

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
PAIX - TRAVAIL - PATRIE



RAPPORT ANNUEL DE PERFORMANCE 2014

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 2014	9
2.	ETAT DE MISE EN OEUVRE DES PROGRAMMES	10
2.1.	PROGRAMME 526: LUTTE CONTRE LA MALADIE ET PROMOTION DE LA SANTÉ	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 2014	14
2.1.4.	PERFORMANCES DÉTAILLÉES DU PROGRAMME PAR ACTIONS POUR L'ANNÉE 2014	19
2.2.	PROGRAMME 527: SANTÉ DE LA MÈRE, DE L'ADOLESCENT ET DE L'ENFANT	25
2.2.1.	PRÉSENTATION DU PROGRAMME	26
2.2.2.	CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DU PROGRAMME	26
2.2.3.	PERFORMANCE GLOBALE DU PROGRAMME EN 2014	28
2.2.4.	PERFORMANCES DÉTAILLÉES DU PROGRAMME PAR ACTIONS POUR L'ANNÉE 2014	29
2.3.	PROGRAMME 528: VIABILISATION DU DISTRICT DE SANTÉ	32
2.3.1.	PRÉSENTATION DU PROGRAMME	33
2.3.2.	CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DU PROGRAMME	33
2.3.3.	PERFORMANCE GLOBALE DU PROGRAMME EN 2014	34
2.3.4.	PERFORMANCES DÉTAILLÉES DU PROGRAMME PAR ACTIONS POUR L'ANNÉE 2014	35
2.4.	PROGRAMME 530: GOUVERNANCE ET APPUI INSTITUTIONNEL DANS LE SECTEUR SANTE	39
2.4.1.	PRÉSENTATION DU PROGRAMME	40
2.4.2.	CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DU PROGRAMME	40

2.4.3.	PERFORMANCE GLOBALE DU PROGRAMME EN 2014	41
2.4.4.	PERFORMANCES DÉTAILLÉES DU PROGRAMME PAR ACTIONS POUR L'ANNÉE 2014	44
3.	BILAN STRATEGIQUE ET PERSPECTIVES	56
3.1.	RAPPROCHEMENT DES RÉSULTATS OBTENUS AVEC L'OBJECTIF STRATÉGIQUE DU MINISTÈRE	57
3.2.	LEÇONS APPRISSES	59
3.3.	PERSPECTIVES	59

NOTE EXPLICATIVE

En 2007 le Cameroun effectue une avancée indéniable dans la modernité à travers l'adoption le 27 décembre, de la loi portant Régime Financier de l'Etat. Cette « Constitution financière » introduit dans l'administration la gestion axée sur les résultats à travers le budget programme. En prélude au basculement dans ce nouveau mode gestion le 1^{er} janvier 2013, la documentation budgétaire accompagnant le projet de loi de finance s'enrichie du Projet de Performance des Administrations (PPA). Ce document élaboré par chaque département ministériel ou institution, présente les programmes avec des objectifs assortis d'indicateurs de performance.

Par application de l'article 22 alinéa 3 de la loi de 2007, « le projet de loi de règlement est accompagné des rapports annuels de performance des administrations rédigés par les ordonnateurs principaux » et qui rendent compte de la performance projetée dans les PPA. Ainsi, en 2014, les premières évaluations de l'exécution du budget par programme ont eu lieu à travers la production par tous les départements ministériels des rapports annuels de performance de l'exercice 2013.

A cet effet, les pouvoirs politiques dans leur ensemble ont pu apprécier la mise en œuvre des programmes dans les départements ministériels. La Chambre des Comptes de la Cour Suprême à travers son avis sur le projet de loi de règlement et le parlement pendant l'examen de la loi de règlement pendant la session budgétaire.

En cette deuxième année d'élaboration des Rapports annuels de performance où l'exercice a été étendu aux institutions, l'accent est mis sur l'amélioration qualitative du document notamment au niveau du renseignement de la performance technique des administrations, dans le respect de ses trois parties :

- Contexte de mise en œuvre des programmes en 2014;
- Etat de mise en œuvre pour le compte de l'exercice 2014 ;
- Bilan stratégique et perspectives.

1. CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DES PROGRAMMES

L'Etat du Cameroun a entrepris depuis 2003, 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 a connu une évolution importante avec l'avènement d'un nouveau régime financier de l'Etat en 2007 qui est entré en vigueur en 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

A long terme, la vision de développement du Gouvernement est l'accession du Cameroun au stade de pays émergent à l'horizon 2035.

Dans le secteur de la santé, les objectifs à atteindre s'inscrivent en droite ligne à l'horizon de la stratégie en cohérence avec des OMD volet Santé :

- 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 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

La réalisation des objectifs du DSCE volet Santé dont le but est l'amélioration de l'état de santé des populations repose 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 portant organigramme du Ministère de la Santé Publique, il 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 Handicapés 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 2014 s'est faite dans un contexte marqué notamment par :

- La poursuite de la mise en œuvre de la réforme budgétaire ;
- La promulgation d'une Loi de finances davantage ambitieuse ;
- La candidature retenue du Cameroun pour l'organisation des CAN 2016 et 2019 ;
- La poursuite du Cadre institutionnel rénové d'exécution des programmes ;
- La survenance des épidémies dans certaines régions.

1.4. AUTRES FAITS MAJEURS DE L'ANNÉE 2014

D'autres faits majeurs ont été enregistrés au cours de l'année 2014 et ont influencé la mise en œuvre des programmes du MINSANTE :

- L'accélération de la mise en place des Programmes de Transfusion Sanguine et de lutte contre la mortalité maternelle et infanto-juvénile ;
- La poursuite du transfert des fonds aux communes pour la réalisation des infrastructures sanitaires ;
- La mise en service des trois hôpitaux de référence par la publication des textes de création, la désignation des responsables et l'affectation du personnel de santé ;
- L'agression du territoire dans les régions de l'Extrême-nord et de l'Est qui maintient le pays en état d'insécurité fragilisant ainsi le volet sanitaire ;
- L'organisation et l'évaluation des campagnes de riposte contre le polio virus sauvage durant toute l'année.

2. ETAT DE MISE EN OEUVRE DES PROGRAMMES

Il s'agit ici de mesurer le niveau d'atteinte des résultats et l'utilisation des crédits par le MINSANTE pour une meilleure lisibilité de la performance des programmes mis en place et de s'assurer de l'effectivité de la satisfaction des populations pour lesquelles les politiques publiques de santé sont élaborées.

2014

RAPPORT ANNUEL
DE PERFORMANCE

2.1. PROGRAMME 526

LUTTE CONTRE LA MALADIE ET PROMOTION DE LA SANTÉ

Responsable du programme

Pr BIWOLE SIDA
CONSEILLER TECHNIQUE N° 2

2.1.1. PRÉSENTATION DU PROGRAMME

Le programme lutte contre la maladie et promotion de la santé s'exécute dans un contexte caractérisé par la lutte contre les grandes pandémies et épidémies dont les défis majeurs sont la mobilisation des ressources et l'organisation des ripostes. Le Gouvernement, à travers le MINSANTE et en collaboration avec ses partenaires techniques et financiers, a mis en place un dispositif de prise en charge des cas et de sensibilisation de la communauté afin d'améliorer la santé des populations.

Face à l'accroissement démographique, la prise en charge clinique et les campagnes de sensibilisation ont nécessité le renforcement des programmes prioritaires de santé dédiés à la lutte contre la maladie et à la promotion de la santé.

