

R E P U B L I Q U E D U C A M E R O U N
PAIX - TRAVAIL - PATRIE



RAPPORT ANNUEL DE PERFORMANCE 2013

CHAPITRE 40

**MINISTERE
DE LA SANTE PUBLIQUE**

VERSION FRANÇAISE

SOMMAIRE

	NOTE EXPLICATIVE	4
1.	CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DES PROGRAMMES	5
1.1.	RAPPEL DE LA SYNTHÈSE STRATÉGIQUE	6
1.2.	PRÉSENTATION DU DOMAINE D'INTERVENTION DU MINISTÈRE	7
1.3.	CONTEXTE DE L'EXÉCUTION DES PROGRAMMES	8
1.4.	AUTRES FAITS MAJEURS DE L'ANNÉE 2013	10
2.	ETAT DE MISE EN OEUVRE DES PROGRAMMES	11
2.1.	PROGRAMME 526: SANTÉ DE LA MÈRE, DE L'ADOLESCENT ET DE L'ENFANT	12
2.1.1.	PRÉSENTATION DU PROGRAMME	13
2.1.2.	CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DU PROGRAMME	13
2.1.3.	PERFORMANCE GLOBALE DU PROGRAMME EN 2013	13
2.1.4.	PERFORMANCES DÉTAILLÉES DU PROGRAMME PAR ACTIONS POUR L'ANNÉE 2013	14
2.2.	PROGRAMME 527: LUTTE CONTRE LA MALADIE ET PROMOTION DE LA SANTÉ	17
2.2.1.	PRÉSENTATION DU PROGRAMME	18
2.2.2.	CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DU PROGRAMME	18
2.2.3.	PERFORMANCE GLOBALE DU PROGRAMME EN 2013	18
2.2.4.	PERFORMANCES DÉTAILLÉES DU PROGRAMME PAR ACTIONS POUR L'ANNÉE 2013	20
2.3.	PROGRAMME 528: VIABILISATION DU DISTRICT DE SANTÉ	24
2.3.1.	PRÉSENTATION DU PROGRAMME	25
2.3.2.	CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DU PROGRAMME	25
2.3.3.	PERFORMANCE GLOBALE DU PROGRAMME EN 2013	25
2.3.4.	PERFORMANCES DÉTAILLÉES DU PROGRAMME PAR ACTIONS POUR L'ANNÉE 2013	26
2.4.	PROGRAMME 530: GOUVERNANCE ET AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL AU MINSANTE	31
2.4.1.	PRÉSENTATION DU PROGRAMME	32
2.4.2.	CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DU PROGRAMME	32

2.4.3.	PERFORMANCE GLOBALE DU PROGRAMME EN 2013	32
2.4.4.	PERFORMANCES DÉTAILLÉES DU PROGRAMME PAR ACTIONS POUR L'ANNÉE 2013	34
3.	BILAN STRATEGIQUE ET PERSPECTIVES	46
3.1.	RAPPROCHEMENT DES RÉSULTATS OBTENUS AVEC L'OBJECTIF STRATÉGIQUE DU MINISTÈRE	47
3.2.	LEÇONS APPRISES	49
3.3.	PERSPECTIVES	49

NOTE EXPLICATIVE

La loi n° 2007 du 26 décembre 2007 portant Régime Financier de l'Etat a mis en place un nouveau mode de gestion budgétaire, comptable et financier dans les administrations publiques. Ce nouveau cadre concrétise la volonté politique du Chef de l'Etat qui, lors de sa communication spéciale au cours du Conseil des Ministres du 12 septembre 2007, disait : « le Gouvernement doit s'attendre à être jugé sur les critères de performance ». Il est également une véritable constitution financière qui vient remplacer l'Ordonnance de 1962 qui, malgré les résultats non négligeables, était devenue inadaptée au regard des défis auxquels notre pays doit désormais faire face.

Le nouveau texte est une traduction dans les faits de la gestion axée sur les résultats. En effet, après l'adoption et la promulgation de la loi de finances n° 2012/014 du 21 décembre 2012, première élaborée en mode programme, et son exécution tout au long de l'année 2013 dans l'ensembles des ministères et autres organes institutionnels, il est nécessaire de dresser un bilan des activités menées et des résultats obtenus dans le cadre des politiques publiques mises en œuvre dans un document appelé Rapport Annuel de Performance.

L'élaboration du Rapport Annuel de Performance (RAP) constitue à cet effet une autre grande avancée dans le déploiement des principes et normes édictés dans le nouveau Régime Financier de l'Etat. Elle permet d'une part de rendre compte des résultats obtenus et de l'utilisation des ressources affectées à chaque programme et d'autre part favorise une meilleure projection des résultats à venir, tirant avantage des leçons apprises au cours de l'exercice 2013. Au terme des douze (12) mois d'exécution des 160 programmes inscrits dans la loi de finances 2013, les présents RAP - 2013, rendent compte de la mise en œuvre desdits programmes en présentant :

- Le contexte de mise en œuvre des programmes ;
- L'état de mise en œuvre pour le compte de l'exercice 2013 du premier cycle de budgétisation par programme ;
- Le bilan stratégique et les perspectives.

L'examen par le Parlement de cette première génération de Rapports Annuels de Performance produits par les administrations revêt un caractère essentiel dans la mesure où il inscrit dans la réalité la gestion budgétaire axée sur la performance. Il permet à travers les différentes évaluations et remises en cause, d'éprouver la réforme en cours et de réorienter la démarche en fonction des principaux constats.

Ainsi donc, l'Etat bâtit un sentier de progression ; un cercle vertueux d'améliorations continues permettant de construire pour chaque administration ou institution, une trajectoire de performance soutenue par les outils et nouvelles règles de gestion budgétaire.

1. CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DES PROGRAMMES

Depuis 2003, le Gouvernement a entrepris l'amélioration de la gouvernance à travers le Programme National de Gouvernance (PNG). De même, il s'est engagé en 2007 dans l'élaboration d'un Document de Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté (DRSP) dit de seconde génération, fondé sur la vision d'émergence économique et sociale du Cameroun. Il a abouti en novembre 2009, à l'adoption du Document de Stratégies pour la Croissance et l'Emploi (DSCE) dans lequel l'accent est mis sur la croissance économique qui doit permettre la réduction de la pauvreté. Le DSCE propose un cheminement progressif du Cameroun vers la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Il s'inscrit en droite ligne de la Déclaration de Paris, comme un document de planification stratégique de référence de la politique de l'action gouvernementale ainsi que le lieu de convergence de la coopération avec les partenaires techniques et financiers en matière de développement à l'horizon 2019. Ces perspectives s'inscrivent dans le cadre de la vision du développement à long terme, horizon 2035 : **«LE CAMEROUN : UN PAYS EMERGENT, DEMOCRATIQUE ET UNI DANS SA DIVERSITE ».**

Pour atteindre les objectifs de cette vision de développement, notamment ceux de la première décennie du DSCE qui nous interpelle actuellement, le MINSANTE a un rôle prépondérant à jouer à savoir : **« améliorer l'état de santé des populations ».**

Par ailleurs, la réforme des finances publiques camerounaises a connu une évolution importante avec la mise en place d'un nouveau régime financier de l'Etat en 2007 qui a pris effectivement effet à partir de 2013. Ce régime institutionnalise une budgétisation basée sur les programmes avec des objectifs clairs de développement et des indicateurs pertinents dans le cadre d'une stratégie assortie d'un Plan d'Actions Prioritaires (PAP). Ledit plan sera opérationnel à travers le Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT), outil ministériel de programmation pluriannuelle des dépenses publiques qui permet d'établir une plus grande cohérence entre les stratégies sectorielles et les contraintes budgétaires.

1.1. RAPPEL DE LA SYNTHÈSE STRATÉGIQUE

La vision de développement à long terme du Gouvernement est l'accession du Cameroun au stade de pays émergent aussi bien du point de vue économique qu'industriel à l'horizon 2035. Dans le secteur de la santé, les objectifs à atteindre à l'horizon de la stratégie en cohérence avec les OMD sont les suivants :

- Réduire d'1/3 la charge morbide chez les pauvres et les populations les plus vulnérables ;
- Réduire de 2/3 la mortalité des moins de 5 ans ;
- Réduire de ¾ la mortalité maternelle ;
- Réduire de 50% la prévalence du VIH/SIDA ;
- Ramener le taux de décès associé au paludisme à moins de 10%.

La Stratégie Sectorielle de santé 2001-2015 poursuit les objectifs ci-dessous :

Amener 80% des 178 Districts de Santé existants à achever la phase de consolidation du processus de viabilisation du District de Santé ;

- Amener 100% des structures de santé des niveaux stratégique et intermédiaire à jouer leur

rôle d'appui et d'orientation recours ;

- Réduire d'1/3 la charge morbide chez les pauvres et les populations les plus vulnérables;
- Réduire de 2/3 la mortalité des moins de 5 ans ;
- Réduire de $\frac{3}{4}$ la mortalité maternelle.

La réalisation des objectifs sectoriel et ministériel sera atteinte à travers 06 axes d'intervention à savoir :

- Le renforcement du système de santé ;
- La vulgarisation de la mise en œuvre du Paquet Minimum et le Paquet Complémentaire d'Activités ;
- Le développement d'un système d'orientation recours ;
- Le renforcement du partenariat dans le secteur ;
- La stimulation de la demande ;
- Le renforcement de l'éthique, de la régulation, du contrôle et de la gouvernance du secteur de la santé.

1.2. PRÉSENTATION DU DOMAINE D'INTERVENTION DU MINISTÈRE

L'amélioration de l'état de santé des populations se positionne comme une condition majeure pour la réalisation des objectifs du DSCE, lesquels reposent sur le développement d'un véritable secteur productif national et le développement d'un secteur privé compétitif en matière de services et soins de santé de qualité. A cet égard et conformément au Décret N° 2013/093 du 03 avril 2013, le MINSANTE est responsable de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique du Gouvernement en matière de santé publique. A ce titre, il est chargé :

- D'assurer l'organisation, la gestion et le développement des formations sanitaires publiques ;
- D'assurer le contrôle technique des formations sanitaires privées ;
- De veiller au développement des actions de prévention et de lutte contre les épidémies et pandémies ;
- De veiller à l'extension de la couverture sanitaire du Territoire;
- De veiller au développement des actions de prévention et de lutte contre les épidémies et les pandémies ;
- De la médecine préventive;
- De veiller à la qualité des soins et à l'amélioration du plateau technique des formations sanitaires publiques et privées;
- D'assurer la promotion des infrastructures sanitaires en liaison avec les Administrations concernées;
- D'assurer la coopération médicale et sanitaire internationale en liaison avec le Ministère des Relations Extérieures;
- Du suivi des activités des organismes et comités techniques spécialisés relevant de son secteur de compétence;
- Du suivi de la médecine sportive et de la médecine du travail, en liaison avec les administrations concernées;

- D'assurer le suivi du développement de la médecine traditionnelle, en liaison avec le Ministère de la Recherche Scientifique et de l'Innovation;
- De concourir à la formation des médecins, pharmaciens et personnels paramédicaux, ainsi qu'à leur recyclage permanent;
- Du contrôle de l'exercice des professions de médecin, chirurgien-dentiste, pharmacien et médico-sanitaire et assure la tutelle des ordres professionnels correspondants;
- Du suivi des activités relevant de son domaine de compétence du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées Cardinal Paul Emile LEGER, en liaison avec le Ministère des Affaires Sociales.
- Il assure la liaison entre le Gouvernement et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), ainsi qu'avec les organismes internationaux relevant de son domaine de compétence, en liaison avec le Ministère des Relations Extérieures.
- Il exerce la tutelle technique sur les établissements publics administratifs du secteur de la santé publique.
- Il exerce également la tutelle sur:
 - le Centre Hospitalier de Recherche et d'Application en Chirurgie Endoscopique et de Reproduction Humaine (CHRACERH) ;
 - le Centre Pasteur du Cameroun (CPC) ;
 - le Laboratoire National de Contrôle de Qualité des Médicaments et d'Expertise (LANACOME) ;
 - le Centre International de Référence Chantal BIYA pour la recherche et la prise en charge du VIH-SIDA (CIRCB) ;
 - la Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables Médicaux Essentiels (CENAME) ;
 - l'Observatoire National de la Santé Publique (ONSP).

