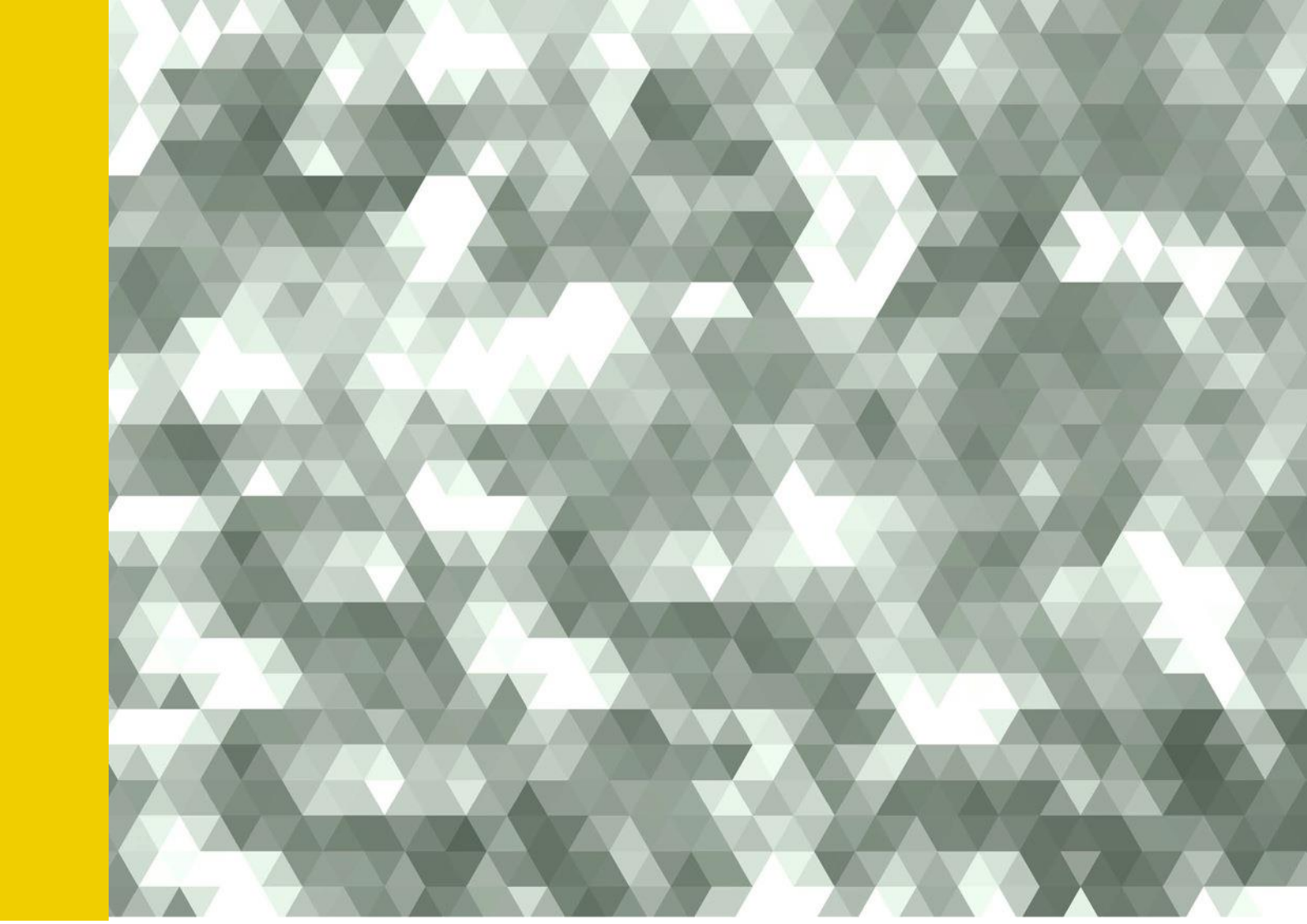




Rapport d'audit

Subventions du Fonds mondial en République de Côte d'Ivoire

GF-OIG-20-007
26 mars 2020
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 :

hotline@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

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

Message téléphonique – Boîte vocale sécurisée

24h/24 :

+41 22 341 5258

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	5
1.3	Principaux problèmes et risques	5
1.4	Notations	6
1.5	Résumé des actions convenues de la Direction	6
2.	Environnement et contexte.....	7
2.1	Contexte global	7
2.2	Différenciation des audits de pays par catégorie.....	7
2.3	Subventions du Fonds mondial en Côte d'Ivoire	8
2.4	Les trois maladies.....	9
2.5	Performance du Portefeuille	10
2.6	Considérations relatives à l'appétence au risque du pays.....	11
3.	Aperçu de l'audit	13
3.1	Objectifs	13
3.2	Portée et méthodologie	13
3.3	Progrès au niveau de problèmes précédemment identifiés	13
4.	Constatations	15
4.1	Amélioration nécessaire des fonctions de gouvernance et d'achat de l'UCP	15
4.2	Insuffisance de la traçabilité des médicaments délivrés au niveau des districts et à l'échelon des établissements de santé	17
4.3	Nécessité de renforcer les interventions communautaires contre le paludisme et d'accroître l'impact des investissements.....	19
4.4	Nécessité d'améliorer la coordination pour une efficacité accrue des interventions communautaires contre le VIH et une réduction du taux élevé de mortalité des patients coinfectés	22
5.	Récapitulatif des actions convenues de la Direction	25
	Annexe A : Classification générale des notations d'audit	26
	Annexe B : Méthodologie	27
	Annexe C : Appétence au risque et notations des risques : contenu, méthodologie et implications	28

1. Synthèse

1.1 Opinion

Avec des subventions signées d'un montant total de 191 millions d'euros pour le cycle actuel de financement, le Fonds mondial apporte environ 40 % des fonds totaux disponibles de la lutte contre le paludisme et la tuberculose en Côte d'Ivoire. Il est de ce fait le principal partenaire de financement de cette lutte.

Les mécanismes de mise en œuvre des subventions ont été considérablement modifiés au ministère de la Santé au début 2018, avec la constitution d'une unité de gestion des programmes – l'Unité de Coordination des Projets (UCP). La décision ministérielle portant création de l'UCP a défini les grandes lignes de son mandat, mais pas le type d'entité de mise en œuvre qu'elle devrait être – que ce soit à court ou à long terme. Il est de ce fait difficile de concevoir une structure pour promouvoir l'évolution de l'UCP. La responsabilité limitée de cette unité vis-à-vis de fonctions centralisées, notamment de la fonction d'achat, n'aide pas à s'attaquer aux obstacles et aux problèmes qui affectent le processus d'approvisionnement. L'efficacité et l'efficience des nouveaux mécanismes de mise en œuvre au ministère de la Santé sont donc qualifiés de **partiellement efficaces**.

La traçabilité des médicaments est satisfaisante au niveau central. De même, les produits livrés par la Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique (NPSP) aux districts et hôpitaux sont traçables dans la plupart des cas. Une unité de validation des commandes des établissements de santé/districts a été mise en place à la NPSP. Les problèmes au niveau des stocks livrés concernent principalement les établissements de santé. Dans plusieurs centres de santé et centres de soins antituberculeux, la quantité consommée de médicaments antipaludiques et antituberculeux représentait presque le double de la quantité nécessaire au regard du nombre de cas déclarés, sans que ce décalage soit expliqué. Les transferts de médicaments entre établissements de santé ne sont pas supervisés ou documentés de façon adéquate, ce qui limite la transparence et la responsabilité. Les principaux facteurs qui contribuent à cette situation comprennent la portée limitée de la supervision ainsi que l'existence d'un vaste marché informel de produits de santé. L'adéquation et l'efficacité des contrôles et des processus de distribution et de traçabilité des produits de santé contre le paludisme et la tuberculose **nécessitent une nette amélioration**.

D'après les données de routine du système national d'information sur la gestion sanitaire (HMIS) du Ministère de la santé, la baisse des indicateurs d'impact du paludisme – tels que l'incidence du paludisme, les taux de mortalité et de positivité aux tests de dépistage du paludisme – est restée limitée par rapport aux résultats de 2015 et aux objectifs nationaux. Les problèmes de la lutte antivectorielle (faible taux d'utilisation des moustiquaires, résistance accrue aux insecticides) et de la prise en charge des cas de paludisme au niveau communautaire (ruptures récurrentes des stocks de produits, faible couverture) pourraient, entre autres facteurs, avoir contribué à la lenteur des progrès. En ce qui concerne la tuberculose, les interventions à assise communautaires ont contribué à stabiliser les notifications des cas et à réduire le taux des perdus de vue de 7 % en 2016 à 3 % en 2017. Cependant, le taux de mortalité des personnes coinfectedes par la tuberculose/le VIH (21 %) est élevé depuis cinq ans, en raison des insuffisances de la gestion conjointe de la coinfection ainsi que de la proportion élevée de patients séropositifs au VIH perdus de vue. Les interventions communautaires de lutte contre le VIH ont amélioré l'aiguillage des personnes nouvellement infectées par le virus vers les soins, mais l'insuffisance de la coordination entre les responsables de la mise en œuvre entraîne un chevauchement des interventions au niveau communautaire et une couverture sous-optimale des populations ciblées. L'adéquation et l'efficacité des interventions communautaires pour atteindre les objectifs de subvention visés sont jugées **partiellement efficaces**.