L'épidémie de poliomyélite avec les ripostes JNV

L'afflux des réfugiés dans les zones frontalières de l'EST et Extrême-Nord NORD

La menace de la maladie à virus EBOLA

L'avion ophtalmologique,

La non-maitrise du système d'acquisition et de distribution

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:	2013
	Valeur Cible	28.0
	Année cible:	2015
ACTIONS DU PROGRAMME	Action 01: PRÉVENTION DE LA MALADIE ET PROMOTION DE LA SANTÉ Action 02: AMÉLIORATION DE LA DISPONIBILITÉ ET DE L'OFFRE DES MÉDICAMENTS, RÉACTIFS ET DISPOSITIFS ESSENTIELS Action 03: PRISE EN CHARGE GLOBALE ET INTEGREE DES MALADIES Action 04: RENFORCEMENT DU SYSTÈME COMMUNAUTAIRE Action 05: RENFORCEMENT DE LA SURVEILLANCE INTÉGRÉE DE LA MALADIE ET RÉPONSE (SIMR)	
DOTATIONS INITIALES	AE 72 868 766 000	CP 71 483 766 000
RESPONSABLE DU PROGRAMME	Pr BIWOLE SIDA, CONSEILLER TECHNIQUE N° 2	

2.1.2. CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DU PROGRAMME

Le programme lutte contre la maladie et promotion de la santé s'exécute dans un contexte caractérisé par la lutte contre les grandes pandémies et épidémies dont les défis majeurs sont la mobilisation des ressources et l'organisation des ripostes. Le Gouvernement, à travers le MINSANTE et en collaboration avec ses partenaires techniques et financiers, a mis en place un dispositif de prise en charge des cas et de sensibilisation de la communauté afin d'améliorer la

santé des populations.

Face à l'accroissement démographique, la prise en charge clinique et les campagnes de sensibilisation ont nécessité le renforcement des programmes prioritaires de santé dédiés à la lutte contre la maladie et à la promotion de la santé.

- L'épidémie de poliomyélite avec les ripostes JNV
- L'afflux des réfugiés dans les zones frontalières de l'EST et Extrême-Nord NORD
- La menace de la maladie à virus EBOLA
- L'avion ophtalmologique,
- La non-maitrise du système d'acquisition et de distribution

2.1.3. PERFORMANCE GLOBALE DU PROGRAMME EN 2014

Pour ce programme, il s'agissait de réduire la charge morbide chez les pauvres et les populations les plus vulnérables. Cinq actions ont été inscrites et exécutées donnant les principaux résultats suivants :

- Pour ce qui concerne **l'amélioration de la disponibilité et de l'offre des médicaments, réactifs et dispositifs essentiels**, le nombre de jours de rupture de stock en médicaments traceurs est passé de 17,6 (FDR 2013) à 16 jours en 2014. Les ressources financières mobilisées pour la mise en œuvre de cette action ont permis d'acquérir les antipaludiques, les antirétroviraux, les antituberculeux, anticancéreux et les autres médicaments, réactifs et dispositifs essentiels permettant de traiter la population en général, spécifiquement les femmes enceintes, les enfants de moins de cinq ans, les pauvres et les populations les plus exposés.
- Dans le cadre de la **prévention de la maladie et promotion de la santé**, le nombre de ménages disposant d'au moins une Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action (MILDA) reste de 66% (Enquête Post Campagne INS août 2013). Au cours de l'année 2014, la distribution continue des MILDA chez les femmes enceintes s'est intensifiée dans toutes les formations sanitaires. Spécifiquement Pour la région de l'Extrême-Nord, afin de prévenir les recrudescences des cas de paludisme grave, quelques mesures ont été prises à savoir, la formation et recyclage du personnel dans les formations sanitaire, mise en place de la prise en charge à domicile du paludisme et un approvisionnement régulier de toutes les formations sanitaires en intrants de lutte contre le paludisme, contrôle des situations d'urgence par la distribution des moustiquaires aux populations victimes d'inondation. Grâce à ces mesures, le nombre de cas de paludisme dans la région de l'Extrême-Nord est passé de 158 988 en 2013 à 125 929 en 2014. Le nombre de décès causés par le paludisme est passé de 1 564 en 2013 à 929 en 2014, soit une baisse relative de 41%.