1.3. CONTEXTE DE L'EXÉCUTION DES PROGRAMMES

La mise en œuvre des quatre programmes du Ministère de la Santé Publique au cours de l'année 2013 s'est faite dans un contexte marqué notamment par :

- La mise en œuvre de la réforme budgétaire ;
- La promulgation d'une Loi de finances ambitieuse ;
- La tenue des élections sénatoriales, législatives et municipales ;
- Le Cadre institutionnel rénové d'exécution des programmes ;
- La survenance des épidémies dans certaines régions.

1.3.1 La mise en œuvre de la réforme budgétaire

L'année 2013 est celle de la toute première expérimentation de l'exécution du Budget-Programme au Cameroun. Au niveau du MINSANTE, quatre programmes ont été définis dont trois techniques et un support :

- Santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent ;
- Lutte contre la maladie et promotion de la santé ;

- Viabilisation du district de santé ;
- Gouvernance et amélioration des conditions de travail.

1.3.2 La promulgation d'une Loi de finances ambitieuse

Le budget de l'Etat a connu en 2013 une augmentation considérable voire ambitieuse par rapport à celui de 2012.

L'enveloppe budgétaire allouée au MINSANTE au cours de cet exercice s'élevait à 162 048 000 000 FCFA, répartie comme suit :

Fonctionnement : AE : 90, 548 milliards FCFA. CP : 90, 548 milliards FCFA ;

Investissement : AE : 73, 799 milliards FCFA. CP : 71, 500 milliards FCFA.

La répartition par programme se présentait ainsi qu'il suit :

Programmes	Montant	%
Santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent	42,303 milliards FCFA	26%
Lutte contre la maladie et promotion de la santé	42,087 milliards FCFA	26%
Viabilisation du district de santé	44, 227 milliards FCFA	27%
Gouvernance et amélioration des conditions de travail	33, 431 milliards FCFA	21%
TOTAL	162,048 milliards FCFA	100%

1.3.3 La tenue des élections sénatoriales, législatives et municipales

L'année 2013 a été marquée par la tenue des élections sénatoriales, législatives et municipales. Le MINSANTE a assuré la couverture sanitaire de ces différentes échéances électorales à travers le renforcement de son dispositif de prise en charge efficace et diligente des urgences éventuelles.

1.3.4 Cadre institutionnel rénové d'exécution des programmes

Sur orientation du MINEPAT, le Ministre de la Santé publique a mis en place en 2012, le Secrétariat Technique de la chaîne Planification, Programmation, Budgétisation et Suivi-évaluation (ST/PPBS) en préparation de l'entrée en vigueur du Budget- Programme.

En 2013, début effectif de la mise en œuvre du Budget-Programme, le Ministre de la Santé Publique a désigné les responsables de programmes et ceux des actions. Toutefois, il convient de noter que le contrôle de gestion n'avait pas été désigné.

Les interactions entre ces nouveaux acteurs et les acteurs traditionnels de la gestion publique (ordonnateurs et comptables) sont des aspects qu'il a fallu surveiller pour éviter les conflits de

compétence aboutissant au gaspillage des ressources et à l'inefficacité.

1.3.5 La survenance des épidémies dans certaines régions

Les catastrophes naturelles survenues au Cameroun et les conflits interreligieux et ethniques intervenus dans les pays voisins ont entraîné un afflux important de réfugiés dans les régions du septentrion et de l'Est. Cette situation a occasionné la résurgence des épidémies.

La gestion de ces épidémies par le MINSANTE l'a mis dans une position d'alerte permanente et de riposte afin de préserver la santé des populations. D'importantes ressources humaines, financières et matérielles ont été déployées grâce aux efforts du Gouvernement en collaboration avec ses partenaires techniques et financiers.

1.4. AUTRES FAITS MAJEURS DE L'ANNÉE 2013

- D'autres faits majeurs ont été enregistrés au cours de l'année 2013 et ont influencé la mise en œuvre des programmes du MINSANTE :
- La mise en place du Programme National de Transfusion Sanguine ;
- Le transfert des fonds aux communes pour la réalisation des infrastructures sanitaires ;
- La construction et la mise en service des centres d'hémodialyse ;
- La création et la mise en service du Laboratoire National de Santé Publique ;
- L'introduction de nouveaux vaccins dans le PEV.

2. ETAT DE MISE EN OEUVRE DES PROGRAMMES

2013

RAPPORT ANNUEL
DE PERFORMANCE

2.1. PROGRAMME 526

SANTÉ DE LA MÈRE, DE L'ADOLESCENT ET DE L'ENFANT

Responsable du programme

Dr BAYE Martina LUKONG
CONSEILLER TECHNIQUE N° 2

2.1.1. PRÉSENTATION DU PROGRAMME

OBJECTIF	Réduire la mortalité maternelle et infantile	
Indicateur	Intitulé:	Taux de mortalité infantile
	Unité de mesure	%
	Valeur de référence:	62.0
	Année de référence:	2011
	Valeur Cible	24.0
	Année cible:	2015
ACTIONS DU PROGRAMME	Action 01: AMÉLIORATION DE LA SANTÉ DE LA MÈRE Action 02: AMÉLIORATION DE LA SANTÉ DE L'ENFANT Action 03: AMÉLIORATION DE LA SANTE DE L'ADOLESCENT	
DOTATIONS INITIALES	AE 25 117 025 881	CP 25 117 011 000
RESPONSABLE DU PROGRAMME	Dr BAYE Martina LUKONG, CONSEILLER TECHNIQUE N° 2	

2.1.2. CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DU PROGRAMME

2.1.3. PERFORMANCE GLOBALE DU PROGRAMME EN 2013

RÉSULTAT TECHNIQUE OBTENU	Diminution du taux de mortalité maternelle et infantile.	
TAUX DE RÉALISATION DE L'INDICATEUR		
DOTATION DE CRÉDITS RÉVISÉS:	AE 28 321 695 834	CP 28 321 680 953
(écarts = Dot.init - Dot.rev)	Ecart AE -3 204 669 953	Ecart CP -3 204 669 953
CRÉDITS CONSOMMÉS	AE 27 186 267 697	CP 25 843 099 002
TAUX DE CONSOMMATION	95,99 %	91,25 %
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES	Augmentation de la mortalité maternelle depuis 1998, arrêt de la baisse de la mortalité néonatale depuis 2004, faible diminution de la mortalité infanto-juvénile (0-5 ans), faible diminution de la mortalité infantile (0-1 ans)	
PERSPECTIVES 2014	Améliorer la santé maternelle, infantile et infanto-juvénile à travers les stratégies multisectorielles à haut impact	

2.1.4. PERFORMANCES DÉTAILLÉES DU PROGRAMME PAR ACTIONS POUR L'ANNÉE 2013

Action 01 AMÉLIORATION DE LA SANTÉ DE LA MÈRE								
OBJECTIF	Améliorer le taux d'accouchement assisté							
Indicateur	Intitulé:	Taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié					TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE 54.69	
	Unité de mesure	%						
	Année de référence:	2011						
	Valeur de référence:	40.0						
	Année cible:	2015						
	Valeur Cible	60.0						
	Réalisation exercice (Résultat technique):	54.69						
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP
	20 587 156 000	20 587 153 000	20 561 747 000	20 561 744 000	19 919 080 196	19 883 893 446	96,87 %	96,7 %
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION	- La situation épidémiologique du Cameroun en novembre 2012 a présenté les régions du Nord-ouest, de l'Adamaoua, du Nord et de l'Extrême-nord comme régions à risque élevés de méningite à méningocoque A. Pour faire face à cette épidémie de méningite, une campagne de vaccination a été organisée en deux phases : elle concernait les personnes âgées de 1 à 29 ans. - La première phase en décembre 2011 concernait les régions de l'Extrême-nord et du Nord - La seconde phase en décembre 2012 concernait l'Adamaoua et le Nord-ouest. Suite à ces deux phases, le reliquat des vaccins a été utilisé pour les districts de santé à risque de la région de l'Est afin de barrer définitivement la voie à la transmission de la méningite à méningocoque A car cette région est frontalière à la ceinture méningitique et est exposée à l'afflux des réfugiés Centrafricains.							
ACTIVITES MAJEURES REALISEES (présentation des extrants)	- Organisation des Campagnes de Vaccination - Prise en charge globale des personnels (santé de la mère, de l'enfant, et de l'adolescent)							
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extrants)	Personnes vaccinées : - 12 à 59 mois : 35 941/36179, soit 99,3% - 6 à 14 ans 69 235/73306, soit 94,4% - 15 à 29 ans 60 879/56044, soit 108,6% - 12 mois à 29 ans : 166055/165529, soit 100,3% L'objectif a été atteint car la couverture vaccinale de 1 à 29 ans est supérieure à 95%.							
Perspectives 2014	Mise en œuvre de la surveillance cas par cas en prélevant tout cas suspect de méningite avec le test de dépistage et la prise en charge							

Action 02 AMÉLIORATION DE LA SANTÉ DE L'ENFANT

OBJECTIF	Améliorer la couverture vaccinale au niveau national								
Indicateur	Intitulé:		Couverture vaccinale En penta 3				TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE 88.59		
	Unité de mesure		%						
	Année de référence:		2011						
	Valeur de référence:		80.0						
	Année cible:		2015						
	Valeur Cible		87.0						
	Réalisation exercice (Résultat technique):		88.59						
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE		
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP	
	4 075 469 881	4 075 458 000	3 750 080 456	3 750 068 575	3 296 667 873	1 993 687 752	87,91 %	53,16 %	
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION	La performance vaccinale dans les activités du PEV ne donne pas les résultats escomptés. la couverture en Penta 3 et en Vaccin anti rougeoleux n'atteignent pas les 90 % recommandés par L'OMS. les activités de vaccination de routine devraient être renforcées.								
ACTIVITES MAJEURES REALISEES (présentation des extrants)	-Organisation des Campagnes de vaccination -Renforcement de la vaccination de routine,								
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extrants)	Insuffisance des ressources, matérielles, humaines dans la mise en œuvre des activités de vaccination de routine.								
Perspectives 2014	Dotation en matériel roulant (motos et véhicules) de supervision								

Action 03 AMÉLIORATION DE LA SANTE DE L'ADOLESCENT

OBJECTIF	Améliorer la prise en charge clinique des adolescents et des OEV								
Indicateur	Intitulé:		proportion des adolescents ayant des capacités améliorées				TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE 0		
	Unité de mesure		%						
	Année de référence:		2011						
	Valeur de référence:		0.0						
	Année cible:		2015						
	Valeur Cible		75.0						
	Réalisation exercice (Résultat technique):		0						
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE		
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP	
	454 400 000	454 400 000	4 009 868 378	4 009 868 378	3 970 519 628	3 965 517 804	99,02 %	98,89 %	
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION	-Difficultés d'échanges communicationnels avec les adolescents dues au fait du manque des espaces appropriées. - Les adolescents sont souvent les plus touchés par les épidémies de méningite - La santé de l'adolescent est masquée par les paragrammes de la santé des adultes								
ACTIVITES MAJEURES REALISEES (présentation des extrants)	Communication en faveur de l'adolescent - Organisation des campagnes de vaccination et sensibilisation de population - Prise en charge intégrée de l'adolescent - Surveillance active des maladies évitables par la vaccination								
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extrants)	Les rapports d'activités disponibles, les messages, les supports de communications élaborés et distribués dans les communautés.								
Perspectives 2014	- Construction ou aménagement des salles d'écoute dans les structures hospitalières - La surveillance cas par cas continue des adolescents par rapport aux épidémies de méningite								