1.2 Principales réalisations et bonnes pratiques

Divers changements positifs depuis le dernier audit du BIG : L'UCP a été créée pour remédier aux problèmes, y compris aux difficultés de mise en œuvre des activités en faveur de SRPS¹. Relevant du Secrétaire permanent du ministère de la Santé, l'UCP jouit d'une position élevée au sein de cette institution par rapport aux autres maîtres d'œuvre que sont les programmes nationaux de lutte contre les maladies. L'UCP a élaboré divers outils et modèles pour aider les bénéficiaires des activités en faveur de SRPS à mieux les planifier et les gérer. Grâce à des contrôles périodiques des stocks, sa fonction d'audit interne joue un rôle efficace de surveillance des produits financés. La création d'une unité de validation des commandes à la NPSP en janvier 2019 permet d'assurer un alignement entre les besoins et les commandes des établissements de santé. Les nouvelles initiatives susmentionnées doivent encore être améliorées pour répondre pleinement aux attentes.

Bonne traçabilité des médicaments reçus au niveau central et périphérique : La traçabilité des produits de santé livrés par les fournisseurs au pays par le biais de la NPSP est bonne. Au niveau périphérique, la traçabilité des produits de santé livrés par la NPSP aux pharmacies et hôpitaux de district est satisfaisante.

Les subventions renforcent l'accent mis sur l'aiguillage vers les soins et la rétention dans le parcours de soins : Diverses initiatives, y compris une recherche active des femmes enceintes perdues de vue au niveau communautaire, ont contribué à faire croître la couverture du traitement préventif intermittent du paludisme de 23 % en 2016 à 42 % en 2018². L'allocation d'un budget pour accompagner les nouveaux séropositifs au VIH jusqu'au traitement a contribué à faire augmenter le taux de mises sous antirétroviraux des membres des populations clés nouvellement séropositives au VIH de 69 % en 2017 à 95 % en 2018³. En ce qui concerne la tuberculose, l'intensification des interventions à l'échelon communautaire a permis de réduire le nombre de patients perdus de vue de 7 % en 2016 à 3 % en 2017.

1.3 Principaux problèmes et risques

Les fonctions de gouvernance et d'achat de l'UCP doivent être améliorées : Près de deux ans après sa création, aucune vision de ce que l'UCP devrait être à court et à long terme n'a été définie, alors même que ce serait essentiel pour déterminer l'évolution future de sa structure. Actuellement, celle-ci ne lui permet pas de réaliser bon nombre des activités prévues dans la décision ministérielle relative à sa création. La responsabilité de l'UCP est limitée pour des fonctions clés telles que les achats et l'information financière. Par conséquent, l'achat centralisé de biens et de services continue de connaître des retards récurrents car le processus d'achat est partagé entre deux entités.

Traçabilité insuffisante des médicaments délivrés au niveau des districts et des établissements de santé : La comptabilisation des stocks dans les établissements de santé reste problématique. Dans 27 % (7 sur 26) des centres de santé et 20 % (2 sur 10) des centres de prise en charge de la tuberculose visités, la consommation comptabilisée de médicaments antipaludiques et antituberculeux était presque deux fois plus élevée que la consommation nécessaire au regard du nombre de cas déclarés, sans que ce décalage soit expliqué. Les transferts de médicaments entre établissements de santé ne sont pas supervisés et ne sont pas suffisamment documentés – ce qui nuit à la transparence et à la responsabilité afférentes aux transferts.

Peu de progrès par rapport aux objectifs nationaux de lutte contre le paludisme : Selon les données fournies par le système national d'information sur la gestion sanitaire, peu de progrès ont été enregistré dans la réalisation des objectifs de lutte contre le paludisme fixés pour 2020. En particulier, le taux d'incidence du paludisme en 2015 – attendu en baisse de 40 % à l'horizon 2020 – n'a pas du tout diminué. Il est possible que les faiblesses de la lutte antivectorielle y aient contribué,

¹ Systèmes résistants et pérennes pour la santé.

² Rapports sur les résultats actuels et demandes de décaissement de décembre 2016 et décembre 2018.

³ Rapports annuels d'activité d'Alliance 2017 et 2018.

parallèlement à d'autres problèmes relatifs à l'assainissement, à la qualité du dépistage des cas de paludisme et à l'amélioration de la notification des cas. On observe une résistance généralisée des vecteurs aux moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée (MILD), un faible taux d'utilisation des MILD (inférieur à 60 %), ainsi que des incohérences dans le processus d'enregistrement des campagnes de masse qui n'ont pas été examinées pour s'assurer de la fiabilité des données enregistrées.

Nécessité de renforcer les interventions communautaires de lutte contre le paludisme : La couverture de la population vivant à au moins 5 km du centre de santé le plus proche est encore faible avec un taux de 48 % dans les 12 régions bénéficiant des subventions du Fonds mondial. Dans les zones couvertes, plus de 20 % des travailleurs de santé communautaires ont connu des ruptures de stocks récurrentes de tests rapides de dépistage du paludisme et de médicaments antipaludiques qui ont duré au moins 15 jours par mois. En outre, une proportion importante des travailleurs de santé couvre un nombre élevé d'habitants – bien supérieur au seuil nominal de 500 habitants par travailleur. Cela limite leur capacité à effectuer un dépistage actif des cas de paludisme dans l'ensemble des communautés desservies, en vue d'un diagnostic précoce de la maladie.

1.4 Notations

	Objectif 1 : Efficacité et efficience des nouveaux mécanismes de mise en œuvre au ministère de la Santé
	Notation du BIG : Partiellement efficace
	Objectif 2 : Adéquation et efficacité des contrôles et des processus de distribution et de traçabilité des produits de santé contre le paludisme et la tuberculose
	Notation du BIG : Nécessite une nette amélioration
	Objectif 3 : Adéquation et efficacité des interventions communautaires pour atteindre les objectifs de subvention visés.
	Notation du BIG : Partiellement efficace

1.5 Résumé des actions convenues de la Direction

Le Bureau de l'Inspecteur général et le Secrétariat ont défini plusieurs mesures et produits attendus afin de combler les faiblesses identifiées. Le Secrétariat du Fonds mondial et les parties prenantes dans le pays s'emploient en particulier à :

- élaborer un plan pour l'UCP, comprenant un énoncé de vision, des termes de référence, un accord de niveau de service pour les services clés;
- renforcer la surveillance des produits de base en révisant le mandat de la supervision et en augmentant les examens d'assurance;
- élaborer un plan opérationnel mis à jour pour la prochaine distribution de campagne de masse des MILD;
- élaborer des mesures pour promouvoir une approche intégrée et améliorer la gestion conjointe de la riposte au VIH / TB, en mettant particulièrement l'accent sur les sites à forte charge.

2. Environnement et contexte

2.1 Contexte global

Située en Afrique occidentale, la République de Côte d'Ivoire est divisée en 31 régions, 108 départements, 410 sous-districts et deux districts autonomes : la plus grande ville Abidjan – qui abrite de nombreuses institutions du gouvernement central, et la capitale politique, Yamoussoukro. La moitié de la population vit dans des zones urbaines.

En tant qu'économie à revenu intermédiaire inférieur, la croissance du PIB est d'en moyenne 8 % par an depuis 2011, mais 46 % de la population vit encore sous le seuil de pauvreté⁴. Après une série de crises violentes, la dernière en date étant le conflit post-électoral de 2010-2011, le pays a tenu des élections pacifiques en 2015 et la stabilité politique est revenue depuis lors.

Population : **26 millions**

PIB par habitant : **1 610 USD**
(Banque mondiale, 2018)

Indice PNUD du développement humain : **170^{ème} pays sur 189**
(2018)

Indice Transparency International de la perception de la corruption : **105^{ème} pays sur 180** (2018)

Indice PNUD de l'inégalité entre les sexes : **155^{ème} pays sur 160** (2017)

En 2016, les dépenses de santé s'élevaient à 68 dollars par habitant. Les dépenses totales de santé sont revenues de 6 % du PIB en 2012 à 4,4 % en 2016⁵ (contre une moyenne de 5,15 % dans les pays d'Afrique subsaharienne qui ne sont pas des pays à revenu élevé).

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.

La Côte d'Ivoire 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)**
- ☐ Contexte d'intervention difficile
- ☐ Politique de sauvegarde supplémentaire

⁴ Banque mondiale, [Profil de la Côte d'Ivoire](#).

⁵ Indicateur de la Banque mondiale.

2.3 Subventions du Fonds mondial en Côte d'Ivoire

Entre 2003 et 2019, le Fonds mondial a signé 18 subventions avec la Côte d'Ivoire, pour un montant total de 736 millions de dollars⁶, dont 625,5 millions de dollars ont été décaissés à ce jour pour les trois maladies, y compris dans des activités en faveur de systèmes résistants et pérennes pour la santé.

