



Rapport d'audit

Subventions du Fonds mondial à la République de l'Union du Myanmar

GF-OIG-18-013
7 août 2018
Genève, Suisse

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

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

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

Nous contacter

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

Formulaire en ligne >

Disponible en anglais, espagnol, français et russe

Courrier postal :

Bureau de l'Inspecteur général
Le Fonds mondial
Chemin du Pommier 40, CH-1218
Genève, Suisse

Courriel

ispeakoutnow@theglobalfund.org

Ligne téléphonique gratuite :

+1 704 541 6918

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

Messagerie téléphonique 24 h/24 :

+41 22 341 5258

Pour tout supplément d'information

www.theglobalfund.org/oig

Rapport d'audit

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

Rapport consultatif

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

Rapport d'enquête

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

Table des matières

1.	Résumé.....	4
1.1.	Opinion.....	4
1.2.	Réalisations clés et bonnes pratiques	4
1.3.	Difficultés et risques principaux	5
1.4.	Notation.....	6
1.5.	Résumé des actions convenues de la Direction.....	6
2.	Historique et contexte.....	7
2.1.	Contexte général.....	7
2.2.	Catégorie de différenciation des audits de pays.....	7
2.3.	Subventions du Fonds mondial au Myanmar	8
2.4.	Les trois maladies.....	10
3.	Aperçu de l’audit	11
3.1.	Objectifs.....	11
3.2.	Portée	11
3.3.	Correction des faiblesses identifiées précédemment	12
4.	Constatations	13
4.1.	L’efficacité opérationnelle et l’optimisation des ressources relatives à la fourniture de services doivent être améliorées	13
4.2.	L’accès aux services et au contrôle des infections doit être amélioré	16
4.3.	Des améliorations doivent être apportées aux fins de renforcer la pérennité institutionnelle des programmes liés aux trois maladies	19
4.4.	Amélioration requise du suivi stratégique et de la garantie des programmes.....	22
5.	Tableau des actions convenues	24
	Annexe A : Classification générale des notations de l’audit	25
	Annexe B : Méthodologie.....	26

1. Résumé

1.1. Opinion

Le Myanmar a réalisé d'importantes avancées face au VIH, à la tuberculose et au paludisme. Le nombre de patients sous antirétroviraux a été multiplié par 3,7 en moins de huit ans ; toutes les femmes enceintes ou presque reçoivent un test de dépistage du VIH, et les cas de paludisme ont chuté de 64 % entre 2014 et 2017. Le taux de guérison de la tuberculose atteint 87 %. Cette réussite programmatique s'est accompagnée d'une augmentation des investissements publics visant à lutter contre les trois maladies et à étendre la couverture sanitaire.

Cependant, cette expansion rapide des services génère des préoccupations grandissantes quant aux meilleurs moyens de planifier la pérennité, d'optimiser les ressources et de combler les lacunes en matière de qualité des services. Les plans de transfert des services de prise en charge du VIH aux autorités publiques ne satisfont toujours pas aux exigences les plus fondamentales liées à la chaîne d'approvisionnement et aux ressources humaines. Les services n'atteignent toujours pas efficacement les populations-clés telles que les consommateurs de drogues injectables. De plus, les modes de prestation de services et les modalités d'approvisionnement sont propres à chaque programme et à chaque maître d'œuvre. Cela limite les opportunités de mutualiser des ressources telles que les agents de santé communautaires et de fournir des services intégrés dans les établissements de santé. Enfin, les récipiendaires principaux, l'instance de coordination nationale et l'agent local du Fonds apportent des garanties et un suivi stratégique insuffisants.

1.2. Réalisations clés et bonnes pratiques

Bons résultats programmatiques : Ces dernières années, le Myanmar a obtenu des avancées notables face aux épidémies de VIH, de tuberculose et de paludisme. Le nombre de personnes sous traitement antirétroviral est passé de 40 128 en 2011 à 146 826 fin 2017. À cette date, plus de 90 % des femmes enceintes connaissent leur statut sérologique. Le taux de décès lié au sida a chuté de 52 % entre 2000 et 2016¹. En 2016, 72 % des patients atteints de tuberculose étaient pris en charge. À 87 %, le taux de guérison reste relativement stable depuis 2013. Il atteignait 80 % au sein des patients atteints de tuberculose multirésistante fin 2014. Un projet pilote de traitement court ciblant les patients atteints de tuberculose multirésistante est à l'essai et devrait améliorer encore les taux de guérison une fois déployé à grande échelle. Le Myanmar affiche une chute de 64 % du nombre de cas de paludisme, qui est passé de 205 568 en 2014 à 85 019 en 2017, et un déclin important du nombre de décès liés à la maladie, passé de 1 707 en 2005² à 30 seulement fin 2017. Le pays est en bonne voie pour éliminer le paludisme à l'horizon 2030³.

Augmentation des investissements publics dans la lutte contre les trois maladies : Les autorités soutiennent le financement des traitements d'entretien à la méthadone et l'achat d'antirétroviraux et autres produits de prise en charge du VIH. Elles soutiennent également l'achat d'antituberculeux de première et deuxième intention. La forte volonté du pays d'accélérer les avancées vers la couverture sanitaire universelle se traduira probablement par une hausse du soutien financier à la riposte aux trois épidémies. Ces investissements publics supplémentaires offriront aux donateurs la liberté de cibler leurs ressources sur d'autres aspects des services de prise en charge des trois maladies.

Collaboration efficace entre les autorités publiques et les parties prenantes à des fins de planification et de mise en œuvre des interventions : Des organisations ethniques investies dans la santé et les populations-clés sont activement impliquées dans la planification et la mise en œuvre des interventions de lutte contre les trois maladies. Les communautés participent activement à la mise en œuvre des programmes, ce qui garantit un engagement efficace des patients.

¹ Données de l'ONUSIDA 2017, http://www.unaids.org/en/resources/documents/2017/2017_data_book

² Plan stratégique national du Myanmar contre le paludisme, 2016-2020

³ Plan stratégique national du Myanmar contre le paludisme, 2016-2020

Le pays reçoit également un appui technique coordonné relatif au VIH, à la tuberculose et au paludisme de plusieurs agences bilatérales et multilatérales, notamment le gouvernement des États-Unis, l'Agence de coopération internationale du Japon, l'OMS, l'ONUSIDA, l'UNFPA et l'UNICEF.

Amélioration des contrôles financiers au travers de mesures instituées par le Secrétariat et les récipiendaires principaux : Le Fonds mondial a institué la politique de trésorerie zéro, mise en œuvre par l'UNOPS à travers le mécanisme de flux de trésorerie géré. Cette mesure a contribué à préserver les ressources du Fonds et à améliorer l'absorption des crédits de subvention. De plus, les récipiendaires principaux possèdent des politiques et des procédures détaillées pour la gestion des sous-récepteurs.

1.3. Difficultés et risques principaux

Besoin d'optimiser les ressources afin de renforcer l'impact et de maximiser l'efficacité : La prestation des services au niveau communautaire pourrait être optimisée. Le Fonds mondial soutient plus de 17 000 bénévoles intervenant auprès des cas de paludisme, mais cet important réseau n'est pas encore apte à fournir des services de prise en charge du VIH ou de la tuberculose. De plus, aucun des 1 600 agents de santé communautaires financés par les subventions, chargés de fournir des services de prévention du VIH aux populations-clés ne reçoivent de tests de dépistage du VIH en raison des obstacles législatifs. Cela empêche la délégation des tâches lorsque ce serait possible, alors que le pays manque d'agents de santé. Seulement 22 % des centres de traitement de maintenance à la méthadone fournissent des services intégrés de prise en charge du VIH, malgré le taux élevé de séropositivité des consommateurs de drogue qui les fréquentent. La fragmentation touche également la gestion des stocks, chaque maître d'œuvre utilisant une chaîne d'approvisionnement distincte. Or, les lieux de stockage des produits propres à chaque maladie sont souvent proches les uns des autres et les itinéraires de distribution se recoupent largement. Par exemple, la ville de Yangon compte à elle seule 13 entrepôts centraux/régionaux couvrant les trois maladies, dans un rayon de 21 km. Une mutualisation des ressources pourrait pourtant être envisagée. Les initiatives visant à établir un système intégré d'information de la gestion logistique commun aux partenaires de santé ont peu progressé.