2013

RAPPORT ANNUEL
DE PERFORMANCE

2.2. PROGRAMME 527

LUTTE CONTRE LA MALADIE ET PROMOTION DE LA SANTÉ

Responsable du programme

Pr BIWOLE SIDA
INSPECTEUR GENERAL DES SERVICES MEDICAUX ET PARAMEDICAUX

2.2.1. PRÉSENTATION DU PROGRAMME

OBJECTIF	Réduire la charge morbide chez les pauvres et les populations les plus vulnérables	
Indicateur	Intitulé:	Charge morbide chez les populations vulnérables
	Unité de mesure	
	Valeur de référence:	35.0
	Année de référence:	2009
	Valeur Cible	28.0
ACTIONS DU PROGRAMME	Année cible:	2015
	Action 01:	AMÉLIORATION DE LA DISPONIBILITÉ ET DE L'OFFRE DES MÉDICAMENTS, RÉACTIFS ET DISPOSITIFS ESSENTIELS
	Action 02:	PRÉVENTION DE LA MALADIE ET PROMOTION DE LA SANTÉ
	Action 03:	PRISE EN CHARGE GLOBALE ET INTEGREE DES MALADIES
	Action 04:	RENFORCEMENT DU SYSTÈME COMMUNAUTAIRE
DOTATIONS INITIALES	AE 29 310 044 000	CP 28 930 044 000
RESPONSABLE DU PROGRAMME	Pr BIWOLE SIDA, INSPECTEUR GENERAL DES SERVICES MEDICAUX ET PARAMEDICAUX	

2.2.2. CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DU PROGRAMME

2.2.3. PERFORMANCE GLOBALE DU PROGRAMME EN 2013

RÉSULTAT TECHNIQUE OBTENU	Réduction de la charge morbide chez les populations vulnérables	
TAUX DE RÉALISATION DE L'INDICATEUR		
DOTATION DE CRÉDITS RÉVISÉS:	AE 28 122 582 711	CP 27 742 582 711
(écarts = Dot.init - Dot.rev)	Ecart AE 1 187 461 289	Ecart CP 1 187 461 289
CRÉDITS CONSOMMÉS	AE 26 642 673 617	CP 26 598 891 142
TAUX DE CONSOMMATION	94,73 %	95,88 %
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES	La charge morbide des populations vulnérables a connu une réduction significative grâce aux résultats de plusieurs actions : -126 449 personnes vivant avec le VIH ont été pris en charge gratuitement soit 67% de femmes et 4,2% d'enfants ; -La rupture des ARV et médicaments traceurs dont la distribution est gratuite est passée de 21 à 17,6 jours ; -La distribution des MILDA aux ménages est de 66% et le taux d'utilisation de ces MILDA est passé de 14% en 2011 à 39,3% en 2013; -le taux de guérison de nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive est passé de 80% en 2011 à 80,3% en 2012 (cohorte de malades 2012 analysée en 2013) ; -5 666 798 personnes ont bénéficié d'un traitement préventif au couple Mectizan/Albendazole ; - 617 nouveaux cas de lèpre soit 5,6% ont été pris gratuitement en charge. En ce qui concerne l'utilisation des ressources financières, 1,7% des fonds alloués n'ont pas été utilisés à cause de la lourdeur des procédures et de la difficulté liée à l'utilisation du logiciel PROBMIS.	

PERSPECTIVES 2014	- Amélioration de la surveillance épidémiologique et la riposte médicale ; - Densification de la sensibilisation des populations ; - Amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité de l'offre de soins.
----------------------	--

2.2.4. PERFORMANCES DÉTAILLÉES DU PROGRAMME PAR ACTIONS POUR L'ANNÉE 2013

Action 01 AMÉLIORATION DE LA DISPONIBILITÉ ET DE L'OFFRE DES MÉDICAMENTS, RÉACTIFS ET DISPOSITIFS ESSENTIELS								
OBJECTIF	Rendre tous les médicaments essentiels disponibles dans tous les districts de santé par un renforcement des stocks							
Indicateur	Intitulé:		Nombre de jour de rupture de stock en médicament traceur				TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE 85.2	
	Unité de mesure							
	Année de référence:		2011					
	Valeur de référence:		21.0					
	Année cible:		2015					
	Valeur Cible		15.0					
	Réalisation exercice (Résultat technique):		17.6					
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP
	7 652 766 000	7 632 766 000	7 225 610 585	7 205 610 585	7 070 121 406	7 069 741 694	97,85 %	98,11 %
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION	-Les formations sanitaires font régulièrement face à des ruptures de stocks de médicaments et consommables essentiels d'où la nécessité de mettre en place un mécanisme de suivi des stocks à tous les niveaux pour réduire la durée des pénuries en médicaments et consommables médicaux essentiels ; -Contrôler la qualité des médicaments, réactifs et dispositifs médicaux du pays.							
ACTIVITES MAJEURES REALISEES (présentation des extraits)	-Amélioration de l'accès aux médicaments, réactifs et dispositifs médicaux ; -Développement d'un système d'assurance qualité ; -Promotion de la production locale et valorisation du patrimoine thérapeutique national.							
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extraits)	-On a prévu réduire en trois ans de 21 à 15 jours, le nombre de jours de rupture de stock en médicaments traceurs. En 2013, on a atteint 17, 6 jours soit un taux de réalisation technique 85,2% justifiant une consommation des ressources estimée à 97,9%.							
Perspectives 2014	-Mise en place d'une plate-forme de concertation avec les promoteurs d'industrie pharmaceutique locale ; -Homologation des nouveaux médicaments, réactifs et dispositifs médicaux à mettre sur le marché local ; -Révision des modalités d'homologation des médicaments ; -Réactualisation de la nomenclature des prix des médicaments homologués ; -Projet de mise en place d'un document de définition des normes pharmaceutiques.							

Action 02 PRÉVENTION DE LA MALADIE ET PROMOTION DE LA SANTÉ

OBJECTIF	Améliorer la proportion de la population à risque ayant accès à une mesure de lutte anti- vectorielle (MLDA, aspersions intra-domiciliaires)								
Indicateur	Intitulé:		Proportion de ménages disposant d'au moins une MILDA/MII				TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE 65.6		
	Unité de mesure		%						
	Année de référence:		2011						
	Valeur de référence:		36.0						
	Année cible:		2015						
	Valeur Cible		90.0						
	Réalisation exercice (Résultat technique):		93.7						
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE		
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP	
	1 921 498 000	1 921 498 000	1 635 898 000	1 635 898 000	1 273 477 541	1 264 063 605	77,84 %	77,27 %	
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION	-Malgré une utilisation satisfaisante des MILDA distribuées aux populations vulnérables en 2011, on a enregistré une recrudescence des cas de paludisme dans la région de l'Extrême-Nord ; -Flambées épidémiques (Poliovirus sauvage, Rougeole, et Méningite).								
ACTIVITES MAJEURES REALISEES (présentation des extraits)	-Prévention des épidémies (Choléra, Rougeole, Méningite, etc.), des pandémies (VIH/Sida/IST, Tuberculose, Hépatite, Onchocercose, Filariose lymphatique ; Trachome, Schistosomiase, Vers Intestinaux, Lèpre, Ulcère de Buruli, Maladie du sommeil, Pian,...) et de la Malnutrition chez les enfants ; -Prévention des maladies chroniques non transmissibles ; -Lutte contre les vecteurs ; -Désinfection d'eau de boisson ; -Construction des latrines à l'aide des FINEX (UNICEF) ; -Vulgarisation des techniques simples de potabilisation de l'eau à domicile ; -Opérationnalisation de comité de gestion des points d'eau ; -Promotion de l'utilisation de l'eau potable ; -Distribution des MILDA lors des consultations prénatales aux femmes enceintes.								
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extraits)	Le taux de réalisation financière est faible 38,96% suite à la délocalisation des lignes budgétaires pour faire face à la pénurie des antirétroviraux.								
Perspectives 2014	-Mobiliser les fonds pour mener une campagne de prévention du paludisme saisonnier dans la région de l'Extrême-Nord ; -Freiner les flambées épidémiques ; -Processus d'admission de tous les villages des régions de l'Est, Adamaoua, Nord, et Extrême Nord au statut de fin de défécation à l'air libre -Parachèvement du déclenchement du processus d'Assainissement Total Piloté (ATP) dans les régions de l'Est, Adamaoua, Nord, et Extrême Nord.								

Action 03 PRISE EN CHARGE GLOBALE ET INTEGREE DES MALADIES

OBJECTIF	Améliorer la proportion des populations ayant accès à un traitement approprié							
Indicateur	Intitulé:	Taux de létalité du cholera					TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE 5%	
	Unité de mesure	%						
	Année de référence:	2011						
	Valeur de référence:	3.0						
	Année cible:	2015						
	Valeur Cible	1.0						
	Réalisation exercice (Résultat technique):	5%						
OBJECTIF	Améliorer la proportion des populations ayant accès à un traitement approprié							
Indicateur	Intitulé:	Taux de guérison des nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive (TPM+)					TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE	
	Unité de mesure							
	Année de référence:	2011						
	Valeur de référence:	80.0						
	Année cible:	2015						
	Valeur Cible	88.0						
	Réalisation exercice (Résultat technique):							
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP
	19 685 280 000	19 325 280 000	19 210 133 126	18 850 133 126	18 242 633 126	18 223 375 643	94,96 %	96,68 %
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION	-Réduction appréciable de la morbidité due au paludisme en milieu hospitalier -Emergence des maladies chroniques non transmissibles au Cameroun							
ACTIVITES MAJEURES REALISEES (présentation des extraits)	-Prise en charge des cas (Sida, Tuberculose, Paludisme, etc.) -Prise en charge des épidémies (Choléra, Méningite, Rougeole, etc.) -Prise en charge des maladies chroniques non transmissibles (HTA, Diabète, Epilepsie, etc.) -Prise en charge des complications des Maladies Tropicales Négligées (MTN) -Organisation régulière des campagnes de dépistage et de traitement gratuit des cas (Cancer, Trypanosomiase, Pian, Lèpre, Ulcère de Buruli, etc.) -Surveillance intégrées des maladies							
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extraits)	Le taux de létalité du Choléra est passé de 02% en 2012 à 0% en 2013 bien avant 2015 année cible. Ce résultat marque l'amélioration de la qualité de la prise en charge des maladies matérialisée par la réduction de la morbidité hospitalière de certaines pathologies (Paludisme, Ulcère de Buruli, etc.).							
Perspectives 2014	-Maintien de la gratuité ou de la subvention partielle des intrants et services médicaux (Choléra, VIH/SIDA, IST, Hépatite, Onchocercose, Filariose lymphatique ; Trachome, Schistosomiase, Vers Intestinaux, Lèpre, Ulcère de Buruli, Maladie du sommeil, Pian,...) ; -Mise en place d'un système pérenne de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA ; -Maîtriser l'accroissement des maladies chroniques non transmissible ; -Maintien de la gratuité de la prise en charge de la tuberculose par la subvention des services médicaux et des intrants (réactifs, microscopes et autres consommables) ; -Extension de centres de prise en charge de Tuberculose MDR de trois centres à quatre							

