis des données, ce qui a conduit à des révisions importantes des estimations de la charge de morbidité.

Au Ghana, le Fonds mondial et d'autres partenaires s'appuient sur des données sanitaires de routine collectées et communiquées par le Système d'information sur la gestion de la santé des districts (DHIMS2)⁸⁴ pour prendre des décisions. Le pays déploie l'e-Tracker, une base de données électronique, comme module du DHIMS2 pour communiquer des données et des enregistrements basés sur les cas pour la santé maternelle et infantile, la tuberculose, le VIH et la planification et les services de santé communautaires (CHPS). Depuis le précédent audit du BIG de 2015, des outils complets de validation des procédures opératoires normalisées et des données ont été préparés et déployés, et les rôles et responsabilités du personnel en matière de gestion des données ont été harmonisés entre le DHIMS2 et la base de données électronique. La ponctualité des communications du DHIMS2 s'est améliorée de 46 % en 2015 à 89 % en 2017⁸⁵.

Cependant, les données relatives au VIH et à la tuberculose communiquées dans le DHIMS2 sont incomplètes. Deux des quatre hôpitaux universitaires et 12 % (45 sur 375) des centres de traitement antirétroviral ne communiquent pas de données au DHIMS2. De plus, les audits de la qualité des données effectués par le récipiendaire principal en 2018 ont constaté que les données n'avaient pas été saisies dans le DHMIS pour un ou plusieurs mois. Les structures CHPS communiquent insuffisamment leurs données au DHMIS2 : si la subvention Paludisme a atteint 92 % de son objectif de communication, le chiffre n'était que de 32 % pour la subvention VIH et de 53 % pour la subvention Tuberculose. En outre, seulement 9 % et 32 % des établissements privés ont communiqué des données sur la tuberculose et le VIH, respectivement, dans le DHMIS2 (78 % l'ont fait pour les données sur le paludisme). Les audits de la qualité des données effectués par les programmes nationaux ont mis en évidence des problèmes d'exactitude des données. Par exemple, le dernier audit de la qualité des données sur le VIH a constaté que 82 % des 99 établissements de santé visités dans les 10 régions du Ghana présentaient des problèmes d'exactitude des données communiquées dans le DHIMS2.

Ces problèmes affectent la fiabilité et l'utilisation des données. On a par exemple récemment estimé que le nombre de personnes vivant avec le VIH sous traitement était inférieur de 40 000 au nombre précédemment communiqué de 140 000, ce qui a une incidence sur les prises de décisions⁸⁶. Le taux de détection de cas de tuberculose a été révisé sur la base d'une enquête qui a identifié une prévalence beaucoup plus élevée de la tuberculose, mais les données de routine sur le dépistage et le traitement n'étaient pas antérieurement utilisées pour identifier et corriger ce décalage.

L'inadéquation/l'inefficacité de la supervision et de la formation des responsables de la gestion des données ont contribué aux problèmes de qualité de celles-ci. Dans les établissements contrôlés lors de l'audit, seulement 7 % des membres du personnel qui remplissent les registres avaient reçu une formation et 23 % avaient bénéficié d'une supervision formative au cours des 12 mois précédents. Parmi les établissements visités, 47 % avaient connu des ruptures de stock de registres et de formulaires de déclaration. S'agissant du VIH, les fonctionnalités de la base de données électronique étaient limitées, ce qui a eu un impact sur la qualité des données ; une mauvaise connexion internet limite les communications des établissements qui peuvent uniquement communiquer leurs données au moyen d'un outil en ligne. L'outil ne facilite pas la communication du nombre de personnes sous traitement antirétroviral et ne peut ventiler les données pour les populations clés. Des efforts sont en cours pour remédier à ces problèmes qui touchent la base de données électronique.

⁸⁴ Le DHMIS2 est la plateforme officielle pour le recueil/la communication de données pour les informations sanitaires stratégiques. Elle est actuellement accessible dans 216 districts.

⁸⁵ Données du DHMIS2 du Ghana.

⁸⁶ Examen du traitement antirétroviral au Ghana, 2018.

Action convenue de la Direction

L'Action convenue de la Direction 2 couvre le respect des plans de supervision et de formation, et la qualité des missions de supervision des données programmatiques. L'Action convenue de la Direction 3 couvre le déploiement de la base de données électronique. Aucune autre action n'est requise.

5. Récapitulatif des actions convenues de la Direction

Action convenue de la Direction	Date cible	Titulaire
S'agissant des subventions du Fonds mondial et des engagements de cofinancement du Gouvernement, le Secrétariat aidera le ministère de la Santé à élaborer : - une liste des rôles et responsabilités du ministère de la Santé et du Service de santé du Ghana, - des produits à fournir et des indicateurs clés de résultats. Le Secrétariat aidera le ministère de la Santé à garantir l'accomplissement de tous les engagements restant à liquider au titre de l'Accord relatif à l'incendie du CMS, et à transmettre un plan pour l'investissement des recettes tirées des CTA collectées par le Gouvernement du Ghana.	30 juin 2020	Responsable de la Division de la gestion des subventions
Le Secrétariat aidera le ministère de la Santé à : - achever l'installation d'un système d'information de gestion de la logistique (LMIS) dans les hôpitaux universitaires, les magasins régionaux de fournitures médicales (RMS), les hôpitaux régionaux et de district et les centres de santé au niveau des sous-districts, conformément à l'Accord relatif à l'incendie du magasin central de fournitures médicales (CMS) ; - établir des processus écrits et des responsabilités pour : - utiliser les données logistiques générées par le LMIS pour améliorer la disponibilité des produits à tous les niveaux, - veiller au respect des plans de supervision formative et de formation, et à la qualité des missions de supervision, tant pour les données de la chaîne d'approvisionnement que programmatiques (voir la constatation 4.5).	30 juin 2020	Responsable de la Division de la gestion des subventions
Le Secrétariat aidera le ministère de la Santé à : - élaborer et déployer une base de données électronique hors ligne des patients séropositifs au VIH dans les sites de traitement antirétroviral couvrant 85 % des patients sous traitement pour servir de source de données afin de suivre la mise en œuvre du plan d'accélération en direction des objectifs 90-90-90 de lutte contre le VIH ; - élaborer un plan pour mettre en œuvre des modèles différenciés de dépistage afin d'accroître la sensibilisation et les changements de comportement à l'égard du dépistage, et d'améliorer la qualité du dépistage, en permettant d'identifier les personnes vivant avec le VIH qui n'ont pas encore connaissance de leur statut sérologique.	30 juin 2020	Responsable de la Division de la gestion des subventions

Le Secrétariat aidera le ministère de la Santé à élaborer un plan pour : • améliorer l'utilisation des appareils GeneXpert, y compris en améliorant les mécanismes de transport des expectorations, et • améliorer la détection intensifiée de cas en opérationnalisant une liaison vers les cas manquants entre les niveaux régional et communautaire.	31 mars 2020	Responsable de la Division de la gestion des subventions
---	--------------	--

Annexe A : Classification générale des notations d'audit

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

Annexe B : Méthodologie

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

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

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

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

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