Manque d'accès à des services de prise en charge du VIH de qualité et de prévention des infections : Vingt-cinq pour cent⁴ des centres visités par le Bureau de l'Inspecteur général conservaient des tests expirés au moment de l'inspection, qui risquaient d'être utilisés. De plus, 38 % des centres visités n'observent pas les directives approuvées en matière de dépistage du VIH. La couverture des populations-clés n'est pas satisfaisante. Par exemple, moins de 45 % des consommateurs de drogues injectables touchés par les programmes de prévention ont reçu un test de dépistage du VIH, alors que le taux de prévalence de la maladie au sein de ce groupe atteint 28,3 %. Malgré la diffusion des directives de lutte contre les infections tuberculeuses dans les centres de santé prenant en charge le VIH et la tuberculose, 46 % des établissements ne soumettent pas leurs agents de santé à un test de dépistage de la tuberculose une fois par an ou plus.

Absence d'amélioration de la pérennisation institutionnelle : Les plans de transfert de la prise en charge de plus de 26 000 patients sous traitement antirétroviral d'organisations non-gouvernementales à des prestataires publics n'ont toujours pas atténué les risques liés au manque de capacités des fournisseurs de services et de la chaîne d'approvisionnement. Le programme national de lutte contre le sida est déjà confronté à des difficultés de stockage au niveau central, et la capacité du système public d'approvisionnement à absorber la hausse du nombre de patients est préoccupante. Au moment de l'audit, les ressources humaines requises aux fins de cette transition n'avaient pas été déterminées. Le plan de transfert ne fait aucune mention de la localisation et du traçage des patients, deux éléments pourtant essentiels à une transition réussie. Selon les pratiques actuelles, les dossiers papier des patients sont transférés dans les établissements qui en assureront désormais le suivi, et des formulaires de transfert sont remplis à des fins de vérification du transfert des patients.

⁴ Huit des 31 centres fournissant des services de dépistage du VIH

Insuffisance des activités de suivi stratégique et de garantie : Les récipiendaires principaux n'ont pas toujours supervisé les activités en raison du contexte sécuritaire et de la charge de travail induite par l'établissement des subventions, qui a été évaluée par le Secrétariat. Lorsque des visites de supervision étaient menées, les centres visés ne recevaient pas systématiquement d'observations écrites. Une part importante des recommandations émises par les vérificateurs et les superviseurs est restée sans effet. Le suivi de l'instance de coordination nationale est insuffisant, une seule visite ayant été conduite entre 2016 et 2017. Le Secrétariat et les récipiendaires principaux prennent acte de ces manquements et s'engagent à ce que les constatations du présent audit soient prises en compte dans le cadre du suivi des subventions à l'avenir.

1.4. Notation

	<p>Objectif n° 1. Adéquation et efficacité des modalités de mise en œuvre visant à garantir l'atteinte des objectifs des subventions dans un souci d'efficacité et de pérennité, en particulier au niveau de la chaîne d'approvisionnement, l'utilisation des agents communautaires, la gestion des données et la fourniture de services.</p> <p>Notation du Bureau : Partiellement efficace. Les modalités de mise en œuvre ont permis la fourniture des médicaments, produits de santé et autres services aux patients touchés par le VIH, la tuberculose ou le paludisme. Néanmoins, l'utilisation des ressources doit être optimisée afin de renforcer l'impact et de maximiser le rapport coût-efficacité.</p>
	<p>Objectif n°2. Efficacité des systèmes, procédures et contrôles visant à garantir des services de qualité aux bénéficiaires ciblés.</p> <p>Notation du Bureau : Partiellement efficace. Malgré les conflits dans plusieurs parties du pays, des avancées sensibles ont été obtenues face aux trois épidémies ces dernières années. Ainsi, le nombre de patients sous antirétroviraux a nettement augmenté, le taux de guérison de la tuberculose est relativement élevé, et la prévalence du paludisme a fortement chuté. Cependant, bien que les investissements aient permis une intensification des interventions liées aux trois maladies, l'accès à des services de qualité reste problématique, en particulier pour le dépistage du VIH par les populations-clés, le contrôle de la charge virale et la prévention des infections dans les centres de santé.</p>
	<p>Objectif n° 3. Adéquation et efficacité des outils de gestion et d'assurance des sous-réceptaires visant à préserver les ressources du Fonds mondial.</p> <p>Notation du Bureau : Partiellement efficace. Le cadre d'assurance s'est globalement amélioré depuis le précédent audit du Bureau de l'Inspecteur général. Les procédures, contrôles et systèmes en place garantissent une gestion efficace des ressources du Fonds mondial. Cependant, les activités de suivi stratégique et de garantie des programmes nécessitent une légère amélioration.</p>

1.5. Résumé des actions convenues de la Direction

En collaboration avec les récipiendaires principaux, le ministère de la Santé et les partenaires pertinents, le Secrétariat du Fonds mondial évalue la chaîne d'approvisionnement aux fins d'identifier les domaines clés de fragmentation et de définir les domaines d'intégration potentielle. Avec le concours des acteurs pertinents, il finalise également le cadre d'une architecture institutionnelle d'interopérabilité des systèmes d'information sanitaire ; et une politique/stratégie de prise en charge intégrée des cas au niveau communautaire visant à améliorer l'intégration et la qualité des soins au niveau communautaire. Enfin, le Secrétariat établit un plan complet de transfert des patients sous antirétroviraux, couvrant tous les aspects opérationnels pertinents, notamment les ressources humaines requises, le calendrier de transfert des patients, et le suivi des patients et de la chaîne d'approvisionnement des médicaments.

2. Historique et contexte

2.1. Contexte général

Selon les estimations, la population du Myanmar s'élevait à 55,1 millions d'habitants fin 2017. Le pays est depuis sept ans en pleine transition politique et économique. Suite à un demi-siècle d'isolement imposé par un régime militaire, le pays s'est ouvert au marché mondial sous une nouvelle administration entrée en fonctions en 2011. Entre 2011 et 2015, des réformes économiques importantes ont entraîné une hausse rapide du produit intérieur brut (PIB), de 7,8 % en moyenne. Les réformes, notamment l'unification des taux de change, la libéralisation des télécommunications, les ajustements budgétaires et la levée des restrictions commerciales, se sont succédées dans un contexte macroéconomique stable⁵. La croissance économique soutenue ces sept dernières années a permis d'élever une part importante de la population au-dessus du seuil de pauvreté national et le Myanmar est passé dans la catégorie des pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure en 2015. Le pays reste néanmoins l'un des plus pauvres d'Asie du Sud-Est^{6,7}. Fin 2016, le PIB par habitant était de 1 195 dollars US, le plus bas de tous les pays du bassin du Mékong⁸. Le Myanmar se classe au 145^e rang sur 188 selon l'indice de développement humain des Nations Unies 2016, et 130^e sur 180 selon l'indice de perception de la corruption 2017 établi par Transparency International⁹. Les conflits armés, l'intensification des tensions sectaires et les catastrophes naturelles sont autant d'obstacles qui mettent fortement en péril la pérennité des activités de développement du pays¹⁰.

Administrativement, le Myanmar est composé de sept régions, sept États et Naypyidaw Territoire de l'Union¹¹. Naypyidaw est la capitale administrative du pays, Yangon étant la ville principale et l'ancienne capitale. Le pays est divisé en 73 districts, subdivisés en 330 municipalités¹². En 2014, les dépenses de santé représentaient 2,3 % du PIB¹³. Le Myanmar compte seulement 1,49 médecin, infirmier et sage-femme pour 1 000 habitants, ce qui le classe dans les 57 pays touchés par une grave pénurie de personnels de santé. Le niveau mondial de référence indiquant une couverture adéquate de services essentiels de santé est défini à 2,3 personnels pour 1 000 habitants¹⁴.

2.2. Catégorie de différenciation des audits de pays

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

⁵ Banque mondiale (2017)-Document d'information sur les programmes, Rapport AB789 sur la mise en œuvre des politiques de développement au Myanmar

⁶ <http://www.worldbank.org/en/country/myanmar/overview>

⁷ <https://www.adb.org/countries/myanmar/poverty>

⁸ <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/NY.GDP.PCAP.CD?locations=MM>

⁹ https://www.transparency.org/news/feature/corruption_perceptions_index_2017

¹⁰ <http://www.worldbank.org/en/country/myanmar/overview>

¹¹ Les États comportent des groupes importants de minorités ethniques et les régions sont principalement peuplées par la majorité nationale birmane.