Action 04 RENFORCEMENT DU SYSTÈME COMMUNAUTAIRE

OBJECTIF	Renforcer le système communautaire en vue de pérenniser les interventions								
Indicateur	Intitulé:		Niveau d'évaluation des besoins communautaires				TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE 5		
	Unité de mesure								
	Année de référence:		2011						
	Valeur de référence:		30.0						
	Année cible:		2015						
	Valeur Cible		50.0						
	Réalisation exercice (Résultat technique):		5						
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE		
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP	
	50 500 000	50 500 000	50 941 000	50 941 000	56 441 186	41 710 200	110,8 %	81,88 %	
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION	-le système communautaire est en restructuration au niveau périphérique avec le transfère progressif de la gestion des fonds alloués aux formations sanitaires des aires de Santé aux Communautés territoriales décentralisées ; -Absence d'un système robuste de gestion des activités communautaires.								
ACTIVITES MAJEURES REALISEES (présentation des extrants)	-Elaboration des directives ; -Formation des formateurs au niveau régional ; -Production et diffusion des données.								
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extrants)	-l'indicateur est resté stable en 2013 suite à un faible financement de cette action.								
Perspectives 2014	-Mobiliser suffisamment des fonds pour assurer un véritable renforcement du système communautaire ; -localiser cette action au niveau de la DOSTS								

2013

RAPPORT ANNUEL
DE PERFORMANCE

2.3. PROGRAMME 528

VIABILISATION DU DISTRICT DE SANTÉ

Responsable du programme

DANZABE Samuel
INSPECTEUR GENERAL DES SERVICES ADMINISTRATIFS

2.3.1. PRÉSENTATION DU PROGRAMME

OBJECTIF	Porter les DS à leur phase de consolidation	
Indicateur	Intitulé:	Pourcentage de Districts de Santé (DS) en phase de consolidation
	Unité de mesure	%
	Valeur de référence:	7.0
	Année de référence:	2011
	Valeur Cible	80.0
	Année cible:	2015
ACTIONS DU PROGRAMME	Action 01: RENFORCEMENT DE L'OFFRE DE SERVICES ET SOINS Action 02: REMISE À NIVEAU DES FORMATIONS SANITAIRES DE 1IERE, 2ÈME ET 3ÈME CATÉGORIES Action 03: RENFORCEMENT DU PROCESSUS GESTIONNAIRE Action 04: AMÉLIORATION DU PARTENARIAT ET DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES ET FINANCEMENTS	
DOTATIONS INITIALES	AE 33 717 334 699	CP 31 998 334 000
RESPONSABLE DU PROGRAMME	DANZABE Samuel, INSPECTEUR GENERAL DES SERVICES ADMINISTRATIFS	

2.3.2. CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DU PROGRAMME

2.3.3. PERFORMANCE GLOBALE DU PROGRAMME EN 2013

RÉSULTAT TECHNIQUE OBTENU		
TAUX DE RÉALISATION DE L'INDICATEUR		
DOTATION DE CRÉDITS RÉVISÉS:	AE 31 965 785 962	CP 30 246 785 263
(écarts = Dot.init - Dot.rev)	Ecart AE 1 751 548 737	Ecart CP 1 751 548 737
CRÉDITS CONSOMMÉS	AE 27 638 351 299	CP 25 376 849 627
TAUX DE CONSOMMATION	86,46 %	83,9 %
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES		
PERSPECTIVES 2014		

2.3.4. PERFORMANCES DÉTAILLÉES DU PROGRAMME PAR ACTIONS POUR L'ANNÉE 2013

Action 01 RENFORCEMENT DE L'OFFRE DE SERVICES ET SOINS								
OBJECTIF	Améliorer l'accessibilité aux soins							
Indicateur	Intitulé:		Proportion de la population résidant dans un rayon de moins de 5 km d'une formation sanitaire				TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE 5,10	
	Unité de mesure		%					
	Année de référence:		2011					
	Valeur de référence:		58.0					
	Année cible:		2015					
	Valeur Cible		90.0					
	Réalisation exercice (Résultat technique):		5,10					
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP
	18 886 830 028	17 585 830 000	17 499 032 141	16 198 032 113	14 126 509 011	12 021 518 869	80,72 %	74,22 %
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION	- Recensement de 58 chantiers abandonnés dont le cout des travaux de finition est évalué à 1 404 331 229 francs cfa; - Nécessité d'orienter prioritairement l'action de l'administration à l'achèvement systématique desdits travaux à compter de l'exercice 2015.							
ACTIVITES MAJEURES REALISEES (présentation des extraits)	- Résultats de l'étude sur l'évaluation des projets d'investissements publics délégués en région au cours de la période 2009-2012. 879 projets réalisés sur les 1126 programmés, soit un écart absolu de 247 et un taux de réalisation de 78,17% ; - 230 projets d'investissements publics ont été réalisés dans les dix régions sur les 338 programmés en 2013 soit 41 CSI construits sur 80 programmés, 01 CMA construits sur 02 programmés, 06 PME construits sur les 10 programmés, 20 LAM (CSI, CMA, HD) construits sur les 30 programmés, 80 formations sanitaires (CSI, CMA, HD, HR) équipés sur les 92 programmés, 23 forages réalisés sur les 33 programmés, 03 CSI équipés de panneaux solaires sur les 07 programmés, 02 MOTOS livrés dans les CSI sur les 02 programmés... etc.							
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extraits)	- Ce résultat s'explique surtout pour deux raisons fondamentales à savoir : - La récurrence des virements des crédits en cours d'exercice pour faire face aux contraintes de financement des projets plus importants ; -L'attribution tardive des marchés en raisons des lenteurs et lourdeurs des procédures de passation des marchés avec pour corollaire la forclusion des crédits.							
Perspectives 2014	- Programmation des travaux neufs en deux (02) ans minimum avec AE ?? CP ;Programmer également les études dont la durée minimale est de 6 mois à deux (02) ans avec AE ?? CP et CP faible la 1^{ère} année.							

Action 02 REMISE À NIVEAU DES FORMATIONS SANITAIRES DE 1IÈRE, 2ÈME ET 3ÈME CATÉGORIES									
OBJECTIF	Relever les plateaux techniques des formations sanitaires de 1er, 2ème et 3ème catégorie								
Indicateur	Intitulé:		Nombre de formations sanitaires remis à niveau				TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE		
	Unité de mesure		nb						
	Année de référence:		2011						
	Valeur de référence:		0.0						
	Année cible:		2015						
	Valeur Cible		12.0						
	Réalisation exercice (Résultat technique):								
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE		
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP	
	1 055 000 092	637 000 000	790 000 092	372 000 000	169 927 868	22 999 599	21,51 %	6,18 %	
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION	Mise en œuvre de la politique sanitaire préconisant l'implémentation du système de référence contre référence afin de doter le système de santé d'un dispositif d'assistance médicale qui ne laisserait aucun camerounais sans soins quelques soit ses moyens.								
ACTIVITES MAJEURES REALISEES (présentation des extrants)	- 03 hôpitaux de référence, l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Douala (HGOPED), Centre National des Urgences de Yaoundé, l'Hôpital de référence de Sangmélina ont vu leurs travaux accélérés et leur ouverture est imminente ; - Toutefois, les résultats respectifs concernant les équipements sont les suivants : HGOPED : équipements biomédicaux et mobilier de bureau acquis à 60 % ; CURY : équipements en cours d'installation (transformateur, ascenseur et équipements biomédicaux) ; Hôpital de Référence de Sangmélina : tout le matériel médical est disponible sur site et non installé car les salles ne sont pas disponibles. Le gros œuvre est achevé à 90%, il reste à achever le logement d'astreinte des médecins et les travaux de VRD.								
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extrants)	Ce résultat s'explique surtout pour deux raisons fondamentales à savoir : La récurrence des virements des crédits en cours d'exercice pour faire face aux contraintes de financement des projets plus importants ; L'attribution tardive des marchés en raisons des lenteurs et lourdeurs des procédures de passation des marchés avec pour corollaire la forclusion des crédits.								
Perspectives 2014	Reformulation systématique de l'intitulé de l'action ou alors fusion avec l'action du même programme intitulée « Renforcement de l'offre de service et soins » avec laquelle elle poursuit les mêmes objectifs.								

Action 03 RENFORCEMENT DU PROCESSUS GESTIONNAIRE

OBJECTIF	Résorber le déficit en ressources humaines de la santé								
Indicateur	Intitulé:		Pourcentage des formations sanitaires envoyant les RMA3				TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE 14%		
	Unité de mesure		%						
	Année de référence:		2011						
	Valeur de référence:		30.0						
	Année cible:		2015						
	Valeur Cible		100.0						
	Réalisation exercice (Résultat technique):		1,23%						
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE		
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP	
	7 390 466 579	7 390 466 000	7 299 466 579	7 299 466 000	7 118 412 204	7 109 514 108	97,52 %	97,4 %	
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION	L'Afrique sub-saharienne fait face, de manière générale, à une crise des ressources humaines pour la santé dont les effets sont durement ressentis à travers certains indicateurs socio-sanitaires clés, notamment la mortalité maternelle et infantile. Selon l'OMS, on parle de crise des RHS dans les contextes où l'on compte moins que 2,3 professionnels de santé /1000 habitants. Or en 2010, la région africaine de l'OMS a enregistré une couverture totale en RH de 0,95/1000 habitants. Plus de 60% des pays en crise de RHS sont en Afrique. Le déficit estimé est de presque 1 millions des RHS et environ ¼ des pays a enregistré une tendance négative de la couverture en RHS de 2005 à 2010. En somme, l'Afrique supporte environ 25% de la charge de morbidité mondiale avec seulement 3% des RHS de la planète. Au Cameroun, au terme du recensement général des personnels de santé du Cameroun mené en 2011, le ratio personnel/population a été évalué à 1,07 personnels pour 1000 habitants et le déficit estimé à l'horizon 2015 est de 27 753 personnels, avec une pénurie très marquée, entre autre, dans les spécialités médicales (chirurgiens, Anesthésistes réanimateurs, psychiatres, Néphrologies ...) et les Sages-femmes. À cette situation de crise générale s'ajoutent la distribution inéquitable des personnels perceptible par une concentration des RH au niveau des grands centres urbains au détriment des milieux ruraux, une formation de qualité insuffisante, une production en déphasage avec les besoins du système de santé et un niveau de rémunération faible. Ces insuffisances constituent un défi majeur pour la couverture sanitaire universelle, d'où l'initiative du MINSANTE de produire le Plan de Développement des Ressources Humaines du système de santé du Cameroun (2013-2017). L'élaboration, la mise en œuvre et le suivi-évaluation du Plan de Développement des Ressources Humaines sont conçues dans une approche qui intègre les contributions des partie prenantes, par ailleurs membres du Groupe Technique de Travail sur les RHS qui a pour mission d'apporter un appui à l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi-évaluation des politiques et plans stratégiques de développement des ressources humaines conduits par la Direction des Ressources Humaines du Ministère de la Santé Publique.								