L'allocation actuelle pour 2018-2020 totalise 191 millions d'euros et se répartit comme suit :

Subvention	Récipiendaire principal	Composante	Montant signé (EUR)	Montant décaissé (EUR)
CIV-T-ACI	Alliance Nationale Contre Le Sida en Côte D'Ivoire	Tuberculose	4 400 000,00	2 070 113,00
CIV-T-MOH	Ministère de la Santé et de l' Hygiène publique de la République de Côte d'Ivoire – PNLT	Tuberculose	5 805 039,00	5 668 694,00
CIV-M-SCI	Save the Children Federation, Inc.	Paludisme	29 973 175,00	15 108 501,00
CIV-M-MOH	Ministère de la Santé et de l' Hygiène publique de la République de Côte d'Ivoire – PNLP	Paludisme	81 750 750,00	22 836 716,00
CIV-H-MOH	Ministère de la Santé et de l' Hygiène publique de la République de Côte d'Ivoire – PNLS	VIH	46 017 378,00	21 490 334,00
CIV-H-ACI	Alliance Nationale Contre Le Sida en Côte D'Ivoire	VIH	23 595 463,00	11 170 513,00
Total			191 541 805	78 344 871

Dans le cadre de l'allocation NFM 2, un financement à effet catalyseur a été accordé par le biais de fonds de contrepartie destinés à s'attaquer à des problématiques essentielles, comme les droits humains et les populations clés dans le contexte du VIH (2,1 millions de dollars et 3,6 millions de dollars, respectivement) ainsi que le renforcement et l'utilisation des données (2,7 millions de dollars).

Environ 25 % du financement de la lutte contre les trois maladies en Côte d'Ivoire est assuré par le gouvernement. Le Fonds mondial est le plus grand donateur externe pour la tuberculose et le paludisme (environ 40 % du financement total de la lutte contre chaque maladie) et le deuxième donateur pour le VIH (environ 13 % du financement total) derrière le gouvernement des États-Unis par le biais du PEPFAR⁷.

⁶ Explorateur de données du Fonds mondial.

⁷ Tableau du paysage de financement 2017.

2.4 Les trois maladies



VIH/Sida⁸ : La Côte d'Ivoire affiche la prévalence du VIH la plus élevée (2,6 %) de la région Afrique occidentale et centrale. La charge de morbidité est plus élevée chez les femmes (3,5 %) que chez les hommes (1,7 %).

Avec des taux de prévalence de 12,2 % chez les professionnelles du sexe et de 12,3 % chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les populations clés sont particulièrement touchées.

Le pays a encore beaucoup de difficultés à atteindre l'objectif 90-90-90. On estime que 63 % seulement des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique et que 55 % sont sous traitement. En 2018, 41 % des personnes sous traitement avaient une charge virale indétectable.

460 000 personnes vivant avec le VIH en 2018 (estimation)

17 000 nouvelles infections à VIH et 16 000 décès liés au sida en 2018. Ces deux chiffres ont diminué d'environ 32 % depuis 2010.

252 125 personnes sous traitement antirétroviral en 2018⁹



Paludisme : Le paludisme étant endémique et sa transmission élevée dans tout le pays (avec un pic durant les saisons pluvieuses, *P. falciparum*), la Côte d'Ivoire supporte 3 % de la charge mondiale de paludisme.

L'incidence du paludisme dans la population générale a fait un bond de 106/1 000 en 2013¹⁰ à 164/1 000 en 2017¹¹.

Malgré un recul, l'incidence chez les enfants de moins de cinq ans demeure élevée à 282/1 000 en 2017 contre 302/1 000 in 2013.

15,9 millions de moustiquaires imprégnées d'insecticide fournies pendant la campagne de distribution de masse de 2017/2018¹²

Les nombres de cas confirmés et de décès ont augmenté depuis 2015 :

- 5,2 millions de cas confirmés déclarés en 2018¹³ contre 3,6 millions¹⁴ de cas en 2015
- 3 305 décès déclarés¹⁵ dus au paludisme en 2018 contre 2 604 décès¹⁶ en 2015.



Tuberculose :

La coinfection VIH/tuberculose est importante avec une incidence de 142/100 000¹⁷. Le taux de mortalité de la

L'incidence de la tuberculose a diminué, revenant de 170/100 000 en 2013 à 142/10 000 en 2018, mais elle reste élevée avec 21 303 nouveaux cas notifiés chaque année.

⁸ Toutes les données sont tirées du [Profil de la Côte d'Ivoire de l'ONUSIDA](#)

⁹ Fonds mondial, Rapport sur les résultats actuels et demandes de décaissement PNLS – Décembre 2018.

¹⁰ RASS 2013 – Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire, Direction Générale de la Santé.

¹¹ RASS 2017 – Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire, Direction Générale de la Santé.

¹² Fonds mondial, Rapport sur les résultats actuels et demandes de décaissement – Décembre 2017.

¹³ Données de routine du ministère de la Santé tirées du DHIS2.

¹⁴ [Rapport sur le paludisme dans le monde, annexe 3-H.](#)

¹⁵ Données de routine du ministère de la Santé tirées du DHIS2.

¹⁶ [Rapport sur le paludisme dans le monde, annexe 3-J.](#)

¹⁷ [OMS, Profil de la tuberculose en Côte d'Ivoire 2018.](#)

coinfection VIH/tuberculose stagne à 21 % depuis 2014¹⁸.

La notification de cas de tuberculose multirésistante aux médicaments est faible : en 2018, le nombre de cas estimés était de 2 200, le nombre de cas notifiés de 484 (22 %) et le nombre de cas mis sous traitement de 372.

L'insuffisance de financement de la riposte est significative et 70 % des besoins ne sont pas financés¹⁹.

Taux de mortalité de 32/100 000 en 2018

Taux de succès thérapeutique de 83 % en 2017, légèrement inférieur à l'objectif national de 85 %²⁰.

2.5 Performance du Portefeuille

Sur la base des résultats communiqués au Fonds mondial par le pays, les subventions affichent des performances généralement satisfaisantes par rapport aux objectifs fixés dans le cadre de résultats, sauf en ce qui concerne les indicateurs relatifs à la distribution régulière de moustiquaires et au traitement préventif intermittent du paludisme pour les femmes enceintes. Le tableau suivant présente les résultats des principaux indicateurs de couverture communiqués par le pays au 31 décembre 2018 :

VIH	Objectif	Résultat	Réalisation
Nombre de femmes enceintes séropositives au VIH ayant reçu des médicaments antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant	91 %	72 %	79 %
Nombre d'adultes et d'enfants ayant une infection à VIH avancée recevant actuellement un traitement antirétroviral (globalement)	68 %	55 %	81 %
Pourcentage de HSH nouvellement diagnostiqués aiguillés vers une prise en charge du VIH (aiguillage individuel)	70 %	45 %	64 %
Pourcentage de professionnelles de sexe nouvellement diagnostiquées aiguillées vers une prise en charge du VIH (aiguillage individuel)	70 %	84 %	120 %

Paludisme	Objectif	Résultat	Réalisation
Proportion de femmes enceintes fréquentant des dispensaires prénatals ayant reçu au moins trois doses de traitement préventif intermittent du paludisme	80 %	41 %	51 %
Proportion de cas suspects de paludisme faisant l'objet d'un test parasitologique dans un établissement de santé du secteur public	95 %	85 %	90 %
Proportion de cas confirmés de paludisme ayant reçu un traitement antipaludique de première intention dans un établissement de santé du secteur public	93 %	93 %	100 %

¹⁸ Rapport annuel d'activité du PNLT 2018, page 24.

¹⁹ OMS, Profil de la tuberculose en Côte d'Ivoire 2018.

²⁰ OMS, Profil de la tuberculose en Côte d'Ivoire 2018.

Tuberculose	Objectif	Résultat	Réalisation
Nombre de cas notifiés de toutes les formes tuberculose, incluant les nouveaux cas et les cas de rechute	22 174	21 031	95 %
Pourcentage de l'ensemble des cas de tuberculose sous toutes ses formes (bactériologiquement confirmés et cliniquement diagnostiqués) traités avec succès (soignés et traitement achevé) parmi l'ensemble des cas de tuberculose sous toutes ses formes enregistrés pour traitement pendant un période donnée *Inclut les nouveaux cas et les cas de rechute	83 %	83 %	100 %

Supérieur aux attentes	>100 %
Conforme aux attentes	90-100 %
Adéquat	60-89 %
Inadéquat, mais le potentiel est démontré	30-59 %
Inacceptable	<30 %

L'administration d'au moins trois doses de traitement préventif intermittent aux femmes enceintes reste problématique pour le pays, principalement en raison du nombre élevé de femmes enceintes perdues de vue par les dispensaires prénatals. La recherche active des femmes enceintes perdues de vue dans les collectivités n'était pas totalement opérationnelle dans l'ensemble du pays en 2018. Le pays envisage maintenant de prescrire le traitement préventif intermittent à l'échelon des communautés par le biais des travailleurs de santé communautaires afin d'améliorer cet indicateur.

2.6 Considérations relatives à l'appétence au risque du pays

Le cadre d'appétence au risque a été élaboré au niveau de l'organisation au moyen de données d'une cohorte de 25 pays²¹ représentatifs de l'essentiel de la charge mondiale pour les trois maladies : 85 % pour le VIH/sida, 80 % pour la tuberculose et 76 % pour le paludisme. Opérationnalisé en 2018, ce cadre d'appétence au risque du Fonds mondial établit des niveaux recommandés d'appétence au risque pour huit principaux risques affectant les subventions du Fonds mondial.