¹² Rapport thématique sur la main d'œuvre, Ministère du Travail, de l'Immigration et de la Population, juin 2017

¹³ <http://www.who.int/countries/mmr/fr/>

¹⁴ Myanmar Health_Workforce_Strategic_plan_2012-2017

Le Myanmar est un pays :

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

2.3. Subventions du Fonds mondial au Myanmar

Le Fonds mondial est partenaire du Myanmar depuis 2003 et a signé des subventions d'un total de 781 millions de dollars US à ce jour, dont 538 millions ont été décaissés. Le Fonds a suspendu ses investissements dans le pays en 2005, avant de les reprendre en 2011. En 2013, le pays fut l'un des premiers à candidater au titre du nouveau modèle de financement¹⁵, qui remplaçait l'ancien système basé sur les séries. Pendant la période d'allocation 2017/2019, le Fonds mondial a alloué 206 millions aux interventions de lutte contre le VIH et la tuberculose et au renforcement des systèmes de santé au Myanmar.

Pendant cette période, le financement des activités liées au paludisme était géré par l'Initiative régionale de lutte contre la résistance à l'artémisinine, qui couvre cinq pays dans le bassin du Mékong (Cambodge, République démocratique populaire lao, Myanmar, Thaïlande et Viet Nam). Le Myanmar a reçu 97 millions de dollars US sur l'ensemble des subventions allouées à l'Initiative (242 millions). Le pays a également reçu un financement à effet catalyseur de 19,3 millions de dollars US à des fins de prévention du VIH au sein des populations-clés et de renforcement des systèmes nationaux d'information sur la gestion de la santé. Ces financements doivent également contribuer à localiser 50 000 cas de tuberculose manquants¹⁶.

Depuis 2011, le Bureau des Nations Unies pour les services d'appui aux projets (UNOPS) et Save the Children Federation, Inc. sont les deux récipiendaires principaux de toutes les subventions du Fonds mondial au Myanmar. Chacun a géré une subvention liée au VIH, à la tuberculose et au paludisme. Le ministère de la Santé et des Sports met en œuvre les subventions en qualité de sous-réциpiendaire sous la directive de l'UNOPS dans le cadre des programmes nationaux de lutte contre les trois maladies. Les six subventions ci-après ont pris fin en décembre 2017 :

Numéro de subvention (nouveau modèle de financement)	Réциpiendaire principal	Maladie	Période de mise en œuvre	Budget total (USD)	Décaissé à ce jour (USD)
MMR-H-SCF	Save the Children	VIH/sida	jan. 2013 à déc. 2017	118 029 577	113 327 276
MMR-H-UNOPS	UNOPS	VIH/sida	jan. 2013 à déc. 2017	98 957 466	89 113 589

¹⁵ https://www.theglobalfund.org/media/1467/replenishment_2013newfundingmodel_report_en.pdf?u=63648680736000000

¹⁶ Les investissements à effet catalyseur aident des programmes et activités soutenus par le Fonds mondial qui ne peuvent pas être dûment financés par les sommes allouées aux pays, mais qui sont essentiels à l'atteinte des objectifs stratégiques.

MMR-M-SCF	Save the Children	Paludisme	jan. 2013 à déc. 2017	28 274 171	27 381 988
MMR-M-UNOPS	UNOPS	Paludisme	jan. 2013 à déc. 2017	75 172 419	65 083 434
MMR-T-SCF	Save the Children	Tuberculose	jan. 2013 à déc. 2017	24 437 385	23 793 102
MMR-T-UNOPS	UNOPS	Tuberculose	jan. 2013 à déc. 2017	97 041 795	89 458 734
				441 912 813	408 158 123

2.4. Les trois maladies



VIH/sida : Le Myanmar est l'un des 35 pays qui concentrent 90 % des nouvelles infections dans le monde¹⁷. Il possède la deuxième population de personnes vivant avec le VIH en Asie du Sud-Est.

Les taux de prévalence au sein des populations-clés telles que les professionnelles du sexe (14,6 %), les consommateurs de drogues injectables (28,5 %) et les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (11,6 %) sont supérieurs à ceux touchant la population générale¹⁸. Le pays détient le taux de prévalence le plus élevé enregistré en Asie du Sud-Est pour le groupe des HSH. Il fait partie des 30 pays dont le taux de coinfection VIH/tuberculose est le plus élevé au monde.

230 000 personnes vivant avec le VIH¹⁹

146 826 (55 %) personnes actuellement sous traitement antirétroviral²⁰

Prévalence du VIH au sein de la population générale supérieure à 0,6 %²¹



Paludisme : Malgré les avancées majeures réalisées récemment, le Myanmar reste le pays du bassin du Mékong le plus fortement touché par l'incidence et la charge de morbidité liées au paludisme, concentrant 75 % des cas de paludisme dans la région²². Les cas de paludisme ont chuté, passant de 205 568 en 2014 à 85 019 en 2017, et le nombre de décès liés à la maladie a également baissé, passant de 1 707 en 2005²³ à 30 fin 2017. Selon le Programme national de lutte contre le paludisme, 291 des 330 municipalités sont situées dans des zones d'endémie palustre et environ 85 % de la population vit dans des zones de transmission.

11 millions de moustiquaires imprégnées d'insecticide distribuées entre 2014 et 2016²⁴

Incidence parasitaire annuelle : 1,39 en 2017²⁵

(8,09 en 2012)



Tuberculose : Le Myanmar est l'un des 30 pays les plus fortement touchés par les formes simple et multirésistante de la tuberculose dans le monde. En 2016, le taux d'incidence, toutes formes confondues, était estimé à 361 pour 100 000 habitants. Vingt-cinq personnes sur 100 000 sont touchées par la tuberculose multirésistante/résistante à la rifampicine.

La tuberculose est la première cause de décès dans le pays chez les adultes (15 - 49 ans), et représente plus de 9 % des décès globalement. Néanmoins, le taux de mortalité lié à la tuberculose a chuté de 133/100 000 en 1990 à 53/100 000 en 2014²⁶.

139 625 cas de tuberculose notifiés en 2016²⁷

(142 162 en 2012)

Taux de réussite des traitements de la tuberculose : 87 % (2015)²⁸

Taux de réussite des traitements de la tuberculose multirésistante : 80 % (2014)

Couverture de prise en charge de la tuberculose : 72 % (2016)²⁹

Patients connaissant leur statut sérologique positifs à VIH : 9 % (2016)³⁰

¹⁷ ONUSIDA - Fast Track Update on Investments, 2015

¹⁸ Plan stratégique national de lutte contre le sida du Myanmar 2016/2020 (page 20)

¹⁹ <http://www.unaids.org/fr/regionscountries/countries/myanmar/>

²⁰ RA/DDA sur le VIH non vérifié (UNOPS) – juillet à décembre 2017

²¹ Plan stratégique de lutte contre le VIH/sida et de prévention des IST et de lutte y afférente dans le secteur de la santé 2016/2020

²² PMI 2018 – Plan opérationnel national de Birmanie

²³ Plan stratégique national de lutte contre le paludisme au Myanmar, 2016/2020

²⁴ Rapport 2017 sur le paludisme dans le monde (page 7)

²⁵ RA/DDA non vérifié (UNOPS) – juillet à décembre 2017

²⁶ Plan stratégique national de lutte contre la tuberculose au Myanmar, 2016/2020

²⁷

https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=/WHO_HQ_Reports/G2/PROD/EXT/TBCountryProfile&ISO2=MM&outtyp e=PDF

²⁸ Ibid

²⁹ Ibid

³⁰ Ibid

3. Aperçu de l'audit

3.1. Objectifs

Le présent audit a vocation à garantir l'efficacité des subventions au Myanmar en matière d'impact dans le pays. Il évalue en particulier :

- l'adéquation et l'efficacité des modalités de mise en œuvre, notamment la chaîne d'approvisionnement, l'utilisation des agents communautaires, la gestion des données et la prestation de services, visant à garantir l'atteinte des objectifs des subventions dans un souci d'efficacité et de pérennité ;
- l'efficacité des systèmes, procédures et contrôles visant à garantir des services de qualité aux bénéficiaires ciblés ; et
- l'adéquation et l'efficacité des outils de gestion et d'assurance des sous-réциpiendaires en matière de préservation des ressources du Fonds mondial.

3.2. Portée

L'audit couvre la période entre janvier 2016 et décembre 2017. Dans la mesure du possible, la période a été étendue afin d'évaluer dans quelle mesure les maîtres d'œuvre sont parvenus à combler les faiblesses identifiées. Il vise les deux réциpiendaires principaux des subventions du Fonds mondial au Myanmar, et porte une attention particulière aux interventions de lutte contre le VIH/sida et la tuberculose. Le Bureau a examiné la subvention liée au paludisme dans le cadre de son audit de la subvention à l'Initiative RAI. Les constatations clés en seront présentées dans le rapport d'audit sur les subventions régionales/multipays du Fonds mondial.