ACTIVITES MAJEURES REALISEES (présentation des extraits)	- Amélioration de la gestion des Ressources Humaines : Données sur les RHS Actualisées. - Amélioration du cadre juridique et réglementaire des RHS : Le manuel des procédures a été élaboré et devrait être multiplié et disséminé dans les formations sanitaires. - Développement de la formation continue : Octroi de bourses aux personnels (Médecins : 10 ; Médico-sanitaires : 10 ; Informaticiens : 6) ; - Développement de la production locale des RHS : Production de 4 296 personnels infirmiers, sages-femmes et médico-sanitaires dans les 87 écoles de formation sous tutelle du MINSANTE. Contribution à la production des Médecins dans les Facultés de Médecine. - Mise en œuvre du plan de recrutement : Plaidoyer et obtention du recrutement à la Fonction Publique de 1035 personnels pour le MINSANTE. Mise à disposition d'environ 3000 personnels issus du recrutement spécial des 25 000. - Promotion de la gouvernance et de l'éthique en matière des RHS : Élaboration du canevas de rédaction d'un code d'éthique pour les personnels du MINSANTE. Promotion de la recherche sur les RHS : Élaboration amorcée d'un cadre réglementaire pour la motivation des chercheurs.
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extraits)	Difficulté majeure liée à la non maîtrise des recrutements. Le MINSANTE reste le ministère employeur et doit de ce fait, se contenter de poursuivre le plaidoyer auprès du MINFOPRA ; plaidoyer qui a permis de bénéficier en 2013 de : - 1035 personnels en termes de recrutement direct ; - Une centaine de personnels diplômés de la 38ème promotion de la Faculté de Médecin de Yaoundé ; - Environ 3000 personnels issus du recrutement spécial des 25 000. Cette difficulté est d'autant plus importante que le MINSANTE connaît une attrition en moyenne de 1000 personnels par an.
Perspectives 2014	- Actualisation de la banque de données de l'Observatoire National des RHS ; - Renforcement des capacités des personnels ; - Assurer la veille stratégique sur les RHS ; - Améliorer la gestion des ressources humaines : Mise en œuvre du plan de fidélisation au poste de travail dans les zones rurales d'accès difficile, Suivre et évaluer la mise en œuvre du PDRH, poursuivre le processus de déconcentration de la gestion des ressources humaines, poursuivre le dialogue social... - Développer la formation initiale des personnels de santé ; - Développer la formation continue ; - Mettre en œuvre le plan de recrutement ; Assurer le traitement solde des personnels de santé.

Action 04 AMÉLIORATION DU PARTENARIAT ET DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES ET FINANCEMENTS									
OBJECTIF	Améliorer le financement de la santé								
Indicateur	Intitulé:		Proportion du budget national alloué à la santé				TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE 0		
	Unité de mesure		%						
	Année de référence:		2012						
	Valeur de référence:		5.2						
	Année cible:		2015						
	Valeur Cible		15.0						
	Réalisation exercice (Résultat technique):		5						
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE		
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP	
	6 385 038 000	6 385 038 000	6 377 287 150	6 377 287 150	6 223 502 216	6 222 817 051	97,59 %	97,58 %	
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION	- Révision de la stratégie partenariale ; - Mise en place et opérationnalisation de nouveaux mécanismes de financement innovants ; - Rareté des ressources ; Développement du partenariat comme levier d'action pour l'amélioration de la santé.								
ACTIVITES MAJEURES REALISEES (présentation des extraits)	- Développement de la stratégie partenariale ; - Développement des systèmes innovants de financement ; - Partenariat international ; - Partenariat public-privé (y compris sous-secteur traditionnel) ; Renforcement de la coordination des partenaires.								
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extraits)	- Organisation de missions de prospections et identification de nouvelles opportunités de partenariats ; - Organisation de la première réunion du Groupe Technique Partenariat ; - Appui à la coordination et harmonisation des interventions des partenaires ; - Participation du Ministre de la Santé Publique aux divers rencontres et colloques internationaux (forum sino-africain, Assemblée mondiale de l'OMS, ...) ; - Allocations de subventions aux hôpitaux privés jouant le rôle d'hôpitaux de districts, ONG et associations ; - Organisation de mission de supervisions des structures contractualisées ; Organisation de missions de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre des concentrations.								
Perspectives 2014	- Organisation du forum sous-régional sur le partenariat public-privé dans le secteur de la santé ; - Recherche de nouveau mécanisme de financement de la santé ; - Mise en œuvre du projet « value for result » dans certains districts de santé ; - Finalisation de la formation des collectivités territoriales décentralisées et des personnels déconcentrés du secteur de la santé ; - Multiplication et distribution de la stratégie partenariale dans toutes les régions ; - Subvention de nouveaux acteurs de la santé (réseau national des formations sanitaires d'obédience musulmane, formations sanitaires privées à but non lucratif) ; Suivi de nouveaux assistants techniques.								

2013

RAPPORT ANNUEL
DE PERFORMANCE

2.4. PROGRAMME 530

GOUVERNANCE ET AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE
TRAVAIL AU MINSANTE

Responsable du programme

Dr LOUDANG Marlise
INSPECTEUR GENERAL DES SERVICES PHARMACEUTIQUES

2.4.1. PRÉSENTATION DU PROGRAMME

OBJECTIF	Adopter la bonne gouvernance et améliorer les conditions de travail du personnel	
Indicateur	Intitulé:	Indice de satisfaction de l'utilisateur du MINSANTE
	Unité de mesure	%
	Valeur de référence:	40.0
	Année de référence:	2011
	Valeur Cible	80.0
ACTIONS DU PROGRAMME	Année cible:	2015
	Action 01:	RENFORCEMENT DE L'ÉTHIQUE, DE LA RÉGULATION DU CONTRÔLE DU SECTEUR SANTÉ
	Action 02:	GESTION STRATÉGIQUE DU SECTEUR SANTÉ
	Action 03:	RENFORCEMENT /DYNAMISATION DU CONTRÔLE SOCIAL
	Action 04:	RENFORCEMENT DES RESSOURCES HUMAINES
	Action 05:	AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL
	Action 06:	RENFORCEMENT DE LA LUTTE CONTRE LA CORRUPTION DANS LE SECTEUR SANTÉ
	Action 07:	RENFORCEMENT DU PROCESSUS GESTIONNAIRE
DOTATIONS INITIALES	AE 76 602 612 512	CP 76 402 611 000
RESPONSABLE DU PROGRAMME	Dr LOUDANG Marlise, INSPECTEUR GENERAL DES SERVICES PHARMACEUTIQUES	

2.4.2. CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DU PROGRAMME

2.4.3. PERFORMANCE GLOBALE DU PROGRAMME EN 2013

RÉSULTAT TECHNIQUE OBTENU	La mise en œuvre du programme 530 a permis une régulation encore insuffisante des activités du MINSANTE à travers une coordination et un contrôle plus accrus des structures et intervenants	
TAUX DE RÉALISATION DE L'INDICATEUR		
DOTATION DE CRÉDITS RÉVISÉS:	AE 76 336 952 585	CP 76 136 951 073
(écarts = Dot.init - Dot.rev)	Ecart AE 265 659 927	Ecart CP 265 659 927
CRÉDITS CONSOMMÉS	AE 71 741 918 192	CP 71 563 797 873
TAUX DE CONSOMMATION	93,98 %	93,99 %
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES	Les ressources du programme ont été utilisées en partie pour les activités de contrôle, de supervision et de coordination du MINSANTE. Elles ont également servi pour la mise en œuvre des actions retenues de coordination, contrôle, gestion stratégique, amélioration des conditions de travail, prise en charge des ressources humaines. L'atteinte des résultats du programme a été possible grâce notamment à : - La tenue régulière de réunions de coordination des services centraux et déconcentrés ; - L'intensification des missions d'investigation et de contrôle ; - L'extension des IRR de lutte contre la corruption au sein des hôpitaux ; - L'élaboration d'un draft de code d'éthique des professionnels de santé ;	

	- L'élaboration de projets de Statuts et de Règlement Intérieur pour la mise en place d'une Mutuelle des Personnels de Santé (MUPESAP) ; - Le renforcement des effectifs des structures de santé ; - L'acquisition des nouveaux matériels roulants et de bureaux ; - L'aménagement de certains locaux ; L'équipement des structures en matériels informatiques et autres.
PERSPECTIVES 2014	- Le développement d'un Système d'Information Sanitaire - Le renforcement des mesures de gouvernance et d'éthique en santé par un contrôle plus accru des structures et services de santé ; - La Lutte contre les trafics de tout genre décriés dans les hôpitaux ; - L'assainissement du secteur en combattant l'exercice illégal des différentes professions de la santé et les médicaments de la rue ; - L'intensification de la lutte contre la corruption avec la vulgarisation des mesures de transparence, de sécurisation des biens et des recettes des hôpitaux, la facilitation des dénonciations par les usagers ainsi qu'une redistribution équitable des quotes-parts aux personnels ; - Le développement des mécanismes permettant une meilleure coordination des activités de l'ensemble du secteur à tous les niveaux de la pyramide sanitaire; - L'amélioration des conditions de rendement du personnel par une meilleure programmation budgétaire, une dotation adéquate d'infrastructures, des moyens logistiques et matériels de travail, une gestion plus rationnelle des personnels, un traitement plus rationnel des dossiers relatifs à leur carrière ; - Une meilleure planification, pilotage et intégration des activités des différentes structures du département ; L'arrimage des activités du département au document de Stratégie Sectorielle de Santé.

2.4.4. PERFORMANCES DÉTAILLÉES DU PROGRAMME PAR ACTIONS POUR L'ANNÉE 2013

Action 01 RENFORCEMENT DE L'ÉTHIQUE, DE LA RÉGULATION DU CONTRÔLE DU SECTEUR SANTÉ								
OBJECTIF	Améliorer la gouvernance et l'éthique en santé							
Indicateur	Intitulé:		Nombre de requêtes, plaintes et dénonciations traitées				TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE	
	Unité de mesure		nb					
	Année de référence:		2011					
	Valeur de référence:		400.0					
	Année cible:		2015					
	Valeur Cible		700.0					
	Réalisation exercice (Résultat technique):		34,8					
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP
	195 725 000	195 725 000	170 725 000	170 725 000	153 070 696	153 070 696	88,06 %	88,06 %
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION	Le renforcement de l'éthique, de la régulation et du contrôle du secteur santé s'est mené dans un contexte où de nombreuses pratiques peu recommandées ont été décrites dans les structures de santé notamment dans les hôpitaux publics. Par ailleurs, le coût élevé des soins, le pouvoir d'achat limité des populations, l'absence d'un système national de partage du risque maladie, l'extrême vulnérabilité des usagers des formations sanitaires victimes de multiples actes de corruption dont des rançonnements, des détournements/désorientations vers des structures privées et la surfacturation des actes et des médicaments justifient l'importance d'un meilleur contrôle de ces structures de santé en vue de l'amélioration des prestations de soins ainsi que de leur performance telle qu'exigée dans le cadre du budget programme.							
ACTIVITES MAJEURES REALISEES (présentation des extrants)	Les principales activités inscrites dans les PTA des 03 Inspections Générales portaient sur : - L'évaluation du fonctionnement interne des services centraux et extérieurs du Ministère ; - La réalisation des inspections, contrôles et audits dans le secteur santé ; - La diffusion des modules de formation à la gouvernance et à l'éthique ; - L'élaboration des modules de formation à la gouvernance et à l'éthique. Les activités conduites à ce titre ont permis d'avoir les résultats suivant : - 121 structures de santé (49 publiques et 72 privées) ont été contrôlées/auditées sur 50 planifiées ; - 226 plaintes et dénonciations ont été enregistrées ; - 174 traitées assorties d'un minimum de 185 sanctions négatives ; - 262 personnels méritants ont bénéficié de sanctions positives pour une meilleure émulation ; - Des médicaments de la rue d'origine et de qualité douteuses ont été saisis et détruits dont des lots contrefaits d'antipaludiques très prisés (coartem@,...) pour une valeur de 229 632 004 F CFA ; - La localisation et l'identification de 518 établissements clandestins de soin ainsi que de 07 écoles clandestines de formation du personnel de la santé et plusieurs points de vente illicites en vue de leur fermeture ; - La tenue des sessions de sensibilisation des populations et des personnels de 08 hôpitaux de la région de l'Ouest sur les risques encourus en consommant les médicaments d'origine et de qualité non contrôlées ; - L'organisation d'une campagne de sensibilisation contre les formations sanitaires illicites et l'exercice illégal de la médecine ; - Les missions d'investigation dans plusieurs localités sur des cas de médicaments contrefaits ; - Des missions d'investigation sur des établissements pharmaceutiques illicites ; 04 sessions de formation des personnels de l'Inspection Générale.							

JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extrants)	Les crédits destinés à la conduite de cette action sont repartis et gérés par les 03 inspecteurs généraux du département. Les résultats sus-présentés sont ceux de ces 03 structures. S'agissant de la performance des 03 Inspections Générales, les handicaps ci-après ont entravé leur action : 1) Insuffisance des moyens logistiques, matériels et financiers ; 2) L'absence de suite aux recommandations des missions créant leur démotivation. S'agissant de la lutte contre la corruption, la régression observée du nombre de requêtes peut s'expliquer par : 1) La faible remontée des données des formations sanitaires vers la Cellule Ministérielle de Lutte Contre la Corruption (CMLCC). 2) Une amélioration observée dans le comportement des personnels des hôpitaux. 3) La peur de dénoncer des usagers des hôpitaux. 4) La diminution des moyens alloués à la CMLCC en 2013 largement inférieurs à ceux de 2012 ne permettant pas l'atteinte des résultats escomptés. 5) Le déblocage tardif des fonds alloués. Tous ces facteurs expliquent la non atteinte de notre objectif de performance qui visait le traitement en 2013 de 500 requêtes, plaintes et dénonciations pour un résultat de 174 seulement. Pour le cas particulier de l'Inspection Générale des Services Pharmaceutiques et des Laboratoires, les activités retenues dans son Plan de Travail Annuel (PTA) ne nous ont pas semblées en adéquation avec les missions de cette structure. Ceci semble être dû au fait que l'Inspecteur Général des Services Pharmaceutiques et des Laboratoires assure parallèlement le rôle de Président de la Cellule Ministérielle de Lutte Contre la Corruption. Toutefois, il nous a été recommandé de mener nos missions telles que prescrites par l'organigramme du MINSANTE notamment le contrôle et l'évaluation des établissements pharmaceutiques et des laboratoires, puis la lutte contre les faux médicaments.
Perspectives 2014	- Faire d'avantage de plaider pour une meilleure prise en compte des missions et des besoins des Inspections Générales au cours des travaux sur le budget programme et d'allocation des ressources aux structures du département; - Intensifier les missions de contrôle en se basant sur une bonne analyse des risques des structures à contrôler ; - Présenter régulièrement au Chef de département, l'état des recommandations des inspections et des missions de contrôle ainsi que leur niveau de mise en œuvre; - Etendre le contrôle à toutes les catégories de structures de santé (structures du niveau central, programmes prioritaires de santé...) ; - Actualiser le cadre juridique et réglementaire du secteur (textes sur l'organisation des hôpitaux, la tarification des actes médicaux, la répartition des quotes-parts aux personnels, l'organisation des professions de santé, sur l'éthique...) ; - Renforcer le dispositif normatif du secteur (normes, standards, protocoles de soins,...) ; - Réorganiser la lutte contre les faux médicaments et intensifier la collaboration avec les autres secteurs notamment les forces de l'ordre, la justice, le commerce, l'administration territoriale, la douane.

Action 02 GESTION STRATÉGIQUE DU SECTEUR SANTÉ

OBJECTIF	Assurer la coordination des services de santé à tous les niveaux								
Indicateur	Intitulé:		Nombre de rapport de coordination au niveau stratégiques (par an)				TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE 88,46		
	Unité de mesure		nb						
	Année de référence:		2011						
	Valeur de référence:		45.0						
	Année cible:		2015						
	Valeur Cible		52.0						
	Réalisation exercice (Résultat technique):		46						
OBJECTIF	Assurer la coordination des services de santé à tous les niveaux								
Indicateur	Intitulé:		Nombre de rapports de suivi de la coordination des services régionaux de santé				TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE 68,57		
	Unité de mesure		nb						
	Année de référence:		2011						
	Valeur de référence:		2.0						
	Année cible:		2015						
	Valeur Cible		35.0						
	Réalisation exercice (Résultat technique):		24						
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE		
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP	
	45 751 064 552	45 751 064 000	45 644 064 552	45 644 064 000	45 162 660 110	45 008 318 957	98,94 %	98,61 %	
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION	L'action avait pour objectif d'assurer la coordination des services de santé à tous les niveaux. L'atteinte des objectifs des différents programmes du Département nécessite le partage d'informations et une coordination renforcée des différentes interventions et ressources en vue d'une meilleure performance. L'année 2013 a été marquée par un contexte marqué par l'évaluation de la mise en œuvre du DSCE volet Santé, de renforcement du suivi des indicateurs de la Feuille de Route ministérielle, la réorganisation du Ministère de la Santé Publique à la faveur du Décret 2013/093 du 03 avril 2013.								
ACTIVITES MAJEURES REALISEES (présentation des extrants)	Une seule activité majeure était planifiée pour la mise en œuvre de cette action à savoir la Coordination intégrée des services de santé.								

JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extraits)	- 46 réunions hebdomadaires de coordination des services centraux tenues ; - 24 réunions de coordination des services déconcentrés tenues dans les délégations régionales. Plusieurs autres activités de coordination ont été réalisées notamment : - Une Conférence annuelle des Services centraux et déconcentrés du Ministère de la Santé Publique - Plusieurs réunions de concertation et de suivi impliquant les structures du MINSANTE, les Départements ministériels sectoriels, les partenaires techniques et financiers et les organisations de la société civile. - Une trentaine des sessions des comités et groupe de travail se sont tenus au niveau central (comité chargé du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre de la feuille de route, le comité sectoriel chargé de l'opération d'assainissement du fichier solde du personnel, groupe de travail chargé du rangement chronologique, analytique et thématique des supports de coopération, etc) - Plusieurs missions formatives, de suivi, de collecte des données réalisées dans les dix régions (mission de collecte de données pour la feuille de route, mission de vulgarisation de l'outil d'évaluation de la stratégie sectorielle de santé, mission de formation des structures déconcentrés à la mise en œuvre de la stratégie partenariale, mission formative pour l'élaboration des plans de suivi des Plans de Travail Annuel au niveau régional, etc) - 950 000 000 millions de FCFA ont été prélevés pour le remboursement de la dette GAVI Plusieurs voyages d'études et missions officielles de représentation à l'étranger réalisées (Assemblée Mondiale de la Santé, Assemblée Régionale de l'OMS, Assemblée Générale EDCTP, AFRAVIH, IAS, ASLM, etc)
Perspectives 2014	- Formuler un meilleur indicateur pour l'action - Renforcer la coordination au niveau régional

Action 03 RENFORCEMENT /DYNAMISATION DU CONTRÔLE SOCIAL

OBJECTIF	Améliorer le système d'information sanitaire								
Indicateur	Intitulé:		Proportion des formations sanitaires appliquant les protocoles de soins				TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE		
	Unité de mesure		%						
	Année de référence:		2011						
	Valeur de référence:		0.0						
	Année cible:		2015						
	Valeur Cible		80.0						
	Réalisation exercice (Résultat technique):								
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE		
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP	
	487 007 000	487 007 000	485 927 000	485 927 000	642 367 253	642 367 183	132,19 %	132,19 %	
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION	Dans le cadre de l'harmonisation des tarifs de soins et services dans les Formations Sanitaires du pays l'élaboration des protocoles de soins est préalable. Une étude est proposée pour recenser tous les actes menés au sein des FOSA de toutes les catégories. Des experts sont consultés pour donner les tarifs des actes en vu de leur harmonisation.								
ACTIVITES MAJEURES REALISEES (présentation des extraits)	- Elaboration des protocoles de soins : non réalisée - Tarification des soins dans toutes les catégories de Formations Sanitaires : non réalisée Toutefois, les activités ci-après ont été menées : - élaboration des termes de référence des études relatives à la tarification et à la confection des protocoles de soins ; - élaboration des dossiers d'appels d'offre y relatifs ; - pré-qualification des prestataires.								
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extraits)	S'agissant de l'utilisation des fonds, la dotation révisée de 485 927 000 F CFA n'a pas été consommée par la Direction de l'Organisation des Soins et de la Technologie Sanitaire. Le niveau de réalisation de l'indicateur est resté nul en l'absence de documents de protocoles de soins disponibles (étude non réalisée).								
Perspectives 2014	Les études sur : les actes des Formations Sanitaires, les protocoles de soins, la tarification des soins harmonisée dans toutes les Formations Sanitaires sont planifiées								

Action 04 RENFORCEMENT DES RESSOURCES HUMAINES

OBJECTIF	Résorber le déficit en ressources humaines de la santé								
Indicateur	Intitulé:		Nombre de personnel(Médecins,infirmiers, sages femmes) de santé pour 1000 habitants				TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE 14%		
	Unité de mesure		%						
	Année de référence:		2011						
	Valeur de référence:		1.07						
	Année cible:		2015						
	Valeur Cible		2.3						
	Réalisation exercice (Résultat technique):		1,23						
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE		
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP	
	1 708 348 960	1 708 348 000	1 657 585 960	1 657 585 000	1 154 201 279	1 143 292 959	69,63 %	68,97 %	
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION	L'Afrique sub-saharienne fait face, de manière générale, à une crise des ressources humaines pour la santé dont les effets sont durement ressentis à travers certains indicateurs socio-sanitaires clés, notamment la mortalité maternelle et infantile. Selon l'OMS, on parle de crise des RHS dans les contextes où l'on compte moins que 2,3 professionnels de santé /1000 habitants. Or en 2010, la région africaine de l'OMS a enregistré une couverture totale en RH de 0,95/1000 habitants. Plus de 60% des pays en crise de RHS sont en Afrique. Le déficit estimé est de presque 1 millions des RHS et environ ¼ des pays a enregistré une tendance négative de la couverture en RHS de 2005 à 2010. En somme, l'Afrique supporte environ 25% de la charge de morbidité mondiale avec seulement 3% des RHS de la planète. Au Cameroun, au terme du recensement général des personnels de santé du Cameroun mené en 2011, le ratio personnel/population a été évalué à 1,07 personnels pour 1000 habitants et le déficit estimé à l'horizon 2015 est de 27 753 personnels, avec une pénurie très marquée, entre autre, dans les spécialités médicales (chirurgiens, Anesthésistes réanimateurs, psychiatres, Néphrologies ...) et les Sages-femmes. A cette situation de crise générale s'ajoutent la distribution inéquitable des personnels perceptible par une concentration des RH au niveau des grands centres urbains au détriment des milieux ruraux, une formation de qualité insuffisante, une production en déphasage avec les besoins du système de santé et un niveau de rémunération faible. Ces insuffisances constituent un défi majeur pour la couverture sanitaire universelle, d'où l'initiative du MINSANTE de produire le Plan de Développement des Ressources Humaines du système de santé du Cameroun (2013-2017). L'élaboration, la mise en œuvre et le suivi-évaluation du Plan de Développement des Ressources Humaines sont conçues dans une approche qui intègre les contributions des partie prenantes, par ailleurs membres du Groupe Technique de Travail sur les RHS qui a pour mission d'apporter un appui à l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi-évaluation des politiques et plans stratégiques de développement des ressources humaines conduits par la Direction des Ressources Humaines du Ministère de la Santé Publique.								