Les équipes de pays déterminent chaque risque au niveau des subventions au moyen d'un 'module de gestion intégrée des risques'. Les notations sont examinées par des agents exerçant des fonctions de deuxième niveau et des hauts responsables de la Division de la gestion des subventions. Les notations de risque des subventions sont pondérées en fonction du montant de l'allocation du pays pour établir un niveau global de risque pour le portefeuille du pays. Les niveaux globaux de risque sont ensuite approuvés, parallèlement au plan d'atténuation des risques et à l'évolution prévue des niveaux de risque, par le Comité des résultats du portefeuille (PPC)²². L'Annexe C commente plus en détail la méthodologie relative à l'appétence au risque.

Le BIG a comparé les niveaux globaux de risque établis par le Secrétariat pour les principales catégories de risques visées par les objectifs d'audit pour le portefeuille de la Côte d'Ivoire avec le risque résiduel qui existe selon l'évaluation du BIG, qui décrit les risques en fonction des constatations spécifiques de l'audit. Prière de se reporter au tableau suivant :

²¹ Bangladesh, Burkina Faso, Cameroun, Congo (RDC), Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Inde, Indonésie, Kenya, Malawi, Mali, Mozambique, Myanmar, Nigéria, Pakistan, Rwanda, Afrique du Sud, Soudan, Tanzanie, Ouganda, Ukraine, Viet Nam, Zambie, Zimbabwe.
²² Le Comité des résultats du portefeuille a pour mission d'effectuer des examens des portefeuilles de pays et de l'organisation.

Risque	Niveau global de risque évalué par le Secrétariat	Niveau de risque résiduel selon les résultats de l'audit	Constatations concernées de l'audit
Gouvernance des programmes au niveau national et supervision des subventions (ministère de la Santé uniquement)	Modéré	Modéré	4.1
Chaîne d'approvisionnement dans le pays	Élevé	Élevé	4.2
Qualité des programmes	Modéré	Modéré	4.3

S'agissant des domaines de risque couverts, les évaluations des niveaux de risque du BIG et du Secrétariat sont alignées.

3. Aperçu de l'audit

3.1 Objectifs

L'objectif global de l'audit était de fournir au Conseil du Fonds mondial une assurance raisonnable quant à l'adéquation, l'efficacité et l'efficience des subventions du Fonds mondial à la Côte d'Ivoire.

Le BIG a en particulier évalué l'adéquation et l'efficacité :

- des nouveaux mécanismes de mise en œuvre au ministère de la Santé,
- des contrôles et processus de distribution et de traçabilité des produits de santé contre le paludisme et la tuberculose,
- des interventions communautaires pour atteindre les objectifs de subvention visés.

3.2 Portée et méthodologie

L'audit a été réalisé conformément à la méthodologie décrite dans l'Annexe B. Il a porté sur le bénéficiaire principal des programmes du Fonds mondial en Côte d'Ivoire, ainsi que sur les subventions allant de janvier 2017 à juin 2019.

Au total, les auditeurs se sont rendus dans 39 structures de santé, notamment :

- 17 bureaux sanitaires de district
- 31 établissements de santé
- l'entrepôt de la Nouvelle Pharmacie de la Santé publique.

3.3 Progrès au niveau de problèmes précédemment identifiés

L'audit du BIG de 2016 des subventions du Fonds mondial en Côte d'Ivoire a évalué l'adéquation, l'efficience et l'efficacité des mécanismes de mise en œuvre, ainsi que l'adéquation des contrôles de la chaîne d'approvisionnement et des mécanismes de garantie.

En ce qui concerne les mécanismes de mise en œuvre, l'audit avait mis en évidence à la fois le manque d'autorité et de souplesse nécessaires pour mettre en œuvre efficacement un grand nombre d'activités transversales des subventions. Cette situation s'est soldée par des retards et une absorption sous-optimale des fonds, ainsi que par des lacunes dans le contrôle fiduciaire et les mécanismes de soutien des programmes nationaux de lutte contre les maladies – ce qui a généré un rapport coût/efficacité médiocre.

En ce qui concerne la chaîne d'approvisionnement, l'audit a révélé que les systèmes d'inventaire, de communication et de distribution du magasin central de produits médicaux ne permettaient pas de s'assurer que tous les produits de santé achetés étaient correctement comptabilisés et distribués. Des ruptures de stock et des péremptions de médicaments ont été observées en raison d'une appropriation limitée – par les programmes nationaux de lutte contre les maladies – des processus de gestion et de surveillance des produits de santé.

L'audit de 2016 a donné lieu à trois actions convenues de la Direction qui ont depuis été clôturées :

- La mise en œuvre de l'action convenue de la Direction 1 s'est traduite par la création d'une nouvelle unité de gestion des programmes (l'UCP). Cette nouvelle entité de mise en œuvre a été évaluée dans le cadre de l'audit (constatation 4.1)
- L'action convenue de la Direction 2 fait référence au transfert de la responsabilité de la surveillance fiduciaire de l'agent fiduciaire à la nouvelle UCP. Ce transfert a été mis en place

Précédents travaux d'audit du BIG sur le sujet :

[Audit des subventions du Fonds mondial à la République de Côte d'Ivoire, 2016](#)

en septembre 2019. Cependant, la capacité de l'UCP à assumer efficacement ce rôle peut être limitée en raison de son indépendance insuffisante (constatation 4.1).

- L'action convenue de la Direction 3 visait à renforcer la responsabilisation vis-à-vis des produits de santé au niveau central et périphérique. Les mesures prises à l'échelon de l'administration centrale pour améliorer la situation sont efficaces puisque l'audit n'a pas détecté de problème majeur à la NPSP. Cependant, le problème de la traçabilité des médicaments persiste au niveau périphérique (constatation 4.2).

4. Constatations

4.1 Amélioration nécessaire des fonctions de gouvernance et d'achat de l'UCP

La création au début 2018 d'une Unité de coordination des projets (UCP) a constitué un changement majeur au niveau des mécanismes de mise en œuvre au sein du ministère de la Santé entre le cycle de financement précédent (2015-2017) et le cycle actuel (2018-2020). Relevant du Secrétaire permanent du ministère de la Santé, l'UCP a été mise en place pour répondre au besoin d'amélioration de la coordination et de la supervision des programmes du Fonds mondial gérés par le ministère de la Santé.

Un comité d'orientation composé de hauts responsables du ministère de la Santé et du ministère des Finances/du Budget a été constitué pour suivre les activités de l'UCP et superviser les programmes. Il comprend un sous-comité d'audit chargé d'examiner toutes les questions relatives à la fonction d'audit interne de l'UCP. Les deux comités se réunissent régulièrement et discutent de divers sujets concernant la mise en œuvre des subventions. L'unité d'audit interne de l'UCP s'avère efficace au regard de la qualité de son plan d'audit et de ses rapports.

Malgré ces améliorations, l'évolution et la mise en œuvre des activités de l'UCP se heurtent à des problèmes auxquels il faut remédier.

Du fait de l'absence de vision claire de l'UCP, il est difficile de définir une structure pour promouvoir son évolution.

La décision ministérielle portant création de l'UCP décrit ses attributions sans indiquer le type d'entité de mise en œuvre qu'elle devrait être à court ou à long terme. Le Secrétariat s'est volontairement lancé dans une évaluation²³ de l'UCP en juin 2019 afin d'identifier l'option de structure la plus appropriée pour elle. L'évaluation a suggéré cinq options structurelles, mais le Secrétariat du Fonds mondial et les parties prenantes dans le pays, à savoir l'Instance de coordination nationale et le ministère de la Santé, n'ont pu en adopter aucune en raison de l'absence de vision claire au moment de la création de l'Unité.

Selon la décision portant création de l'UCP, son mandat englobe presque toutes les activités de base de la gestion des subventions : (i) coordination des activités liées aux subventions, (ii) gestion financière des subventions, (iii) achats, (iv) préparation et communication des rapports programmatiques et financiers, (v) suivi et évaluation des programmes. La structure actuelle de l'UCP n'est pas alignée sur ces attributions, ce qui a une incidence sur sa responsabilité vis-à-vis d'activités dont elle est supposée être en charge. Dans la pratique, l'UCP a une responsabilité limitée vis-à-vis des achats de biens et de services malgré la centralisation de cette activité, ainsi que vis-à-vis de l'information financière. À l'exception des activités en faveur de SRPS, l'UCP n'est pas responsable de la coordination des activités des programmes, du suivi et de l'évaluation, ni des rapports programmatiques. L'UCP est chargée de valider les sections programmatiques des rapports sur les résultats actuels et demandes de décaissement (« rapports PUDR »), même si elle dispose d'une visibilité limitée sur les activités programmatiques et les résultats. Dans le cadre de son examen du rapport PUDR de décembre 2018, l'UCP n'a par exemple pas décelé d'incohérences majeures dans les données communiquées sur le paludisme.