Limite de la portée

L'Assemblée générale des Nations Unies a adopté une série de résolutions et de règles dans un cadre appelé « principe d'audit unique ». Selon ce cadre, les tiers ne sont pas autorisés à accéder aux livres et registres des Nations Unies et de ses filiales. Les audits et enquêtes sont menés par les organes internes de suivi des Nations Unies et le Fonds mondial accepte les garanties qui en résultent et s'appuie dessus. À ce titre, le Bureau de l'Inspecteur général n'a pas vérifié les contrôles internes et procédures (notamment les dépenses) de l'UNOPS, l'un des deux réциpiendaires principaux. Le présent audit vise néanmoins les sous-réциpiendaires de l'UNOPS. Cela étant, le Bureau n'a pu vérifier qu'un nombre limité de transactions financières réalisées par les trois programmes nationaux, dont l'UNOPS gère les transactions selon la « politique de trésorerie zéro », en raison de la « règle de transaction 20/130 » applicable³¹.

Aux fins du présent audit, les vérificateurs ont visité plusieurs établissements de santé, centres de traitement, entrepôts et magasins. En raison des restrictions de déplacement et du contexte sécuritaire dans certaines parties du pays, les visites de terrain ont été limitées à sept des quinze États/régions, équivalant à 59 %, 63 % et 32 % respectivement des patients atteints de VIH, de tuberculose et de paludisme en juin 2017.

³¹ La « règle de transaction 20/130 » est un cadre de vérification limitant à vingt (20) sur cent-trente (130) le nombre de dépenses individuelles pouvant être sélectionnées à des fins de vérification.

3.3. Correction des faiblesses identifiées précédemment

Le précédent audit des subventions au Myanmar a été réalisé en 2014. Les principales faiblesses identifiées alors par les vérificateurs du Bureau visaient la gestion financière et la gestion de la chaîne d'approvisionnement. Le présent audit constate une amélioration de la gestion financière, essentiellement due au renforcement des contrôles financiers internes au niveau des sous-réциpiendaires. Cependant, le suivi et la garantie du portefeuille restent problématiques (voir section 4.4).

Précédents travaux du Bureau de l'Inspecteur général pertinents
Audit des subventions du Fonds mondial au Myanmar, 2014

Diagnostic des subventions du Fonds mondial à la République de l'Union du Myanmar, 2012

La gestion de la chaîne d'approvisionnement des produits utilisés dans le cadre des programmes s'est améliorée, notamment les conditions de stockage des produits ; et les ruptures de stock et les expirations ont été sensiblement réduites. Cependant, les mesures visant à atténuer la fragmentation des modalités d'approvisionnement restent insuffisantes (voir section 4.1).

4. Constatations

4.1. L'efficacité opérationnelle et l'optimisation des ressources relatives à la fourniture de services doivent être améliorées

Malgré les conflits et les restrictions de déplacement dans certaines parties du pays, les modalités de mise en œuvre ont aidé les maîtres d'œuvre à fournir les médicaments, produits de santé et autres services de prise en charge des trois maladies aux bénéficiaires ciblés. Cependant, l'utilisation des services doit être optimisée aux fins de renforcer l'impact et de maximiser le rapport coût-efficacité.

Intégration insuffisante des services liés au VIH, à la tuberculose et au paludisme :

La capacité des agents de santé et des centres communautaires à influencer positivement sur les résultats sanitaires n'est pas pleinement exploitée :

- Les quelque 17 000 bénévoles intervenant auprès des cas de paludisme financés par les subventions ne fournissent aucun service lié au VIH ou à la tuberculose, même dans les zones les plus fortement touchées. Le Programme national de lutte contre le paludisme s'emploie actuellement à former ces bénévoles aux fins de leur confier des services intégrés regroupant la tuberculose, le VIH, la lèpre et la dengue.
- Plus de 1 600 agents de santé communautaires financés par les subventions fournissent des services de prévention du VIH aux populations-clés, mais aucun dépistage. Récemment encore, la législation du pays ne les autorisait pas à réaliser des tests de dépistage du VIH.
- Plus de 3 800 agents de santé communautaires diagnostiquent la tuberculose, mais s'appuient pour cela uniquement sur les symptômes et ne prélèvent pas d'échantillons d'expectoration.
- Vingt-deux pour cent des centres de traitement à la méthadone fournissent des services complets de prise en charge du VIH, malgré le taux élevé de prévalence du VIH au sein des consommateurs de drogues injectables fréquentant ces centres.
- Quarante-trois pour cent des centres offrant des services de dépistage de la tuberculose multirésistante ne placent pas les patients sous traitement. Or, les coûts de déplacement supplémentaires jusqu'aux centres de prise en charge limitent l'accès des patients aux traitements contre cette forme de la maladie.
- Bien que tous les centres de soins prénatals du Myanmar proposent un dépistage du VIH aux femmes enceintes, seuls 301 sur plus de 5 000 établissements fournissent des antirétroviraux en raison du modèle de prestations de services différenciés.

Ce manque d'intégration est notamment dû au fait que les partenaires nationaux chargés de mettre en œuvre les activités liées aux trois maladies n'ont pas étudié les possibilités d'optimisation des mandats des agents communautaires dans les différentes municipalités au vu de l'épidémiologie des maladies et des principes et démarches publics en matière de santé. Il n'existe pas non plus de plan national d'investissement et de stratégie relatifs aux agents de santé communautaires, bien que le ministère de la Santé et des Sports ait récemment réalisé une analyse documentaire visant à en éclairer l'établissement. Les autorités ont également mis sur pied un groupe de travail sur les agents de santé à assise villageoise afin de garantir l'établissement et le déploiement de ce plan.

Cette lacune a retardé le placement sous traitement de 21 % des patients atteints de tuberculose multirésistante diagnostiqués en 2016. Parmi les patients coinfectés VIH/tuberculose, 42 % n'ont pas reçu d'antirétroviraux cette année-là. Ce chiffre a atteint 45 % en 2017. De plus, 21 % des femmes enceintes séropositives à VIH n'ont pas reçu d'antirétroviraux en 2017.

Modalités d'approvisionnement complexes et fragmentées : Ces dernières années, le Fonds mondial a pu utiliser les chaînes d'approvisionnement des maîtres d'œuvre aux fins de distribuer des médicaments aux communautés les plus difficiles d'accès au Myanmar. Ce faisant, les programmes ont également pu utiliser des quantités croissantes de produits de prise en charge du VIH et de la tuberculose, dont la valeur des stocks a augmenté de 385 % et 194 % respectivement entre 2013 et 2017, sans que des ruptures de stock ou des expirations notables aient été constatées

pendant le présent audit, cela en dépit des conflits généralisés et des accès difficiles. Cependant, les modalités de la chaîne d'approvisionnement, notamment le stockage, la distribution et le système d'information de gestion de la logistique (LMIS) utilisés aux fins des programmes soutenus par le Fonds mondial sont propres à chaque maître d'œuvre et à chaque programme (VIH, tuberculose et paludisme). Or, cela alourdit la charge de travail d'une main d'œuvre déjà saturée et en manque de ressources, et peut entraîner des doubles emplois et des inefficacités aux niveaux du stockage et de la distribution, et indirectement gonfler les coûts d'exploitation de la chaîne d'approvisionnement. Cela limite en outre les opportunités d'optimiser la gestion des chaînes d'approvisionnement, ce qui est d'autant plus regrettable au vu du manque de capacité actuel des programmes nationaux au niveau central.

Les trois programmes nationaux de lutte contre les maladies utilisent des sites de stockage et des réseaux de distribution proches les uns des autres. Ainsi, 84 % des entrepôts centraux et régionaux du Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) sont situés dans les mêmes municipalités que ceux utilisés aux fins des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose et le VIH, et 78 % des itinéraires de distribution sont identiques quel que soit le programme, ce qui représente autant d'opportunités d'optimisation. À Yangon par exemple, 13 entrepôts centraux/régionaux sont gérés indépendamment les uns des autres par les trois programmes dans un rayon de 21 km. Trois de ces entrepôts sont loués à des tiers, représentant pour les subventions un coût total de 0,5 million de dollars US sur les trois prochaines années. Cependant, les modalités d'entreposage actuelles n'indiquent pas clairement comment l'espace doit être utilisé. De plus, les partenaires de santé et les maîtres d'œuvre du Fonds mondial utilisent des systèmes d'information sur la gestion de la logistique distincts. Le tableau 1 illustre les différents systèmes utilisés par les partenaires du secteur de la santé au Myanmar. Néanmoins, le déploiement d'un système électronique a progressé, tout en restant fragmenté. Déployé dans plus de 65 entrepôts régionaux/d'État gérés par les programmes nationaux, ce système électronique appelé mSupply améliore la communication de l'information et l'analyse des stocks.