ACTIVITES MAJEURES REALISEES (présentation des extrants)	- Amélioration de la gestion des Ressources Humaines : Données sur les RHS Actualisées. - Amélioration du cadre juridique et réglementaire des RHS : Le manuel des procédures a été élaboré et devrait être multiplié et disséminé dans les formations sanitaires. - Développement de la formation continue : Octroi de bourses aux personnels (Médecins :10 ; Médico-sanitaires : 10 ; Informaticiens :6). - Développement de la production locale des RHS : Production de 4 296 personnels infirmiers, sages-femmes et médico-sanitaires dans les 87 écoles de formation sous tutelle du MINSANTE. Contribution à la production des Médecins dans les Facultés de Médecine. - Mise en œuvre du plan de recrutement : Plaidoyer et obtention du recrutement à la Fonction Publique de 1035 personnels pour le MINSANTE. Mise à disposition d'environ 3000 personnels issues du recrutement spécial des 25 000. - Promotion de la gouvernance et de l'éthique en matière des RHS : Elaboration du canevas de rédaction d'un code d'éthique pour les personnels du MINSANTE. - Promotion de la recherche sur les RHS : Elaboration amorcée d'un cadre réglementaire pour la motivation des chercheurs.
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extrants)	Difficulté majeure liée à la non maîtrise des recrutements. Le MINSANTE reste le ministère employeur et doit de ce fait, se contenter de poursuivre le plaidoyer auprès du MINFOPRA ; plaidoyer qui a permis de bénéficier en 2013 de : - 1035 personnels en termes de recrutement direct ; - Une centaine de personnels diplômés de la 38^{ème} promotion de la Faculté de Médecin de Yaoundé ; - Environ 3000 personnels issus du recrutement spécial des 25 000. Cette difficulté est d'autant plus importante que le MINSANTE connaît une attrition en moyenne de 1000 personnels par an.
Perspectives 2014	- Actualisation de la banque de données de l'Observatoire National des RHS ; - Renforcement des capacités des personnels ; - Assurer la veille stratégique sur les RHS ; - Améliorer la gestion des ressources humaines : Mise en œuvre du plan de fidélisation au poste de travail dans les zones rurales d'accès difficile, Suivre et évaluer la mise en œuvre du PDRH, poursuivre le processus de déconcentration de la gestion des ressources humaines, poursuivre le dialogue social... - Développer la formation initiale des personnels de santé ; - Développer la formation continue ; - Mettre en œuvre le plan de recrutement ; - Assurer le traitement solde des personnels de santé.

Action 05 AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL

OBJECTIF	Créer un cadre incitatif au développement professionnel du personnel de santé								
Indicateur	Intitulé:		Indice de satisfaction des professionnels de santé				TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE		
	Unité de mesure		%						
	Année de référence:		2012						
	Valeur de référence:		0.0						
	Année cible:		2015						
	Valeur Cible		80.0						
	Réalisation exercice (Résultat technique):								
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE		
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP	
	28 228 313 000	28 028 313 000	28 142 056 673	27 942 056 673	24 412 926 050	24 402 785 724	86,75 %	87,33 %	
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION	Les structures déconcentrées ont fait remonter dans le cadre des activités de la préparation du budget 2013, un important besoin en logistique de travail, notamment en matériel roulant, informatique, et de communication. Par ailleurs, au niveau central cette action est mise en œuvre dans un contexte marqué par : - Le redéploiement de certains personnels soignants dans les différents districts de santé du territoire national. - les doubles incendies de décembre 2013 qui, ont considérablement réduit les capacités et les conditions de travail des personnels du MINSANTE, notamment de la DRH, dont la production a été sérieusement perturbée.								
ACTIVITES MAJEURES REALISEES (présentation des extraits)	- 05 ambulances acquises - 10 Véhicules de service acquis - 102 motos acquises - 01 rayonnage de bibliothèque installé - 05 photocopieurs de haute production acquis et installés - 03 Bâtiments entretenus - Divers matériels de bureau acquis - 01 PTA ministériel élaboré - 01 Projet de performance de l'Administration élaboré - Divers logiciels acquis - 01 bâtiment administratif construit (local pour archivage) - 25 structures ayant bénéficié d'un appui pour leur fonctionnement - 1000 dossiers acheminés - 4600 dossiers archivés - 60 documents de santé traduits - marches sportives organisées - 200 audiences du MSP (voir compte rendu hebdomadaire des réunions de coordination) - 150 déplacements du MSP (voir compte rendu hebdomadaire des réunions de coordination) - 100 audiences du SETAT (voir compte rendu hebdomadaire des réunions de coordination) - 75 déplacements du SETAT (voir compte rendu hebdomadaire des réunions de coordination) - Diverses factures d'eau, de courant, de téléphone, et de connexions internet payées - Système informatique fonctionnel - 20 formations de personnels du MINSANTE - Salaires des personnels concernés et primes des personnels spécifiques payés, - 10 Centres régionaux de prévention et de contrôle des épidémies et pandémies fonctionnels								

JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extrants)	Les extrants ci-dessus ont permis d'améliorer : - Le cadre de travail de plusieurs structures - l'accueil des usagers et l'acheminement du courrier - La centralisation et l'archivage des documents - L'Appui au fonctionnement des services - La Coordination des activités du MSP - La Coordination des activités du SETAT - La Mise en œuvre du schéma directeur informatique - La Prise en charge du personnel - Le Renforcement des capacités des personnels - La Traduction des documents de santé
Perspectives 2014	Tirant les leçons de l'exercice précédent, le budget de l'exercice 2014 a fondu cette action dans une autre action, « amélioration du cadre de travail », avec un budget considérablement réduit (2,7 milliards au lieu des 28 milliards alloués en 2013). Il serait judicieux compte tenu de ce que le cadre de travail est une condition de travail, qu'il soit maintenu que l'amélioration du cadre de travail soit une activité de l'amélioration des conditions de travail.

Action 06 RENFORCEMENT DE LA LUTTE CONTRE LA CORRUPTION DANS LE SECTEUR SANTÉ								
OBJECTIF	Réduire la corruption dans le secteur santé							
Indicateur	Intitulé:		Proportion de requêtes, plaintes et dénonciations sans fondement après traitement				TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE 21,83%	
	Unité de mesure		%					
	Année de référence:		2012					
	Valeur de référence:		0.0					
	Année cible:		2015					
	Valeur Cible		100.0					
	Réalisation exercice (Résultat technique):		21,83					
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP
	232 154 000	232 154 000	236 593 400	236 593 400	216 692 354	216 692 354	91,59 %	91,59 %
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION	L'intensité de la corruption évaluée à 7,56 sur 10 en 2010 dans le secteur de la santé (confère document de Stratégie Nationale de Lutte Contre la Corruption) a constitué au cours de la période 2010-2013, une réelle préoccupation au Ministère de la Santé Publique. D'où la conduite des activités visant l'organisation de la lutte contre la corruption dans les structures de santé et le développent des outils de transparence et de dénonciation afin de protéger les malades face aux nombreux abus.							
ACTIVITES MAJEURES REALISEES (présentation des extraits)	Dynamisation de la Cellule Ministérielle de Lutte contre la Corruption (CMLCC) La CMLCC a tenu 04 réunions élargies à tous ses membres sur les 06 attendues dans l'année. Elle a tenu plusieurs autres réunions et concertations restreintes sur le traitement de certains dossiers de dénonciations et sur la préparation du lancement des Initiatives à Résultats Rapides (IRR) de lutte contre la corruption dans les hôpitaux de la région de l'Ouest. Elle a procédé à la sensibilisation des personnels et des usagers de 08 hôpitaux sur les méfaits de la corruption et l'organisation de la lutte. Elle a tenu des sessions sur l'élaboration du code d'éthique des personnels de santé. La lutte contre la corruption a été intensifiée dans les formations sanitaires publiques et a permis d'obtenir des résultats significatifs à travers le développement des voies de recours pour les malades en cas d'abus, la conduite d'Initiatives à Résultats Rapides (IRR) et du PBF (Financement Basé sur les Résultats); - 226 plaintes et dénonciations ont été enregistrées ; - 174 traitées assorties d'un minimum de 185 sanctions négatives ; - 262 personnels méritants ont bénéficié de sanctions positives pour une meilleure émulation. - La proportion des requêtes, plaintes et dénonciations sans fondement après traitement a été de: 21,83% soit 38 requêtes, plaintes et dénonciations sans fondement sur les 174 traitées; - Les recettes des FS ont augmenté allant des fois au double ; La répartition des quotes-parts selon la réelle performance/productivité des personnels des hôpitaux sous PBF et IRR.							
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extraits)	La Présidente de la CMLCC n'a géré que 22 000 000 + 9 000 000 F CFA sur les 51 914 345 F CFA qui lui avaient été affectés et ne peut répondre du reste de la dotation révisée telle qu'affichée plus haut (236 593 400 F CFA) Par contre les indicateurs ci après n'ont pas pu être renseignés. Il s'agit de : - L'indice de satisfaction des usagers des hôpitaux (enquête nationale programmée pour 2014) ; - L'intensité de la corruption (attendue de la CONAC).							

Perspectives 2014	Etendre les IRR dans tous les hôpitaux publics dans les prochaines années ; Sanctionner systématiquement les personnels véreux ; Protéger les dénonciateurs ; Encourager les personnels méritants ; Promouvoir les bonnes pratiques ; Mettre en place et dynamiser des comités locaux de lutte contre la corruption dans toutes les structures de santé.
-------------------	--

Action 07 RENFORCEMENT DU PROCESSUS GESTIONNAIRE

OBJECTIF	Améliorer le système d'information sanitaire							
Indicateur	Intitulé:		Pourcentage des formations sanitaires envoyant les RMA				TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE	
	Unité de mesure		%					
	Année de référence:		2011					
	Valeur de référence:		30.0					
	Année cible:		2015					
	Valeur Cible		100.0					
	Réalisation exercice (Résultat technique):							
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP

3. BILAN STRATEGIQUE ET PERSPECTIVES

Le bilan de mise en œuvre du PPA 2013 du Ministère de la Santé Publique permet d'opérer un rapprochement des résultats obtenus avec l'objectif stratégique du département, mais aussi d'entrevoir des perspectives à court et à moyen terme, eu égard aux leçons apprises.

De manière générale, la première année de mise œuvre du budget programme aura permis au Ministère de la Santé Publique de prendre une meilleure mesure de l'effort à entreprendre pour parvenir à une gestion optimale de l'amélioration de l'état de santé des populations : d'abord en tant que ministère du secteur social, ensuite en sa qualité de leader dans la mise en œuvre de la politique de santé du Chef de l'Etat dans le cadre du Nouveau Régime Financier de l'Etat.

Si les premiers résultats du Ministère de la Santé Publique en 2013 peuvent apparaître encourageants dans l'ensemble, des mesures profondes méritent d'être apportées à la présentation et au contenu des programmes et des actions ainsi qu'à la formulation des indicateurs de mesure des performances attendues du Ministère de la Santé Publique.

3.1. RAPPROCHEMENT DES RÉSULTATS OBTENUS AVEC L'OBJECTIF STRATÉGIQUE DU MINISTÈRE

Dans l'optique de réaliser la contribution attendue du secteur santé, en vue d'atteindre les objectifs du DSCE, le Ministère de la Santé Publique s'est fixé comme objectif stratégique : « Améliorer l'état de santé des populations ». Pour l'atteinte de cet objectif, les priorités ont été axées sur la mise en œuvre cohérente et intégrée d'un certain nombre de politiques publiques en relation avec les missions du Ministère :

- (i) l'amélioration de la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent,
- (ii) la lutte contre la maladie et la promotion de la santé,
- (iii) la viabilisation du District de Santé et
- (iv) la gouvernance et amélioration des conditions de travail.

L'appréciation de la performance globale du département ne peut se faire qu'au regard du rendement obtenu sur chacune de ces politiques publiques.