La fonction de gestion financière est efficace, mais pourrait être renforcée pour jouer un rôle plus centralisé

Dans l'ensemble, le traitement des opérations financières ainsi que les principaux contrôles financiers (ex : rapprochement des relevés bancaires) sont efficaces. Le contrôle par sondages des opérations n'a pas révélé de problèmes majeurs, les pièces justificatives et les dossiers étant adéquats et suffisants dans la plupart des cas. En prévision du départ prochain de l'agent financier, l'UCP a

²³ Rapport d'évaluation de l'UCP-FM de juillet 2019.

entamé un examen préalable de tous les paiements effectués depuis septembre 2019 par elle-même et par les programmes nationaux de lutte contre les maladies. La vérification est effectuée à l'aide d'un outil de validation bien conçu. Toutefois, en tant qu'entité du ministère de la Santé, l'UCP dispose d'une indépendance limitée pour exercer un contrôle fiduciaire sur les transactions effectuées au titre des subventions du ministère de la Santé.

L'information financière n'est pas toujours véritablement centralisée à l'UCP. Son rôle en matière d'information financière se limite principalement à la compilation des rapports financiers des programmes nationaux et à l'adjonction de rapports relatifs aux activités en faveur de SRPS. La centralisation de l'information financière demeure problématique tant que les fonctions financières et comptables sont réparties entre l'UCP et les programmes nationaux de lutte contre les maladies. L'UCP n'effectue pas de suivi du budget des subventions du ministère de la Santé, ce qui est une activité essentielle de l'information financière. Les ressources affectées à cette activité ont été allouées à l'examen préalable des paiements.

Nécessité de renforcer la fonction d'achat et de responsabiliser davantage

L'approvisionnement en biens et services a été centralisé à l'UCP. L'unité des achats de l'UCP (trois membres du personnel) a élaboré des directives d'achat qui sont alignées sur les normes et les meilleures pratiques internationales. Avec la création de l'UCP, il n'y a plus d'agent chargé des achats dans les services des programmes nationaux.

Les responsabilités relatives au processus d'approvisionnement sont partagées entre l'entité requérante (programmes nationaux de lutte contre les maladies) et l'UCP. Cette dernière est responsable du processus d'appel d'offres tandis que les programmes nationaux sont chargés de la signature des contrats et du suivi de leur exécution. Cette situation dilue la responsabilité de la fonction centralisée d'approvisionnement à l'UCP, en particulier en cas de retards dans les achats. Au moment de l'audit, divers achats (ex : rénovation de laboratoires, matériel médical, enquêtes bio-comportementales intégrées, etc.) ayant des incidences programmatiques avaient été retardés d'au moins trois mois.

L'UCP pourrait apporter plus de valeur ajoutée au processus d'approvisionnement de différentes manières, mais ce n'est pas le cas actuellement. L'UCP n'organise par exemple pas d'achats groupés d'articles communs entre les programmes pour réaliser des économies d'échelle. Il y a des retards récurrents dans les achats, certains étant imputables au temps consacré par l'UCP à la négociation des contrats. L'Unité n'apporte qu'un soutien limité aux programmes nationaux de lutte contre les maladies pour les aider à soumettre en temps voulu leurs demandes d'achat, à gérer des plans d'achat annuels précis et complets, et à surveiller l'exécution des contrats.

L'un des rôles clés de l'UCP en matière d'approvisionnement est sa capacité à garantir la conformité des achats. Le BIG a relevé des cas de non-respect des directives d'achat dans 27 % des achats testés (7 sur 26) d'une valeur de 1 million d'euros. Il s'agit soit d'appels d'offres nationaux plutôt qu'internationaux, soit d'achats directs sans mise en concurrence. Dans deux autres cas, des marchés ont été attribués à des fournisseurs qui ne respectaient pas les exigences de base de l'appel d'offres.

Action convenue de la Direction 1 :

Le Secrétariat travaillera avec le Ministère de la santé, l'Instance de coordination nationale et les partenaires pour élaborer un plan d'activités pour l'UCP, en tenant compte des discussions en cours du Ministère de la santé et des partenaires concernant la gestion des sources externes de financement de la santé, y compris les investissements dans le VIH, la tuberculose, le paludisme et pour des systèmes résistants et pérennes pour la santé.

Titulaire : Responsable de la Division de la gestion des subventions

Date cible : 31 décembre 2021

4.2 Insuffisance de la traçabilité des médicaments délivrés au niveau des districts et à l'échelon des établissements de santé

Les produits de santé et les coûts liés relatifs aux achats et à la chaîne d'approvisionnement représentent environ 67 % du total des subventions du ministère de la Santé pour le cycle de financement de 2018-2020. En réponse aux observations du BIG lors de l'audit de 2016, une unité de validation des commandes de produits a été mise en place à la Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique pour assurer l'alignement entre les commandes des établissements de santé/pharmacies de district et les besoins réels basés sur les données relatives aux patients.

La surveillance des produits de santé s'est améliorée, un contrôle des stocks sur site ayant été effectué dans un échantillon d'établissements de santé par l'unité d'audit interne de l'UCP et le service des achats du programme national de lutte contre le paludisme. La traçabilité des produits de santé livrés par les fournisseurs au pays par le biais de la NPSP est bonne. Au niveau périphérique (pharmacies de district et établissements de santé), la traçabilité des produits de santé livrés par la NPSP aux pharmacies de district et du district aux établissements de santé est satisfaisante.

Des problèmes ont été observés concernant la gestion des stocks

À l'échelon des établissements de santé, les médicaments ne sont pas à l'abri des détournements. Dans deux des 10 centres de soins antituberculeux visités, des « fuites » de comprimés antituberculeux de première intention (RH150) équivalentes à 10 % des médicaments distribués ont été identifiées et signalées par les établissements de santé dans le cadre des rapports trimestriels sur les produits.

Certains écarts inexplicables importants ont été observés entre la consommation et les cas déclarés. Huit établissements de santé sur 26 n'ont pas pu rendre compte d'une consommation de tests rapides de dépistage du paludisme supérieure de 75 % au nombre de cas déclarés. De même, dans sept établissements de santé, la consommation de traitements antipaludiques était presque du double de la consommation nécessaire au regard du nombre de cas traités déclarés. Il en va de même pour la quantité consommée de médicaments antituberculeux, qui était du double de la quantité nécessaire au regard du nombre de cas de tuberculose notifiés. Compte tenu de la qualité des registres de données sur les patients examinés dans les établissements de santé, il est probable que ces situations soient dues à des « fuites » plutôt qu'à une sous-notification des cas. Dans cinq établissements de santé, les stocks physiques de MILD²⁴ et de tests rapides de dépistage du paludisme disponibles le jour de la visite étaient inférieurs de 13 % et 20 %, respectivement, aux soldes des stocks figurant sur la carte de stock et/ou aux soldes des stocks prévus calculés arithmétiquement.

Les transferts entre établissements de santé sont une pratique courante pour réduire le risque de rupture de stock de médicaments. Toutefois, ces transferts sont effectués sans coordination et supervision de la part de la pharmacie de district, ce qui réduit la transparence du processus de transfert. Quatre établissements de santé n'ont pas pu rendre compte des transferts vers d'autres établissements en raison de l'absence de bordereaux de livraison.

Les facteurs suivants contribuent à l'insuffisance de la traçabilité des médicaments :

- **Existence d'un énorme marché informel pour les produits de santé :** Il existe à Abidjan un important marché noir de produits de santé. Un rapport d'enquête du BIG de 2016 (GF-OIG-16-013) a confirmé que les médicaments antituberculeux achetés grâce aux subventions du Fonds mondial en Côte d'Ivoire et dans d'autres pays de la région étaient en vente sur ce marché. Une étude de marché de suivi, six mois après l'enquête, a indiqué que la vente de médicaments antituberculeux financés par le Fonds mondial avait

²⁴ Moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée régulièrement distribuées aux femmes enceintes et aux enfants dans les établissements de santé.

considérablement diminué. Cependant, la persistance du marché crée la possibilité de vendre des médicaments détournés.

- **Portée limitée de la supervision :** Presque tous les établissements de santé visités ont accueilli au moins une mission de supervision intégrée en 2018/2019. Aucune de ces visites n'avait cependant pour objet de contrôler la traçabilité des médicaments.
- **Livraisons de quantités excédentaires par rapport aux besoins réels :** Dans trois établissements de santé visités, les médicaments antituberculeux (RHZE) livrés par la NPSP de janvier à juin 2019 étaient d'une quantité au moins double à celle nécessaire au regard du nombre de cas de tuberculose notifiés pendant la même période. L'unité de validation des commandes n'a pas réussi à valider correctement les commandes reçues de ces établissements de santé. En cas de livraisons de quantités excessives, les détournements de produits de santé peuvent passer inaperçus car il reste suffisamment de médicaments pour assurer la continuité des traitements.
- **Manque de visibilité en temps réel des stocks au niveau des établissements de santé :** Les établissements de santé n'utilisent pas d'outil électronique de gestion des stocks susceptible de fournir des informations en temps réel sur les stocks afin de garantir un suivi et une supervision de meilleure qualité. Le Fonds mondial envisage de financer l'utilisation d'un système électronique de gestion des stocks (approvisionnement) dans un certain nombre d'établissements de santé à travers le pays.