Tableau 1 : LMIS dans le secteur de la santé

Nom du système	Financé par	Utilisation
Zulu	Ministère de la Santé	Médicaments essentiels à tous les niveaux
mSupply	3MDG	Médicaments essentiels dans les municipalités de 3 États
Logisitimo	UNFPA	Santé génésique dans les municipalités
mSupply	DFID/BM Fonds mondial	Entrepôt régional pour PNL/PNLP/PNLT

Cette fragmentation est en partie due au fait qu'en dépit de la nouvelle stratégie nationale en matière d'approvisionnement établie en 2015, aucun plan opérationnel n'a encore été défini afin de déployer et d'appliquer la stratégie. Le groupe de travail national sur la chaîne d'approvisionnement, établi afin de garantir la mise en œuvre de la stratégie, est resté inactif en 2017, et le groupe technique stratégique du Comité de coordination du secteur de la santé au Myanmar chargé du renforcement des systèmes de santé s'est réuni deux fois seulement entre 2016 et 2017 et n'a pas abordé l'intégration de la chaîne d'approvisionnement. Le manque de coordination entre les partenaires sur le renforcement des systèmes de santé, notamment la chaîne d'approvisionnement, et l'absence de vue d'ensemble des interventions liées à l'approvisionnement contribuent également à cette fragmentation.

Avant le quatrième trimestre 2017, le ministère de la Santé et des Sports ne possédait pas d'unité chargée de gérer l'ensemble des achats et des stocks, et les ressources humaines affectées à ces tâches restent limitées³². Ces deux éléments ont contribué à la fragmentation du système d'approvisionnement. Les autorités n'ont émis aucune recommandation quant au système d'information de gestion de la logistique à privilégier ou au calendrier de déploiement, de sorte que les partenaires ont choisi des systèmes disparates. Au sein du ministère, le Département de santé publique gère la chaîne d'approvisionnement des centres de santé, tandis que le Département des

³² L'unité centrale chargée de la gestion des achats et des stocks comptait treize personnes seulement au moment de l'audit, sur les 60 requises.

services médicaux assure l'approvisionnement des hôpitaux et des cliniques Cette répartition des tâches a entravé la prise de décisions transversales sur les questions d'approvisionnement.

Action convenue de la Direction n° 1

En collaboration avec les récipiendaires principaux, le ministère de la Santé et les partenaires pertinents, le Secrétariat du Fonds mondial mène une évaluation complète de la chaîne d'approvisionnement afin d'identifier les domaines clés de fragmentation et de définir les domaines d'intégration potentielle.

Titulaire : Directeur de la Division de la gestion des subventions

Date cible : 31 décembre 2019

4.2. L'accès aux services et au contrôle des infections doit être amélioré

Les investissements du Fonds mondial au Myanmar ont largement contribué à l'intensification des activités clés dans le cadre des programmes liés aux trois maladies. Les interventions sont stratégiquement centrées sur les populations-clés pertinentes et éclairées par les données épidémiologiques et programmatiques disponibles. Par exemple, dans le cadre de la lutte contre le VIH, le pays fournit des services différenciés selon la classification du VIH dans chaque municipalité. Cette démarche a entraîné une hausse de 266 % du nombre de personnes séropositives à VIH placées sous traitement entre 2011 et 2017. La disponibilité et l'accessibilité de services de qualité reste cependant problématique.

Couverture insuffisante en dépistage du VIH au sein des populations-clés : Les populations-clés incluent les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les consommateurs de drogues injectables, les professionnels du sexe et les transgenres. Ces groupes étant fréquemment pénalisés ou marginalisés, ils peinent davantage à accéder aux services de prise en charge du VIH que le reste de la population. Malgré ces difficultés, la fourniture de services de prévention aux populations-clés n'a cessé de croître sur la période visée par l'audit³³. Les acteurs nationaux, dont la société civile et les partenaires, ont par ailleurs plaidé pour la mise en place d'un environnement plus propice aux interventions liées au VIH auprès d'elles. Cependant, cette volonté n'a pas entraîné d'intensification du dépistage du VIH auprès des populations-clés touchées en 2017. Par exemple, les maîtres d'œuvre ont testé moins de 44 % des consommateurs de drogues injectables, bien que le taux de prévalence du VIH de ce groupe atteigne 26,3 %. Ce faible taux présente une opportunité manquée de dépistage précoce et de placement sous traitement antirétroviral sans délai inutile.

Pendant la période visée par l'audit, les agents de santé formés étaient les seuls à proposer un dépistage du VIH, à l'exclusion des agents de santé communautaires, ce qui explique le faible taux de personnes testées. Cette situation devrait changer, les agents communautaires étant depuis peu autorisés à proposer des tests de dépistage.

Qualité déficiente du dépistage du VIH : L'accès des populations-clés et vulnérables et des femmes enceintes aux services de dépistage du VIH s'est élargi : 988 773 personnes de ces groupes ont reçu un test en 2016, et 1 208 830 en 2017. Cependant, le dépistage n'était pas toujours conforme aux directives nationales. Vingt-cinq pour cent³⁴ des centres visités dans le cadre du présent audit stockaient des tests expirés qui auraient pu être utilisés. Cette pratique augmente les risques de diagnostics erronés et de traitements inadaptés. De plus, 38 % des centres visités ne réalisent pas les tests dans le respect des directives approuvées en matière de dépistage du VIH.

Cette non-observance s'explique par plusieurs facteurs, notamment le manque de disponibilité des directives en matière de dépistage du VIH, le manque d'évaluation externe de la qualité et la supervision inadéquate des centres. Ainsi, 17 % des centres visités ne disposent pas des directives, et 85 % des centres offrant des services de dépistage du VIH n'ont pas participé au programme national d'évaluation externe de la qualité pour le dépistage du virus. De fait, les crédits alloués à ces fins par les maîtres d'œuvre ne permettent pas d'inscrire tous les centres au programme, et le Laboratoire national de la santé n'a pas les capacités de mener des évaluations externes de la qualité à l'échelle requise. De plus, il n'existe pas de système national délivrant des certifications ou des tests d'aptitude individuels aux prestataires de dépistage du VIH. Environ 58 % des centres visités offrant des tests de dépistage du VIH n'ont reçu aucune visite de supervision de ces services au cours des six mois précédant l'inspection. Lorsqu'une supervision avait été menée, aucun retour d'information n'avait été fourni. Les récipiendaires principaux collaborent actuellement avec le Laboratoire national de référence en Australie afin de renforcer les capacités du Laboratoire national de la santé, avec le soutien du Centre étasunien pour le contrôle des maladies. Cette initiative vise à inscrire les centres de dépistage du VIH et de conseil des deux récipiendaires principaux à leur programme international

³³ En 2017, les récipiendaires principaux ont touché 54 020 HSH, 58 486 professionnelles du sexe et 42 494 consommateurs de drogues injectables.

³⁴ Huit centres sur 31 fournissant des services de dépistage du VIH.

d'évaluation externe de la qualité, jusqu'à ce que le Laboratoire national de la santé possède des capacités suffisantes pour évaluer tous les centres du Myanmar.

Faiblesses identifiées au niveau du suivi des patients sous traitement antirétroviral :

L'état des personnes séropositives sous traitement est généralement évalué au regard de leur charge virale³⁵. Bien que le taux de suppression de la charge virale des personnes testées soit élevé (92 %), seulement 30 % (38 220 sur 127 402 selon les estimations) des personnes sous traitement ont mesuré leur charge virale en 2016. En 2017, 35 % des patients ont mesuré leur charge virale dans les 25 établissements visités par le Bureau offrant des traitements antirétroviraux. Avant cette année-là, le pays mesurait la charge virale des personnes cibles uniquement et non pas l'ensemble des patients. Cette démarche était dictée par une insuffisance des ressources humaines des laboratoires, tant en matière de quantité que de qualité, qui n'étaient pas en mesure de tester la charge virale à tous les niveaux, du Laboratoire national de la santé au niveau central, jusqu'aux personnels des laboratoires régionaux et municipaux. De plus, les modalités de transport des échantillons inadaptées limitent encore un peu plus l'exploitation des capacités en matière de test de la charge virale. Au moment de l'audit, une stratégie complète, chiffrée et centrée sur les résultats était en cours d'établissement, visant à intensifier le suivi de la charge virale. Cette stratégie devrait combler les faiblesses identifiées ci-avant et optimiser l'utilisation des appareils disponibles.