L'amélioration de la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent : les efforts de réduction de la mortalité maternelle et infantile n'ont pas permis de diminuer le taux de mortalité maternelle et infantile en 2013. Cela se justifie par l'augmentation de la mortalité maternelle depuis 1998, l'arrêt de la baisse de la mortalité néonatale depuis 2004, la faible diminution de la mortalité infanto-juvénile (0-5 ans) et la faible diminution de la mortalité infantile (0-1 an). Les résultats seront disponibles après l'enquête EDS 2016.

La lutte contre la maladie et la promotion de la santé : les interventions de lutte contre la maladie et de promotion de la santé avaient pour objectif de Réduire la charge morbide chez les pauvres et les populations les plus vulnérables. Le taux de réalisation de l'indicateur en 2013 a été de 30%. Plusieurs actions ont contribué à l'obtention de ce résultat, à savoir :

- (i) 126 449 personnes vivant avec le VIH ont été pris en charge gratuitement soit 67% de femmes et 4,2% d'enfants,

- (ii) la rupture des ARV et médicaments traceurs dont la distribution est gratuite est passée de 21 à 17,6 jours,
- (iii) la distribution des MILDA aux ménages est de 66% et le taux d'utilisation de ces MILDA est passé de 14% en 2011 à 39,3% en 2013,
- (iv) le taux de guérison de nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive est passé de 80% en 2011 à 80,3% en 2012 (cohorte de malades 2012 analysée en 2013),
- (v) 5 666 798 personnes ont bénéficié d'un traitement préventif au couple Mectizan/Albendazole,
- (vi) 617 nouveaux cas de lèpre soit 5,6% ont été pris gratuitement en charge.

En ce qui concerne l'utilisation des ressources financières, 1,7% des fonds alloués n'ont pas été utilisés à cause de la lourdeur des procédures et de la difficulté liée à l'utilisation du logiciel PROBMIS.

La viabilisation du District de Santé : le processus de viabilisation du district de santé passe par trois phases à savoir, le démarrage, la consolidation et l'autonomisation. Ce programme a pour objectif de porter 80 % des Districts de Santé à la phase de consolidation. Le MINSANTE a des difficultés à renseigner cet indicateur car il ne peut être déterminé qu'après enquête EDS, dont la prochaine est prévue en 2016 dans le cadre de l'état de mise en œuvre de la stratégie sectorielle de santé. En attendant les résultats de l'enquête prévue et au vu des tendances, le taux de référence qui est de 7% de Districts de Santé en phase de consolidation, n'a beaucoup évolué. Ce résultat s'explique principalement pour deux raisons fondamentales à savoir :

- (i) la récurrence des virements des crédits en cours d'exercice pour faire face aux contraintes de financement des projets plus importants et
- (ii) l'attribution tardive des marchés en raisons des lenteurs et lourdeurs des procédures de passation des marchés avec pour corollaire la forclusion des crédits.

La gouvernance et l'amélioration des conditions de travail : l'objectif visé est de faire adopter la bonne gouvernance et améliorer les conditions de travail. Les résultats obtenus en 2013 restent mitigés car la régulation des activités du MINSANTE à travers une coordination et un contrôle plus accrus des structures et intervenants, est encore insuffisante. Les ressources allouées à ce programme ont été utilisées en partie pour les activités de contrôle, de supervision et de coordination. Elles ont également servi pour la mise en œuvre des actions retenues de gestion stratégique, d'amélioration des conditions de travail et de prise en charge des ressources humaines.

L'atteinte des résultats du programme a été possible grâce notamment à :

- (i) la tenue régulière de réunions de coordination des services centraux et déconcentrés,
- (ii) l'intensification des missions d'investigation et de contrôle,
- (iii) l'extension des IRR de lutte contre la corruption au sein des hôpitaux,
- (iv) l'élaboration d'un draft de code d'éthique des professionnels de santé,
- (v) l'élaboration de projets de Statuts et de Règlement Intérieur pour la mise en place

d'une Mutuelle des Personnels de Santé (MUPESAP),
(vi) le renforcement des effectifs des structures de santé,
(vii) l'acquisition des nouveaux matériels roulants et de bureaux,
(viii) l'aménagement de certains locaux,
l'équipement des structures en matériels informatiques et autres.

3.2. LEÇONS APPRISES

La mise en œuvre du PPA 2013 du MINSANTE nous a permis d'avancer progressivement vers la réalisation des indicateurs des OMD notamment l'amélioration de la couverture vaccinale au profit de la santé de l'enfant, l'amélioration de la disponibilité de certains médicaments traceurs, l'offre des soins par le relèvement du plateau technique ainsi que le renforcement du contrôle des structures de santé.

En outre, l'évaluation finale de la mise en œuvre du PPA 2013 du MINSANTE au 31 décembre 2013 a permis de retenir les leçons ci-après : (i) la culture de gestion axée sur la performance s'améliore progressivement au sein du Ministère, (ii) la nécessité de développer davantage le système d'informations sanitaires et la budgétisation axée sur les programmes, (iii) la nécessité de renforcer la coordination à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, (iv) l'urgence de renforcer les capacités managériales des ressources humaines et de diversifier les mécanismes de leur motivation.

Au cours de l'année 2014, il s'agira de se nourrir de l'expérience de 2013 en mettant l'accent sur les écueils rencontrés afin de réduire, voire supprimer les écarts observés et atteindre les résultats escomptés dans le Projet de Performance des Administrations de l'exercice 2014 du MINSANTE.

3.3. PERSPECTIVES 2014

Compte tenu du bilan stratégique et du niveau de capacité organisationnelle du MINSANTE, sous réserve des arbitrages de priorisation, les perspectives par Programme sont les suivantes :

Santé mère, enfant et adolescent :

- Mise en place des stratégies multisectorielles à haut impact ;
- Mise en œuvre de la surveillance cas par cas en prélevant tout cas suspect de méningite avec le test de dépistage et la prise en charge ;
- Dotation en matériel roulant (motos et véhicules) de supervision ;
- Construction ou aménagement des salles d'écoute dans les structures hospitalières ;
- Surveillance cas par cas continue des adolescents par rapport aux épidémies de méningite.

Lutte contre la maladie et promotion de la santé :

- Amélioration de la surveillance épidémiologique et la riposte médicale ;
- Densification de la sensibilisation des populations ;
- Amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité de l'offre de soins ;
- Mise en place d'une plate-forme de concertation avec les promoteurs d'industrie pharmaceutique locale ;
- Homologation des nouveaux médicaments, réactifs et dispositifs médicaux à mettre sur le marché local ;
- Révision des modalités d'homologation des médicaments ;
- Réactualisation de la nomenclature des prix des médicaments homologués ;
- Projet de mise en place d'un document de définition des normes pharmaceutiques ;
- Mobilisation des fonds pour mener une campagne de prévention du paludisme saisonnier dans la région de l'Extrême-Nord ;
- Processus d'admission de tous les villages des régions de l'Est, Adamaoua, Nord, et Extrême Nord au statut de fin de défécation à l'air libre ;
- Parachèvement du déclenchement du processus d'Assainissement Total Piloté (ATP) dans les régions de l'Est, Adamaoua, Nord, et Extrême Nord ;
- Maintien de la gratuité ou de la subvention partielle des intrants et services médicaux (Choléra, VIH/SIDA, IST, Hépatite, Onchocercose, Filariose lymphatique ; Trachome, Schistosomiase, Vers Intestinaux, Lèpre, Ulcère de Buruli, Maladie du sommeil, Pian,...) ;
- Mise en place d'un système pérenne de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA ;
- Maîtrise de l'accroissement des maladies chroniques non transmissibles ;
- Maintien de la gratuité de la prise en charge de la tuberculose par la subvention des services médicaux et des intrants (réactifs, microscopes et autres consommables) ;
- Extension de centres de prise en charge de Tuberculose MDR de trois centres à quatre
- Mobiliser suffisamment des fonds pour assurer un véritable renforcement du système communautaire ;

Viabilisation du District de Santé :

- Accélération des procédures de passation et d'attribution des marchés ;
- Programmation des travaux neufs en deux (02) ans minimum avec AE ? CP ;
- Programmation des études dont la durée minimale est de 6 mois à deux (02) ans avec AE ? CP et CP faible la 1ère année ;
- Reformulation systématique de l'intitulé de l'action « remise à niveau des formations sanitaires de 1ère, 2è et 3è catégorie » ou alors fusion avec l'action du même programme intitulée « Renforcement de l'offre de service et soins » ;
- Actualisation de la banque de données de l'Observatoire National des RHS ;
- Renforcement des capacités des personnels ;
- Amélioration de la gestion des ressources humaines par la mise en œuvre du plan de fidélisation au poste de travail dans les zones rurales d'accès difficile ;

- Suivi et évaluation de la mise en œuvre du PDRH ;
- Poursuite du processus de déconcentration de la gestion des ressources humaines ; Renforcement du dialogue social ;
- Mise en œuvre du projet « value for result » dans certains districts de santé ;
- Organisation du forum sous-régional sur le partenariat public-privé dans le secteur de la santé ;
- Développement des formations initiale et continue des personnels de santé ;
- Mise en œuvre le plan de recrutement ;
- Recherche de nouveaux mécanismes de financement de la santé ;
- Finalisation de la formation des collectivités territoriales décentralisées et des personnels déconcentrés du secteur de la santé ;
- Subvention de nouveaux acteurs de la santé (réseau national des formations sanitaires d'obédience musulmane, formations sanitaires privées à but non lucratif) ;
- Suivi de nouveaux assistants techniques.

Gouvernance et amélioration des conditions de travail :

- Développement d'un Système d'Information Sanitaire ;
- Renforcement des mesures de gouvernance et d'éthique en santé par un contrôle plus accru des structures et services de santé ;
- Lutte contre les trafics de tout genre décriés dans les hôpitaux ;
- Assainissement du secteur en combattant l'exercice illégal des différentes professions de la santé et les médicaments de la rue ;
- Intensification de la lutte contre la corruption avec la vulgarisation des mesures de transparence, de sécurisation des biens et des recettes des hôpitaux,
- Facilitation des dénonciations par les usagers ainsi qu'une redistribution équitable des quotes-parts aux personnels ;
- Développement des mécanismes permettant une meilleure coordination des activités de l'ensemble du secteur à tous les niveaux de la pyramide sanitaire;
- Amélioration des conditions de rendement du personnel par une meilleure programmation budgétaire ;
- Dotation adéquate d'infrastructures, des moyens logistiques et matériels de travail ;
- Intensification des missions de contrôle en se basant sur une bonne analyse des risques des structures à contrôler ;
- Actualisation du cadre juridique et réglementaire du secteur (textes sur l'organisation des hôpitaux, la tarification des actes médicaux, la répartition des quotes-parts aux personnels, l'organisation des professions de santé, sur l'éthique...) ;
- Renforcement du dispositif normatif du secteur (normes, standards, protocoles de soins,...) ;
- Réorganisation de la lutte contre les faux médicaments et intensification de la collaboration avec les autres secteurs notamment les forces de l'ordre, la justice, le commerce, l'administration territoriale, la douane ;

- Etudes sur les actes des Formations Sanitaires et les protocoles de soins ;
- Tarification des soins harmonisée dans toutes les Formations Sanitaires ;
- Extension des Initiatives à Résultats Rapides (IRR) dans tous les hôpitaux publics dans les prochaines années ;
- Sanction systématique des personnels véreux ;
- Protection des dénonciateurs ;
- Encouragement des personnels méritants ;
- Promotion des bonnes pratiques ;
- Mise en place et dynamisation des comités locaux de lutte contre la corruption dans toutes les structures de santé.