S'agissant de la Maladie à Virus EBOLA, une intense sensibilisation par la diffusion des directives sur les mesures de prévention et de gestion des cas auprès du personnel de santé, et spécifiquement auprès des populations des régions limitrophes au Nigeria a été faite tout au long de l'année. Les fiches sanitaires d'accueil au niveau des frontières aériennes, terrestres et maritimes sont élaborées et distribuées. Les formations en cascades aussi bien du personnel soignant et non soignant se poursuivent.

Pour ce qui est de l'hygiène hospitalière, 18 incinérateurs sur 19 sont fonctionnels dans les hôpitaux de District. Un état des lieux a été réalisé dans le cadre de la gestion des déchets et eaux usées dans 02 hôpitaux (Hôpital Laquintinie de Douala, et Hôpital Jamot de Yaoundé). Pour les actions de nutrition à haut impact, 934 personnels de santé ont été formés à la prise en charge de la malnutrition, et 60 Agents de Santé, 165 Agents de Relais Communautaires, sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans la Région de l'Extrême-Nord l'Est, de l'Adamaoua, du Nord. Des contrôles sanitaires ont été effectués dans 200 boulangeries avec scellage de 10 pour mauvaises conditions d'hygiène. Création du comité interministériel de lutte contre la mal nutrition.

40 incinérateurs sur les 80 attendus sont fonctionnels dans les hôpitaux de Districts.

La formation de 20 formateurs sur l'administration à domicile des micronutriments.

05 industries de production d'eaux de boissons ont été contrôlées, et de 03 industries polluantes (SONARA, CCC, AZUR) et l'évaluation du système de traitement de déchets dans 2 hôpitaux centraux (HLD et HJY).

Contrôle du fonctionnement de 15 entreprises privées d'hygiènes et le système de traitement des eaux de piscine dans 06 hôtels ont été évalués ; 20 agréments aux sociétés privées d'hygiène.

Organisation de 03 journées mondiales sur les 14 reconnues.

S'agissant de la lutte contre la drogue durant tout 2014, la stratégie de réduction de l'Offre de drogues, s'est matérialisée par l'application des textes en vigueur, notamment par l'organisation des campagnes de saisie de produits stupéfiants et psychotropes, de destruction des pépinières et des champs de cannabis, suivies des opérations d'interpellation, de déferrement et de condamnation des auteurs et complices, avec l'intervention des structures nationales de répression (Police, Gendarmerie, Services de Douane, Services des Eaux et forêt, tribunaux, Services pénitenciers ...). La stratégie de réduction de la demande, s'est matérialisée à travers les actions de prévention primaire, secondaire et tertiaire, planifiées, conduites et coordonnées par le CNLD/MINSANTE avec l'implication des autres administrations membres du Comité National de lutte contre la Drogue. Un accent particulier a été mis dans le renforcement des capacités opérationnelles des acteurs impliqués dans la lutte contre la drogue ; du cadre institutionnel et juridique de lutte contre la drogue et dans la consolidation de la coopération internationale en la matière.

2000 personnes et plusieurs médias ont participé à la marche de sensibilisation sur la prévention du Cancer.

Dans le cadre de la **prise en charge globale et intégrée des maladies**, 19.792 cas de tuberculose dont 11.566 de tuberculose pulmonaire à microscopie positive (TPM+) ont été pris en charge gratuitement. Le taux de guérisons des nouveaux cas de TPM+ est de 82% soit 12 413 guéris sur les 15 103 dépistés. Cependant Le taux de coinfection TB/VIH est de 36%.

Pour le paludisme, 168 267 enfants de moins de 05 ans ont été traités gratuitement du paludisme simple, 29 204 sur 79 354 enfants au paludisme grave et 484 266 femmes enceintes ont bénéficié d'au moins une dose du Traitement Préventif Intermittent(TPI) du Paludisme.