Contrôle des infections insuffisant dans les établissements fournissant des services liés au VIH et à la tuberculose :

Le taux de coinfection VIH/tuberculose au Myanmar est de 9 %, l'un des plus élevés d'Asie du Sud-Est. Le programme national de lutte contre la tuberculose a diffusé des directives en matière de lutte contre les infections tuberculeuses dans les centres prenant en charge ces deux maladies. Au terme d'une évaluation de 39 centres proposant une prise en charge du VIH et/ou de la tuberculose, les vérificateurs du Bureau ont constaté que contrairement à ces directives, 46 % des établissements ne soumettent pas systématiquement leurs agents de santé à un test de dépistage de la tuberculose annuel ou plus fréquent, et 44 % ne leur ont pas fourni de formation de remise à niveau en matière de lutte contre les infections au cours des douze derniers mois. Plus de 48 500 patients vivant avec le VIH ou immunodéficients ont fréquenté ces centres en 2017, et ces faiblesses créent un environnement favorable à la dissémination de la tuberculose parmi les patients, les personnels de santé et la communauté. Ces manquements sont imputables à l'absence de directives dans les centres et au financement inadapté. Par exemple, 28 % des centres inspectés ne possèdent pas de directives relatives à la lutte contre les infections tuberculeuses, et les mesures en la matière ne peuvent pas être appliquées de manière cohérente par manque de financement public. En collaboration avec le programme national de lutte contre la tuberculose, les récipiendaires principaux poursuivent la distribution des directives dans les centres de santé offrant des services de prise en charge du VIH et de la tuberculose. À terme, cette initiative devrait combler les lacunes en matière de lutte contre les infections.

Suivi inadéquat des effets secondaires indésirables et de l'élimination des déchets médicaux :

Les médicaments et les produits de santé financés par les subventions du Fonds mondial sont achetés auprès de fournisseurs présélectionnés par l'OMS. Par ailleurs, des outils internes au pays contrôlent régulièrement la qualité des médicaments à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement, conformément aux exigences du Fonds mondial. Cependant, le Myanmar n'a pas établi de mesures visant à identifier, évaluer, analyser, signaler et prévenir systématiquement les effets secondaires indésirables et autres problèmes liés aux médicaments de traitement des trois maladies. Bien que les 50 centres visités détectent les effets secondaires indésirables liés aux trois maladies, six pour cent seulement possèdent des formulaires de suivi et de signalement et quatre pour cent les utilisent à des fins de signalement. Seuls 24 % des centres visités ont reçu une formation sur les effets secondaires indésirables. Les services chargés des produits alimentaires et pharmaceutiques ne possèdent pas de système officiel de suivi des effets secondaires au niveau

³⁵ Un test de la charge virale mesure le nombre de particules virales VIH par millilitre de sang. Une charge virale faible indique que le traitement est efficace. Une charge élevée chez une personne sous traitement indique que celle-ci ne prend pas ses médicaments correctement ou que le virus acquiert une résistance au traitement.

central ou régional. Ils disposent bien d'un outil de suivi (sur leur site web), mais les prestataires de services n'ont pas été formés à son utilisation. Les ressources disponibles étant limitées, la priorité n'a pas été donnée au suivi des effets secondaires. Si la subvention liée à la tuberculose prévoit des fonds à ces fins, ce n'est pas le cas des subventions liées au VIH et au paludisme. Avec le concours des partenaires dans le pays, le Secrétariat réalise actuellement un projet pilote sur le suivi des effets secondaires. Cette initiative et la mise en œuvre du suivi devraient combler les faiblesses dans ce domaine.

Aucune directive nationale n'a été établie sur la gestion des déchets pharmaceutiques et médicaux, notamment leur mise au rebut, ouvrant la voie à des pratiques d'élimination disparates. Save the Children a distribué les directives de l'OMS sur la gestion des déchets aux sous-récepteurs, mais elles ne sont pas toujours suivies. Par exemple, 59 % des établissements visités éliminent les produits sur place. Soixante-trois pour cent (63 %) n'ont reçu aucune formation sur la gestion et l'élimination des déchets, et 74 % ne possèdent pas d'outil pour communiquer sur la gestion des déchets. La mauvaise gestion des déchets pharmaceutiques et laboratoires expose les professionnels de santé, les personnels chargés de la manutention des déchets, les patients et la communauté en général à des risques d'infection, d'intoxication et de blessures. Une initiative commune à la Banque mondiale et au ministère de la Santé et des Sports vise déjà à établir des directives nationales en matière de gestion des déchets afin de combler cette faiblesse.

Conflits touchant plusieurs régions du Myanmar : Les conflits incessants dans plusieurs États du pays entravent la mise en œuvre des programmes. Les investissements du Fonds mondial doivent être adaptés au contexte de chaque pays et offrir une souplesse suffisante pour réagir aux évolutions. Les pays confrontés à des crises et des urgences, notamment humanitaires, sont tenus de collaborer avec les parties prenantes et les partenaires locaux aux fins d'identifier des solutions adaptées de mise en œuvre des subventions dans les situations d'extrême urgence et de grande instabilité. Certains États touchés par des conflits actifs tels que Rakhine et Kachin sont fortement touchés par le paludisme et le VIH. Depuis août 2017, la crise humanitaire qui frappe l'État de Rakhine a déplacé plus de 700 000 personnes (près de 23 % de la population de l'État) vers le Bangladesh voisin. Le Myanmar a été envisagé pour figurer sur la liste des contextes d'intervention difficiles du Fonds mondial pour la période d'allocation 2017/2019 avant d'en être exclus, le Secrétariat considérant que la politique doit s'appliquer à un pays, pas à une région. Bien qu'un plan d'intervention d'urgence n'ait pas été estimé nécessaire ou pratique, le Secrétariat a néanmoins pris une série de mesures au Bangladesh en réponse à cette crise et a notamment déployé des agents communautaires, des ressources laboratoires et des produits de lutte contre le paludisme supplémentaires.

Action convenue de la Direction n° 2

En collaboration avec les récepteurs principaux, le ministère de la Santé et les partenaires pertinents, le Secrétariat du Fonds mondial finalise une politique/stratégie de gestion intégrée des cas au niveau communautaire.

Titulaire : Direction de la Division de la gestion des subventions

Date cible : 31 décembre 2018

4.3. Des améliorations doivent être apportées aux fins de renforcer la pérennité institutionnelle des programmes liés aux trois maladies

Le gouvernement du Myanmar a progressivement accru les investissements dans la riposte nationale au VIH, à la tuberculose et au paludisme. Cette enveloppe augmentera encore probablement, les autorités étant fermement déterminées à accélérer les progrès vers la couverture sanitaire universelle³⁶. Le plan national de santé établi par le pays, notamment, vise également à garantir l'accès aux services de santé essentiels pour l'ensemble de la population. Cependant, le manque de capacités institutionnelles pourrait nuire à la pérennisation des programmes.

Lacunes des modalités de renforcement des capacités liées aux trois programmes nationaux de lutte contre les maladies : La démarche du Fonds mondial en matière de pérennisation et de transition repose sur le principe de base que tous les pays doivent planifier la pérennité dans la conception de leurs programmes, et ce, indépendamment de leur situation dans le continuum de développement. Le Secrétariat est tenu d'aligner ses exigences afin de garantir que les programmes financés par le Fonds mondial peuvent être mis en œuvre, autant que faire se peut, dans le cadre des systèmes nationaux, afin d'établir des systèmes résistants et pérennes pour la santé³⁷.

- Le Myanmar est un bon exemple de collaboration étroite entre les autorités nationales et des organisations non-gouvernementales en matière de riposte aux trois maladies. Malgré les ressources humaines limitées, les bénéficiaires principaux se sont employés aux côtés des autorités à obtenir des avancées importantes face aux maladies dans le pays. Cependant, les capacités des programmes nationaux restent insuffisantes. En février 2016, le comité de coordination du secteur de la santé du Myanmar a établi un plan global de renforcement des capacités des programmes nationaux, comme il était exigé dans les accords de subvention. Ce plan n'a pas été mis en œuvre, ni par le ministère de la Santé et des Sports, ni par le bénéficiaire principal, l'UNOPS. Celui-ci a établi un autre plan de renforcement des capacités des programmes nationaux, qui ne s'appuyait sur aucune évaluation approfondie des programmes. Aucune évaluation complète des capacités des programmes nationaux en matière de mise en œuvre des activités n'a été menée depuis 2010. Malgré un investissement de 1,2 million de dollars US en 2016 et 2017 visant à renforcer ces capacités, aucun outil ne suit régulièrement les activités y afférentes.