Action convenue de la Direction 2 :

Le Secrétariat travaillera avec le Ministère de la santé pour renforcer la surveillance des produits, en particulier pour:

- a) revoir le mandat des équipes de supervision afin d'incorporer la traçabilité des médicaments comme élément standard;
- b) planifier et mettre en œuvre des examens d'assurance (au moins une fois par an) sur la traçabilité des médicaments, y compris l'efficacité des mesures d'atténuation connexes sur les processus clés (par exemple, transferts entre établissements de santé, processus de commande, distribution).

Titulaire : Responsable de la Division de la gestion des subventions

Date cible : 30 juin 2021

4.3 Nécessité de renforcer les interventions communautaires contre le paludisme et d'accroître l'impact des investissements

Les subventions du Fonds mondial en Côte d'Ivoire couvrent des interventions à assise communautaires contre les trois maladies – qui sont mises en œuvre par des organisations de la société civile. Dans le cycle de financement actuel, les interventions communautaires contre chaque maladie ont été renforcées par une augmentation du budget, en particulier celui consacré à la lutte contre le paludisme qui a augmenté de 135 % pour passer de 12,7 à 29,9 millions d'euros. Les interventions contre le paludisme se heurtent à des difficultés qui limitent leur efficacité.

Les indicateurs d'impact ne s'améliorent pas par rapport à l'objectif du pays

Selon les données du système national d'information sur la gestion sanitaire (HMIS), peu d'améliorations ont été réalisées dans la lutte contre le paludisme depuis 2015. Le taux d'incidence du paludisme a augmenté de 26 %, passant de 156/1 000 en 2015 à 197/1 000²⁵ en 2018 et l'objectif pour 2020 a été fixé à 94/1 000²⁶. Les données collectées régulièrement montrent également que la mortalité liée au paludisme a augmenté de 20 %, passant de 2 604 décès en 2015 à 3 133 en 2018, de même que le taux de positivité aux tests de dépistage du paludisme qui a parallèlement progressé de 68 % à 78 %. Diverses études sont prévues ou en cours pour examiner l'exactitude de ces trois indicateurs d'impact, déterminés par le système national HMIS. Selon le rapport de l'OMS sur le paludisme dans le monde de 2018, le nombre estimé de cas de paludisme et de décès dus à cette maladie a légèrement diminué de 1 % et 2 %, respectivement, entre 2015 et 2017.

S'agissant de la Côte d'Ivoire, les subventions du Fonds mondial pour lutter contre le paludisme ciblent quatre interventions essentielles liées aux principaux moteurs de l'impact de cette riposte : la gestion des cas dans les centres de santé (secteurs public et privé), les interventions spécifiques, notamment le traitement préventif intermittent pour les femmes enceintes, les interventions à assise communautaires, notamment la gestion des cas, et la lutte antivectorielle. En ce qui concerne les deux dernières interventions mentionnées, des défis restent à relever pour améliorer leur efficacité.

Les problèmes inhérents à la lutte antivectorielle limitent son efficacité

Le pays a atteint une couverture universelle (93%²⁷ de la population) lors de la campagne de distribution de masse de MILD en 2017. Toutefois, certaines faiblesses doivent être corrigées avant la campagne de 2020 :

- **Résistance aux insecticides et qualité des MILD :** Des études récentes²⁸ ont montré la résistance des moustiques aux insecticides utilisés pour imprégner les MILD à travers le pays. Cette résistance a pour effet de réduire l'efficacité des moustiquaires à une simple barrière physique. La résistance a été surveillée de près au cours des cinq dernières années²⁹, mais le pays n'était pas en mesure de s'attaquer à ce problème lors de la campagne de masse précédente en raison de l'indisponibilité de MILD d'autres types à cette époque. Pour la prochaine campagne de masse prévue en 2020, le pays a développé un plan de distribution stratifié avec une distribution de MILD de deuxième génération dans des zones identifiées comme résistantes aux insecticides. Environ 23 % des MILD (3,7 millions sur 15,7 millions achetées) n'ont pas fait l'objet d'une inspection de contrôle de qualité avant leur expédition en Côte d'Ivoire, d'où il est difficile d'avoir une assurance suffisante quant à leur qualité.

²⁵ Le BIG est conscient que des inexactitudes peuvent affecter la qualité des données utilisées pour déterminer ce taux d'incidence. D'autres facteurs, comme une augmentation du nombre d'établissements de santé et une meilleure notification de cas, peuvent justifier un accroissement du nombre de cas de paludisme. Cependant, tous ces facteurs (même lorsqu'ils sont pris en considération) ne peuvent pas pleinement expliquer la tendance haussière signalée par le système d'information sur la gestion sanitaire (HMIS). Au moment de l'audit, aucune autre source de données n'existait pour fournir des informations sur les indicateurs d'impact du paludisme en 2018.

²⁶ Plan stratégique national de lutte contre le paludisme 2016 – 2020.

²⁷ Rapport sur la campagne nationale de distribution gratuite de MILD 2017/2018, page 7.

²⁸ Rapports sur la recherche entomologique couvrant 16 sites sentinelles – lien vectoriel 2019.

²⁹ « Surveillance de la résistance aux insecticides des vecteurs du paludisme pour le maintien de l'efficacité de la lutte antivectorielle » – rapport de juin 2018 couvrant des données collectées pour la période 2013 - 2018

- **Processus d'enregistrement des ménages :** Bien que de solides contrôles soient en place pour évaluer l'exactitude des enregistrements des ménages, le processus de validation des enregistrements n'implique pas les parties prenantes au-delà de celles chargées de la gestion sanitaire régionale ou de district. Un rapprochement de leurs données avec celles d'autres organismes (comme l'administration ou l'agriculture, par exemple) permettrait d'avoir une meilleure assurance quant à leur exhaustivité. Des incohérences dans 22 % des districts (18 sur 83) n'ont fait l'objet d'aucune enquête au cours du processus d'enregistrement. Il s'agit principalement de situations où la population enregistrée en 2017 a soit fortement diminué à partir de 2014, soit augmenté à partir de 2014 mais avec une diminution parallèle du nombre de ménages. Ces situations peuvent masquer une couverture éventuellement sous-optimale de la population.
- **Faible taux d'utilisation des MILD :** Malgré une couverture élevée, une faible utilisation des MILD pénalise leur efficacité. Le taux d'utilisation de ces moustiquaires a été établi à 59 %³⁰ en 2016, contre un objectif national de 80 %. Au moment de l'audit, aucune enquête post-distribution de MILD n'avait été menée pour la campagne de masse de 2017, en raison de retards dans le processus d'achat. Ce type d'enquête est essentiel pour déterminer les causes profondes de la faible utilisation, afin d'éclairer la stratégie pour la prochaine campagne de distribution de masse prévue pour 2020.

Nécessité d'améliorer les interventions à assise communautaire contre le paludisme

Au niveau communautaire, la couverture des populations exposées au risque reste encore faible malgré les efforts considérables déployés dans le cycle de financement actuel pour l'élargir. La couverture complète de la population vivant à au moins 5 km d'un centre de santé dans les 12 régions subventionnées par le Fonds mondial nécessite l'emploi de 12 166 travailleurs de santé communautaires³¹. Dans le cadre du cycle de financement actuel, les subventions ont financé les postes de 5 900 de ces travailleurs (48 % des besoins). Dans les zones couvertes par les subventions du Fonds mondial, l'efficacité des interventions à assise communautaires contre le paludisme est limitée par les facteurs suivants :

- **Ruptures de stocks récurrentes de produits antipaludiques :** Dans 31 districts³², la proportion de travailleurs de santé communautaires qui ont connu des ruptures de stock de tests de diagnostic rapide du paludisme pendant au moins 15 jours par mois a augmenté de 23 % (851 travailleurs sur 3 628) en janvier 2019 à 41 % (1 417 sur 3 498) en octobre 2019. La situation est encore pire pour les médicaments antipaludiques, pour lesquels 52 % et 36 % des travailleurs de santé communautaires de 31 districts ont signalé des ruptures de stock pendant au moins 15 jours par mois en octobre et septembre 2019, respectivement. Les ruptures de stocks sont principalement imputables au manque de produits mis de côté pour les travailleurs de santé communautaires dans les établissements de santé.
- **Insuffisance du nombre de travailleurs de santé communautaires affectés par rapport au nombre de ménages couverts :** Dans 14 des 44 districts soutenus (32 %), les travailleurs de santé communautaires couvrent en moyenne chacun 50 % de personnes de plus que le maximum de 500 habitants³³ par travailleur recommandé par les directives nationales régissant les interventions à assise communautaire. Cette situation limite leur capacité à effectuer un dépistage actif des cas de paludisme dans l'ensemble de la communauté desservie pour le diagnostic précoce du paludisme.

³⁰ Rapport enquête MICS 2016, page 92.

³¹ Données de la micro-planification de 2017 de la campagne de distribution masse de MILD 2017.

³² Les subventions du Fonds mondial couvrent 44 districts. Au moment de l'audit, les chiffres fournis concernaient 31 districts où des données étaient collectées sur les ruptures de stocks de TDR du paludisme et de médicaments antipaludiques.

³³ Plan stratégique de la santé communautaire 2017 – 2020, page 58.