Les efforts de l'UNOPS en ce sens sont restés limités par le manque et la rotation élevée des ressources humaines au sein des programmes nationaux. Plus de 600 000 dollars US sont inscrits aux budgets des subventions 2018/2020 à des fins de renforcement des capacités. Cependant, les activités ne sont pas pleinement spécifiées. De plus, les rôles et responsabilités des acteurs clés, notamment des bénéficiaires principaux et du ministère de la Santé et des Sports, eu égard à l'utilisation de ces fonds, n'ont pas été définis.

Inadéquation des modalités de transfert des services de soins, de soutien et de traitement du VIH des ONG aux infrastructures publiques : Le transfert des services de prise en charge du VIH des organisations non-gouvernementales aux infrastructures publiques améliorera la pérennité des services. Un plan quantitatif (établi en 2017) indique le nombre de patients sous traitement visés par la transition, ainsi que le calendrier y afférent. Cependant, certains risques programmatiques et liés à la chaîne d'approvisionnement doivent encore être atténués. Le plan actuel ne prévoit pas de suivi et de traçage des patients à des fins de rétention des traitements. Parallèlement aux patients déjà pris en charge et à ses propres objectifs, le programme national de lutte contre le sida absorbera 26 000 patients actuellement suivis par des ONG. Les besoins de la chaîne d'approvisionnement au vu de ces évolutions n'ont pas été pleinement évalués, alors que le programme est déjà confronté à des contraintes de capacités et utilise des espaces de stockage externalisés.

³⁶ Plan de santé national du Myanmar, 2017/2021

³⁷ Politique du Fonds mondial en matière de pérennité, de transition et de cofinancement 2017 (GF/B35/04) –pages 4 et 5

À l'avenir, les établissements de santé publics fourniront des antirétroviraux à un grand nombre de patients à haut risque, dont les populations-clés. Un nombre proportionnellement aussi grand d'agents de santé auront ainsi besoin de formations spécialisées afin de prendre en charge les différents types de patients. Au moment de l'audit, les quantités et les types de personnels requis pour absorber le surplus de patients n'avaient pas été évalués.

Sans planification efficace, une transition de cette ampleur pourrait compromettre la qualité des services et accroître les risques d'interruption des traitements et le nombre de patients perdus de vue. Les retards d'établissement du plan visant à combler ces faiblesses quantitatives découlent de la lenteur d'établissement de la subvention, en particulier de la définition des objectifs et des ressources liés aux traitements antirétroviraux. Tant que la subvention n'était pas établie, que les enveloppes et les engagements des autorités publiques et du Fonds mondial n'étaient pas définis, le plan ne pouvait pas être finalisé.

Retard d'établissement des politiques et plans stratégiques relatifs aux systèmes de gestion des données : Des investissements importants³⁸ ont été injectés dans les systèmes d'information sur la santé, mais des déficits récurrents au niveau des ressources humaines continuent d'entraver les avancées. Le Fonds mondial soutient le déploiement de plusieurs plateformes d'information sur la santé, aux fins de mettre sur pied un réseau complet et interchangeable de systèmes, et de garantir une gestion transparente des données relatives aux interventions sanitaires. Ainsi, le système DHIS 2 est utilisé pour la communication globale de l'information, MS Access pour la surveillance du paludisme et OpenMRS pour le signalement des cas de VIH et de tuberculose. Le système DHIS 2 pour la communication des indicateurs de santé essentiels a été déployé à travers le pays en moins de deux ans, et fin 2017, plus de 96 % des municipalités rendaient compte de ces indicateurs. Les investissements du Fonds mondial ont également encouragé des solutions technologiques innovantes telles que l'application de signalement des cas de paludisme. Cette application vise à améliorer le respect des directives en matière de traitement, à réduire l'utilisation inefficace de rapports imprimés et à établir une cartographie GPS des nouveaux cas de paludisme, à des fins d'élimination. Ces avancées sont d'autant plus remarquables dans un pays où un pour cent seulement de la population utilisait des téléphones portables et personne n'avait encore accès à l'internet il y a huit ans³⁹. Cependant, malgré les investissements ambitieux dans de nouveaux systèmes, il reste toujours à établir les outils garantissant leur pérennité et leur interopérabilité.

Le Comité technique d'examen des propositions du Fonds mondial a recommandé l'établissement d'un plan de pérennisation soumis à un calendrier clairement défini et des mesures d'absorption progressive par le pays des frais de fonctionnement récurrents⁴⁰. Au moment de l'audit, ce plan, qui devait être finalisé pendant l'établissement de la subvention (avant décembre 2017), n'avait toujours pas été établi. Le manque de précisions sur le financement des coûts de fonctionnement à long terme met en danger la pérennité des investissements du Fonds mondial dans ce système. De même, un cadre d'interopérabilité⁴¹ entre les systèmes, notamment ceux soutenus par le Fonds mondial, devait être établi avant décembre 2017. Lui aussi a été retardé et aucun nouveau calendrier n'indique quand il sera enfin prêt. Or, l'interopérabilité entre les systèmes est un facteur clé de leur efficacité et de leur pérennité.

Le manque important d'effectifs chargés de la gestion des données au ministère de la Santé et des Sports a contribué aux retards d'établissement de ces plans. Vingt-huit personnes seulement travaillent à la Division HMIS du ministère, sur les 204 requises selon l'évaluation initiale des

³⁸ Seize millions de dollars US étaient prévus pour les systèmes d'information sur la santé et le suivi-évaluation dans le budget des subventions 2016/2017 au Myanmar au titre du nouveau modèle de financement.

³⁹ Les statistiques sur l'utilisation des téléphones portables et d'internet sont tirées des indicateurs de développement 2010 de la Banque mondiale relatifs au Myanmar.

⁴⁰ Les frais de fonctionnement récurrents comprennent les salaires des personnels clés, l'équipement, les fournitures, la maintenance et les interventions, notamment les supervisions formatives.

⁴¹ Le cadre indique le paysage informatique requis afin de garantir l'alignement et l'interopérabilité entre les systèmes d'information sur la santé, conformément aux exigences du plan et des stratégies de santé nationales en matière d'information sanitaire. Il garantit en outre l'interopérabilité de tous les investissements et donc leur pérennité, et indirectement l'efficacité des systèmes d'information sur la santé.

besoins. De plus, les rôles et responsabilités liés aux différents systèmes de santé, infrastructures et données restent fragmentés entre les programmes et les divisions du ministère. Or, faute de direction nationale, ces plans n'ont pas pu être établis, affectant indirectement la pérennité à long terme des investissements dans ces systèmes d'information sur la gestion de la santé. Au moment de l'audit, le ministère de la Santé et des Sports menait une restructuration complète visant à redéfinir les rôles et responsabilités des divisions.

Action convenue de la Direction n° 3

En collaboration avec les bénéficiaires principaux, le programme national de lutte contre le sida et les partenaires, le Secrétariat du Fonds mondial évalue les capacités nationales actuelles de la chaîne d'approvisionnement et des services de traitement antirétroviral, et les besoins y afférents en vue du transfert des patients suivis par la société civile vers les établissements de santé publics. À la lumière des résultats, il établit un plan complet de gestion des antirétroviraux tenant compte de tous les aspects opérationnels pertinents, notamment les ressources humaines requises, le calendrier de transfert des patients, la chaîne d'approvisionnement et le suivi des patients.

Titulaire : Directeur de la Division de la gestion des subventions

Date cible : 31 décembre 2018

Action convenue de la Direction n° 4

En collaboration avec le Comité de coordination du secteur de la santé du Myanmar, le ministère de la Santé et des Sports, l'OMS et les bénéficiaires principaux, le Secrétariat du Fonds mondial finalise le cadre d'architecture institutionnelle d'interopérabilité des systèmes d'information sanitaire.

Titulaire : Directeur de la Division de la gestion des subventions

Date cible : 31 décembre 2018

4.4. Amélioration requise du suivi stratégique et de la garantie des programmes

Les bénéficiaires principaux ont pris des mesures qui ont amélioré la gestion financière et programmatique des subventions. Des procédures, contrôles et systèmes ont été définis aux fins de garantir une gestion efficace des ressources du Fonds mondial. Cependant, le suivi stratégique et la garantie des programmes restent problématiques, même si le Secrétariat a déjà pris des mesures visant à corriger les difficultés mentionnées ci-avant, qui devraient remédier aux faiblesses si tant est qu'elles sont dûment mises en œuvre.