Action convenue de la Direction 3 :

Le Secrétariat travaillera avec le ministère de la Santé et ses partenaires pour:

- a) élaborer un plan opérationnel mis à jour, avec des mesures pour améliorer l'efficacité de la prochaine campagne de distribution massive de MILD en renforçant le processus d'enregistrement, en garantissant des tests de qualité des MILD distribuées et en augmentant le taux d'utilisation des MILD;
- (b) procéder à un examen de la cartographie incluant les options chiffrées pour optimiser la couverture des services fournis par les agents de santé communautaires.

Titulaire : Responsable de la Division de la gestion des subventions

Date cible : 30 juin 2021

4.4 Nécessité d'améliorer la coordination pour une efficacité accrue des interventions communautaires contre le VIH et une réduction du taux élevé de mortalité des patients coinfectés

1. VIH

La contribution du Fonds mondial à la lutte contre le VIH se concentre principalement sur l'approvisionnement en produits et les interventions à l'échelon communautaire. Pour ces dernières, les principaux changements par rapport au cycle de financement précédent (2015-2017) comprennent l'accent mis sur un dépistage ciblé du VIH et une aide à la mise sous traitement antirétroviral des personnes nouvellement séropositives. En 2018, près de 1 400 personnes nouvellement séropositives au VIH ont été identifiées au niveau communautaire, dont près de 97 % ont été mises sous traitement antirétroviral.

Un examen des interventions communautaires de lutte contre le VIH révèle deux problèmes majeurs :

- **Insuffisance de la coordination de la lutte contre le VIH entre les maîtres d'œuvre**

Le Fonds mondial et le PEPFAR sont les deux principaux partenaires de mise en œuvre des interventions à assise communautaires par l'intermédiaire des organisations de la société civile en Côte d'Ivoire. L'insuffisance de la coordination entre les deux partenaires s'est traduite par une couverture sous-optimale à différents niveaux.

Dans quatre des 17 districts couverts par des subventions du Fonds mondial au moment de l'audit, maîtres d'œuvre des deux partenaires fournissent des ensembles de services similaires aux mêmes populations clés ciblées.

En ce qui concerne le programme de rétention des patients dans le parcours de soins du VIH, la subvention du Fonds mondial apporte un soutien aux patients séropositifs sous traitement antirétroviral dans 176 centres. L'intervention du PEPFAR fournit les mêmes services dans 81 (soit 46 %) des centres de traitement antirétroviral desservis par les subventions du Fonds mondial. La duplication des interventions est plus marquée lorsque les centres de traitement couvrent un petit nombre de patients sous traitement antirétroviral (moins de 100), ce qui se produit dans 38 d'entre eux (soit 47 %).

Les interventions financées par le Fonds mondial ciblant les populations vulnérables (ex : les hommes de plus de 25 ans, les adolescents et les jeunes femmes) se déroulent principalement dans des villes moins peuplées plutôt que dans les grandes villes où le PEPFAR est présent. Cette répartition géographique des interventions limite la capacité des subventions du Fonds mondial à optimiser l'utilisation des ressources. Les interventions financées par le Fonds mondial offrent un ensemble plus vaste de services et sont d'une portée plus étendue pour le dépistage du VIH que celles du PEPFAR – qui, pour des raisons stratégiques, limite son intervention au dépistage indicateur au niveau communautaire. Il est possible que cette situation ait contribué à la faiblesse du dépistage du VIH chez les jeunes femmes. Le taux de séropositivité de 0,4 %³⁴ était en effet bien inférieur au taux de prévalence du virus chez les femmes (3,5%)³⁵ en 2018.

Les allocations versées par le PEPFAR aux travailleurs de santé communautaires et aux pairs éducateurs œuvrant à la lutte contre le VIH sont de 20 à 39 % supérieures à celles versées au titre des subventions du Fonds mondial. Cela a contribué, entre autres facteurs, au taux élevé de rotation

³⁴ Rapport sur les résultats actuels et demandes de décaissement de décembre 2018.

³⁵ Site Internet de l'ONUSIDA : <https://www.unaids.org/fr/regionscountries/countries/ctedivoire>

du personnel (jusqu'à 35 % entre 2018 et 2019) dans les interventions du Fonds mondial – ce qui a affecté une mise en œuvre harmonieuse de ses subventions.

Un protocole de collaboration visant à améliorer la collaboration entre le bénéficiaire principal du Fonds mondial et le PEPFAR a été élaboré, mais doit encore être approuvé par les deux entités.

- **Estimations imprécises de la taille des populations clés**

S'agissant des populations clés, les cibles des indicateurs de couverture des subventions pour le cycle de financement actuel ont été déterminées en fonction de la taille des populations estimée par le Programme national de lutte contre le sida (PNLS). Pour les professionnelles du sexe, l'envergure estimée de la population est fortement décorrélée du nombre de professionnelles du sexe déclarées comme bénéficiant des services du bénéficiaire principal, Alliance Côte d'Ivoire, dans le cycle de financement précédent. L'estimation de la population du PNLS (8 719 en 2016) est trois fois moins élevée que le nombre déclaré de professionnelles du sexe couvertes (28 117) la même année.

Des estimations démographiques inexactes affectent les prises de décisions ainsi que l'évaluation des résultats (ex : le nombre de professionnelles du sexe séropositives) dans les districts desservis par l'Alliance Côte d'Ivoire. La confusion quant à la taille de la population de professionnelles du sexe est principalement imputable à l'absence d'enquête (ex : enquête bio-comportementale intégrée) et à l'absence d'un identificateur unique pour les professionnelles du sexe.

2. Tuberculose

Depuis 2016, les interventions communautaires de lutte contre la tuberculose ont contribué à stabiliser le nombre de cas de tuberculose notifiés, qui avait auparavant diminué d'environ 5 % par an. Les interventions à l'échelon communautaire ont également permis de réduire le nombre de patients tuberculeux perdus de vue, de 7 % en 2016 à 3 % en 2017. Toutefois, il reste encore des défis à relever en ce qui concerne la réponse à la mortalité des patients coinfecteds par la tuberculose et le VIH, et l'initiative de développement des services de prise en charge de la tuberculose.

Riposte limitée contre le niveau élevé du taux de mortalité des patients coinfecteds par le VIH/la tuberculose

En ce qui concerne la prise en charge des cas de tuberculose, un taux de mortalité stable (21 %) ³⁶ a été observé au cours des cinq dernières années chez les patients coinfecteds par la tuberculose/le VIH. Dans deux hôpitaux de référence qui ont enregistré la plupart des décès dus à des coinfections, 68 % des patients coinfecteds par la tuberculose et le VIH sont décédés dans les deux premiers mois de leur mise sous traitement antituberculeux. Cela s'explique par des faiblesses au niveau tant central qu'opérationnel. Au niveau central, la gestion conjointe de la coinfection tuberculose/VIH se heurte à différents obstacles, notamment l'absence de cadre formel de collaboration entre le programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT) et le PNLS, une planification conjointe insuffisante des activités et un manque de supervision commune. À l'échelon opérationnel, la faible proportion de patients infectés par le VIH ayant fait l'objet d'un dépistage de la tuberculose (67 % ³⁷ en 2018) combinée au taux élevé de perdus de vue (17 %) ³⁸ ne sont pas propices à un traitement précoce des patients coinfecteds.

Impact limité des investissements pour le développement des services de prise en charge de la tuberculose

Le pays a lancé un projet visant à étendre le réseau des centres de prise en charge de la tuberculose afin de rapprocher les services de soins de la population. De 2015 à 2018, le nombre de centres de

³⁶ Rapport annuel d'activité du PNLT de 2018.

³⁷ Rapport sur les résultats actuels et demandes de décaissement du PNLT de décembre 2018.

³⁸ Rapport sur les résultats actuels et demandes de décaissement du PNLT de décembre 2017.

soins antituberculeux a augmenté de 67 %, passant de 184 à 307. Le Fonds mondial a contribué à cette initiative à hauteur de 1,07 million d'euros. Cependant, l'impact du développement des centres de traitement de la tuberculose n'est toujours pas visible :

- Le nombre de cas de tuberculose notifiés est resté pratiquement stable entre 2015 et 2018 (21 000 à 22 000 cas), encore loin des 36 000 nouveaux cas attendus selon les estimations de l'Organisation mondiale de la Santé.
- En 2018, les 123 nouveaux centres de prise en charge de la tuberculose ne représentaient que 11 % des cas de tuberculose traités. Parmi les nouveaux centres, 41 % ont notifié moins de 10 cas la même année.

La faible fréquentation des nouveaux centres antituberculeux est principalement imputable à un manque de communication concernant leur existence, tant auprès de la population générale que des cliniciens qui continuent d'aiguiller les patients vers les centres de soins antituberculeux établis.

Action convenue de la Direction 4 :

Le Secrétariat travaillera avec le ministère de la Santé et ses partenaires pour élaborer des mesures visant à promouvoir une approche intégrée et à améliorer la gestion conjointe de la riposte au VIH / tuberculose, en mettant particulièrement l'accent sur les sites à forte charge.