A. Manque de supervision et de suivi stratégique de la part des bénéficiaires principaux

Supervision insuffisante des sous-bénéficiaires et des installations : Les fonctions de suivi au plus près des sites de prestation de services sont essentielles à une supervision efficace et à la réussite de la mise en œuvre des activités programmatiques. Les bénéficiaires principaux fournissent une supervision formative et un appui technique aux sous-bénéficiaires et aux centres de santé afin de remédier aux déficits de capacités, et ont de ce fait amélioré les résultats des programmes. Cependant, les visites de supervision et le suivi interne restent insuffisants au vu des attentes. Save the Children a réalisé 51 % seulement des visites planifiées en 2016 et 2017, et dans les zones difficiles d'accès, 41 % seulement des visites prévues ont été menées. De plus, 54 % des centres inspectés n'ont pas reçu de retour d'information écrit des bénéficiaires principaux suite aux visites de supervision. Save the Children a conduit un seul audit interne au cours des trois dernières années, et celui-ci ne visait pas les sous-bénéficiaires des subventions du Fonds mondial.

Le manque de supervision et de suivi stratégique des sous-bénéficiaires et des établissements a contribué à certaines faiblesses mentionnées dans la section 4.2 du présent rapport. Les bénéficiaires principaux ont parfois peiné à mener des visites de supervision en raison du contexte sécuritaire dans certaines parties du pays, qui les a contraints à annuler plusieurs déplacements. Les travaux d'établissement des subventions 2018/2020 et de la subvention régionale de lutte contre la résistance à l'artémisinine (RAI) ont également contraint les bénéficiaires principaux à passer outre certaines visites planifiées.

Résolution tardive des faiblesses identifiées par les audits et les visites de supervision : Save the Children utilise un système au format Microsoft Access pour suivre la mise en œuvre des recommandations émises lors des visites de supervision, et ses sous-bénéficiaires sont tenus de lui communiquer un rapport semestriel sur la résolution y afférente. Cependant, au moment de l'audit, 52 % des recommandations émises suite à ces visites de supervision n'avaient pas été résolues, dont 54 % étaient hautement prioritaires. Dans certains cas, les recommandations n'avaient pas été mises en œuvre par manque de crédits dans le budget. D'autres recommandations nécessitaient une modification des politiques opérationnelles des sous-bénéficiaires, qui attendaient la validation de leurs sièges respectifs. L'UNOPS n'indique pas le degré de risque afférent à chacune de ses conclusions. Or, cela complique la classification des résolutions par ordre de priorité.

Retards importants des envois de rapports : Bien que les bénéficiaires principaux aient envoyé les rapports attendus au Secrétariat, les documents, notamment des rapports d'audit externe et des rapports sur les résultats actuels/demande de décaissement (RA/DD) ont été envoyés tardivement. Les RA/DD ont été transmis avec un retard de 110 jours en moyenne (158 jours au plus) et les rapports d'audit externe de l'UNOPS accusaient un retard de 41 jours en moyenne. Ces envois tardifs affectent l'identification opportune et l'atténuation efficace des risques inhérents au portefeuille. Les retards ont été provoqués par le changement du logiciel comptable de l'UNOPS et la modification du document-type de rapport sur les résultats actuels/demande de décaissement.

Le Secrétariat a reconnu les faiblesses ci-avant et s'est engagé à assurer le suivi des plans de supervision et des mesures de gestion/recommandations émises par les examens/audits, afin d'en garantir la mise en œuvre.

B. Manque de suivi par l'instance de coordination nationale

Les instances de coordination nationale sont au cœur de l'engagement du Fonds mondial en faveur de l'appropriation au niveau local et de la prise de décision participative. Elles établissent les notes conceptuelles et supervisent la mise en œuvre des subventions, et jouent un rôle actif dans l'engagement des parties prenantes, l'alignement des subventions du Fonds mondial sur les programmes de santé nationaux, et participent aux discussions sur les stratégies nationales⁴². L'instance du Myanmar (le Comité de coordination du secteur de la santé) est intégrée dans les structures nationales et en qualité d'organisme de coordination nationale, est chargée de l'ensemble des questions relevant du secteur de la santé publique⁴³. C'est un bon exemple d'instance judicieusement conçue, réunissant des représentants de toutes les parties prenantes, dont les personnes vivant avec les maladies. Cependant, le manque de ressources l'ont contrainte à limiter les visites de terrain. Entre 2016 et 2017, elle a ainsi mené une seule visite de supervision. Avec le concours des partenaires et du ministère de la Santé et des Sports, le Secrétariat soutient les activités du Comité, notamment la supervision. Une visite de supervision des centres difficiles d'accès est ainsi planifiée en juillet 2018.

C. Supervision limitée par l'agent local du Fonds

Bien que le Myanmar soit classé dans les pays à fort impact présentant des risques élevés, l'agent local du Fonds a conduit peu de contrôles ponctuels des finances et de la chaîne d'approvisionnement en 2016 et 2017. De ce fait, 44 % et 15 % respectivement des budgets y afférents ont été utilisés. En 2017, cent jours en moyenne (223 jours au maximum) se sont écoulés entre la date attendue de communication des rapports sur les contrôles ponctuels et leur envoi réel à l'équipe de pays. Les rapports sur les résultats actuels/demande de décaissement ont été transmis au Secrétariat sous 82 jours en moyenne, au lieu des deux semaines autorisées.

L'importance centrale accordée par l'équipe de pays à l'établissement des subventions en 2016 et 2017 a limité la capacité de l'agent local du Fonds à conduire ses activités de garantie. L'absence de chef d'équipe chargé de coordonner les activités de l'agent en 2016 a également contribué à la situation. Un chef d'équipe a été nommé en 2017 et des contrôles ponctuels ont été inclus dans le plan de travail 2018 de l'agent. Le Secrétariat continuera de suivre les activités de l'agent, au moyen de l'outil d'évaluation de ses résultats.

Le Bureau n'a pas jugé nécessaire d'émettre d'action convenue de la Direction car des modalités de suivi appropriées, notamment des plans de supervision, sont déjà en place. Le Secrétariat s'est engagé à s'assurer que les conclusions du présent audit seront prises en compte lors des prochaines supervisions des subventions.

⁴² <https://www.theglobalfund.org/fr/country-coordinating-mechanism/>

⁴³ <http://www.myanmarhsc.org/>

5. Tableau des actions convenues

Action convenue de la Direction	Date cible	Titulaire
En collaboration avec les récipiendaires principaux, le ministère de la Santé et les partenaires pertinents, le Secrétariat du Fonds mondial mène une évaluation complète de la chaîne d'approvisionnement afin d'identifier les domaines clés de fragmentation et de définir les domaines d'intégration potentielle.	31 décembre 2019	Directeur de la Division de la gestion des subventions
En collaboration avec les récipiendaires principaux, le ministère de la Santé et les partenaires pertinents, le Secrétariat du Fonds mondial finalise une politique/stratégie de gestion intégrée des cas au niveau communautaire.	31 décembre 2018	Directeur de la Division de la gestion des subventions
En collaboration avec les récipiendaires principaux, le programme national de lutte contre le sida et les partenaires, le Secrétariat du Fonds mondial évalue les capacités nationales actuelles de la chaîne d'approvisionnement et des services de traitement antirétroviral, et les besoins y afférents en vue du transfert des patients suivis par la société civile vers les établissements de santé publics. À la lumière des résultats, il établit un plan complet de gestion des antirétroviraux tenant compte de tous les aspects opérationnels pertinents, notamment les ressources humaines requises, le calendrier de transfert des patients, la chaîne d'approvisionnement et le suivi des patients.	31 décembre 2018	Directeur de la Division de la gestion des subventions
En collaboration avec le Comité de coordination du secteur de la santé du Myanmar, le ministère de la Santé et des Sports, l'OMS et les récipiendaires principaux, le Secrétariat du Fonds mondial finalise le cadre d'architecture institutionnelle d'interopérabilité des systèmes d'information sanitaire.	31 décembre 2018	Directeur de la Division de la gestion des subventions

Annexe A : Classification générale des notations de l'audit

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

Annexe B : Méthodologie

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

Les principes et les détails de la méthode d'audit du Bureau de l'Inspecteur général sont décrits dans sa Charte, son Manuel d'audit, son Code de conduite et le mandat spécifique de chaque mission. 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 crédits du Fonds mondial afin d'évaluer s'ils utilisent ces ressources de façon efficiente, efficace et économiquement rentable. Ils peuvent inclure un examen des intrants (moyens financiers, humains, matériels, organisationnels ou réglementaires nécessaires à la mise en œuvre du programme), des produits (produits fournis par le programme), des résultats (effets immédiats du programme sur les bénéficiaires) et des impacts (modifications à long terme dans la société que l'on peut attribuer au soutien du Fonds mondial).

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