Titulaire : Responsable de la Division de la gestion des subventions

Date cible : 30 juin 2021

5. Récapitulatif des actions convenues de la Direction

Action convenue de la Direction	Date cible	Titulaire
1. Le Secrétariat travaillera avec le Ministère de la santé, l'Instance de coordination nationale et les partenaires pour élaborer un plan d'activités pour l'UCP, en tenant compte des discussions en cours du Ministère de la santé et des partenaires concernant la gestion des sources externes de financement de la santé, y compris les investissements dans le VIH, la tuberculose, le paludisme et pour des systèmes résistants et pérennes pour la santé.	31 décembre 2021	Responsable de la Division de la gestion des subventions
2. Le Secrétariat travaillera avec le Ministère de la santé pour renforcer la surveillance des produits, en particulier pour: a) revoir le mandat des équipes de supervision afin d'incorporer la traçabilité des médicaments comme élément standard; b) planifier et mettre en œuvre des examens d'assurance (au moins une fois par an) sur la traçabilité des médicaments, y compris l'efficacité des mesures d'atténuation connexes sur les processus clés (par exemple, transferts entre établissements de santé, processus de commande, distribution).	30 juin 2021	Responsable de la Division de la gestion des subventions
3. Le Secrétariat travaillera avec le ministère de la Santé et ses partenaires pour: a) élaborer un plan opérationnel mis à jour, avec des mesures pour améliorer l'efficacité de la prochaine campagne de distribution massive de MILD en renforçant le processus d'enregistrement, en garantissant des tests de qualité des MILD distribuées et en augmentant le taux d'utilisation des MILD; (b) procéder à un examen de la cartographie incluant les options chiffrées pour optimiser la couverture des services fournis par les agents de santé communautaires.	30 juin 2021	Responsable de la Division de la gestion des subventions
4. Le Secrétariat travaillera avec le ministère de la Santé et ses partenaires pour élaborer des mesures visant à promouvoir une approche intégrée et à améliorer la gestion conjointe de la riposte au VIH / tuberculose, en mettant particulièrement l'accent sur les sites à forte charge.	30 juin 2021	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.

Annexe C : Appétence au risque et notations des risques : contenu, méthodologie et implications

Le cadre d'appétence au risque a été élaboré au niveau de l'organisation au moyen de données d'une cohorte de 25 pays³⁹ représentatifs de l'essentiel de la charge mondiale pour les trois maladies : 85 % pour le VIH/sida, 80 % pour la tuberculose et 76 % pour le paludisme. Opérationnalisé en 2018, ce cadre d'appétence au risque du Fonds mondial établit des niveaux recommandés d'appétence au risque pour huit principaux risques affectant les subventions du Fonds mondial.

Dans la mesure où il est essentiel de disposer de notations des risques et de leurs dynamiques pour gérer efficacement les risques et l'opérationnalisation du cadre d'appétence au risque, une méthodologie rigoureuse a été élaborée qui établit des définitions claires, des risques granulaires, des causes fondamentales ainsi qu'un processus exhaustif d'examen, comme indiqué ci-dessous.

Les huit risques institutionnels auxquels les subventions sont confrontées et pour lesquels une appétence au risque a été définie sont globalement représentatifs de 20 risques opérationnels, tels que décrits dans le tableau présenté à la page suivante. Chacun de ces 20 risques est noté pour chaque subvention dans un pays au moyen d'un ensemble normalisé de causes fondamentales. Il est aussi analysé sur la base d'une combinaison de scores de probabilité et de gravité afin de le qualifier sur une échelle allant de 'très élevé', à 'élevé', 'modéré' ou 'faible'. Les équipes de pays déterminent chaque risque au niveau de la subvention au moyen du 'module de gestion intégrée des risques'. Les notations sont examinées par des agents exerçant des fonctions de deuxième niveau et des hauts responsables de la Division de la gestion des subventions.

Les notations attribuées aux 20 risques opérationnels sont additionnées pour calculer les huit risques institutionnels sur la base de moyennes simples – ce qui signifie que chacune des composantes est supposée avoir la même importance. Par exemple, une moyenne est calculée pour les notations des risques *Inadéquation de la conception des programmes (1.1)* et *Inadéquation de la qualité et de l'efficacité des programmes (1.3)* afin d'établir la notation du risque Qualité des programmes d'une subvention. Les pays bénéficiant de plusieurs subventions, lesquelles sont notées de façon indépendante, les notations individuelles des risques d'une subvention sont pondérées en fonction des montants signés pour la subvention afin d'établir le 'niveau global de risque actuel' du portefeuille d'un pays. Dans la mesure où il y a des variations importantes au niveau des notations entre les subventions et pour s'assurer que les subventions à risque élevé n'aient pas une incidence démesurée sur la notation globale, une limitation leur est appliquée (on ne retient que 50 % des subventions les plus risquées) pour établir la notation du risque d'un pays. Les niveaux globaux de risque, le plan d'atténuation des risques et l'évolution prévue des niveaux de risque sont ensuite approuvés par le Comité des résultats du portefeuille⁴⁰ pendant l'examen du portefeuille de pays.

Exploitation de l'appétence au risque dans les travaux du BIG

Le cadre d'appétence au risque ayant été mis en œuvre et gagnant en maturité, le BIG intègre de plus en plus dans son modèle d'assurance des considérations relatives à l'appétence au risque. Voici des aspects importants à cet égard :

- Les principaux objectifs d'audit couverts par les audits du BIG sont généralement calibrés au niveau global des subventions ou programmes (par exemple, l'efficacité des processus de la chaîne d'approvisionnement, l'adéquation de la gestion financière des subventions, la qualité des services, la fiabilité des données, la gouvernance d'ensemble des programmes des subventions, etc.) plutôt qu'à des niveaux plus étroits de risques individuels. Il n'y a de ce fait pas de correspondance exacte entre la notation globale d'audit de ces grands objectifs et la notation individuelle des risques individuels plus étroits. Cependant, en l'absence de correspondance

³⁹ Bangladesh, Burkina Faso, Cameroun, Congo (RDC), Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Inde, Indonésie, Kenya, Malawi, Mali, Mozambique, Myanmar, Nigéria, Pakistan, Rwanda, Afrique du Sud, Soudan, Tanzanie, Ouganda, Ukraine, Viet Nam, Zambie, Zimbabwe.

⁴⁰ Le Comité des résultats du portefeuille a pour mission d'effectuer des examens des portefeuilles de pays.

exacte, la notation du BIG d'un objectif global d'audit prend en compte l'ampleur de l'évaluation et de l'atténuation effectives des différents risques individuels relatifs à cet objectif.

- La comparaison des risques résiduels évalués par le BIG avec les niveaux de risque évalués par le Secrétariat s'effectue à un niveau global pour les risques pertinents auxquels les subventions sont confrontées (sur les huit risques définis) qui étaient couverts par l'audit. Cette comparaison n'est pas réalisée au niveau plus granulaire des 20 sous-risques même si un commentaire explicatif est fourni chaque fois que les notations du BIG et du Secrétariat diffèrent concernant l'un de ces sous-risques. Cette approche globale est conçue pour focaliser l'attention du Conseil et du Comité de l'audit et des finances sur les domaines critiques où des niveaux de risque réels peuvent différer des niveaux perçus ou évalués, et méritent de ce fait qu'on en discute ou qu'on les atténue davantage.

En ce qui concerne les catégories de risque pour lesquelles l'organisation n'a pas formellement fixé de niveau de risque ou d'appétence au risque, le BIG examine les processus d'ensemble d'évaluation et de gestion des risques du Secrétariat, et formule une opinion à l'égard de leur conception et efficacité.

Tableau des risques

Risques institutionnels (8)	Risques opérationnels (20)
Qualité des programmes	1.1 Inadéquation de la conception et de la pertinence des programmes
	1.3 Inadéquation de la qualité et de l'efficacité des programmes
Suivi et évaluation	1.2 Inadéquation de la conception et de la gouvernance des systèmes de suivi et d'évaluation
	1.4 Disponibilité limitée des données et inadéquation de la qualité des données
	1.5 Utilisation limitée des données
Achats	3.3 Inefficacité des processus et des résultats des achats
Chaîne d'approvisionnement dans le pays	3.2 Absence de fiabilité des prévisions, des quantifications et de la planification des approvisionnements
	3.4 Inadéquation des systèmes de stockage et de distribution
	3.6 Inadéquation des systèmes de gestion des informations (LMIS)
Fraudes liées aux subventions et questions fiduciaires	2.1 Inadéquation des mécanismes relatifs aux flux des fonds
	2.2 Inadéquation des contrôles internes
	2.3 Fraude, corruption et vol
	2.5 Rapport coût/efficacité limité
Comptabilité et information financière des pays	2.4 Inadéquation de la comptabilité et de l'information financière
	2.6 Inadéquation des mécanismes de vérification
Gouvernance des programmes au niveau national et supervision des subventions	4.1 Inadéquation de la gouvernance des programmes au niveau national
	4.2 Inadéquation de la gestion des programmes
	4.3 Inadéquation de la coordination des programmes et de la supervision des sous-récepteurs
Qualité des produits de santé	3.1 Sélection inappropriée des produits et équipements de santé
	3.5 Suivi limité de la qualité et inadéquation de l'utilisation des produits