S'agissant de la Maladie à Virus EBOLA, le Cameroun a élaboré un Plan National Opérationnel

de Prévention et de Riposte. Les actions déjà menées sont la mise en place d'un comité national et des comités régionaux multisectoriels de réponses aux épidémies et urgences sanitaires ; l'acquisition des équipements de protection individuelle et de prise en charge d'éventuels cas déclarés positifs ; l'installation des caméras thermiques dans les aéroports de Yaoundé-Nsimalen et de Douala et des thermomètres lasers dans les principaux hôpitaux et les ports maritimes.

Pour la lutte contre les Maladies Tropicales Négligées(MTN), 8 252 171 enfants ont été déparasités contre les vers intestinaux dont 4 521 439 enfants déparasités en milieu scolaire, dans les établissements primaires et secondaires ; 1 916 879 enfants ont été traités contre la schistosomiase.

685 cas de lèpre ont été enregistrés (282 nouveaux cas) et pris en charge ; 111 nouveaux cas d'ulcère de Buruli ont été dépistés et pris en charge ; 530 nouveaux cas de pian ont été notifiés.

7 081 034 personnes atteintes d'Onchocercose, ont été traitées gratuitement soit un taux de couverture thérapeutique de 79,85% et un taux de couverture géographique de 98,97%. Pour la Filariose Lymphatique, 101 185 061 personnes ont été traitées gratuitement soit un taux de couverture thérapeutique de 79,83% et un taux de couverture géographique de 98,62%.

20.2510 enfants de moins de 6 mois ont reçu la Tétracycline; 0.2579.852 enfants et adultes ont été traités par l'Azithromycine.

En outre, Grâce au déploiement sur l'étendue du territoire de 06 ophtalmologues et une vingtaine d'infirmiers spécialisés en ophtalmologie, la demande en soins oculaires est mieux couverte en termes de : chirurgie de la cataracte, lutte contre le glaucome, correction des vices de réfraction. De plus, chaque région dispose désormais d'un Point focal Cécité qui coordonne la lutte auprès du Délégué régional. Le plateau technique en soins oculaires de l'Hôpital central de Yaoundé a bénéficié, d'une réhabilitation avec le soutien de l'ONG américaine Orbis.

En ce qui concerne les Maladies Chroniques Non Transmissibles (MCnT), 12 cliniques du Diabète et de l'Hypertension artérielle ont prises en charge et suivi les patients, 1.371 patients ont été pris en charge dans le cadre de la Lutte contre la rétinopathie diabétique. 500 femmes ont été dépistées et pris en charge gratuitement pour le cancer du col et des seins, et 160 hommes pour le cancer de la prostate. 10 Infirmiers et 10 Médecins ont été formés sur le dépistage du cancer du col de l'utérus par la méthode VIA/VILI ; 16 000 filles âgées de 9 à 13 ans ont été vaccinées contre le Humain Papilloma Virus dans les District de Santé d'Edéa et de Fouban.

33.294 poches de sang ont été collectées dans 14 des 15 banques de sang avec 27.885 poches de sang transfusées, 6.802 donneurs bénévoles ont été enregistrés et 86 personnels des banques de sang ont été formés à la sécurité transfusionnelle.

- Pour le **renforcement du système communautaire**, 57 villages dans les Régions de l'Extrême-Nord, du Nord, et de l'Adamaoua ont mis en œuvre la santé environnementale à travers l'intervention WASH (Water Sanitation Hygiene) qui a permis l'assainissement total piloté par la communauté (ATPC), et dans la prise en charge du choléra, un renforcement des capacités sur les pratiques familiales essentielles à travers l'approche « Bouclier coup de

poing » des acteurs communautaires a été réalisé dans les Régions du Nord, Extrême-Nord, Adamaoua et de l'Est.

- Pour le **Renforcement de la Surveillance Intégrée de la Maladie et Réponse (SIMR)** Dans la surveillance des Maladies à Potentiel Epidémique (MAPE), 05 nouveaux Centres de Prévention et de Lutte contre les Epidémies(CERPLE) ont été mis en place et sont fonctionnels, portant ainsi à 10 le nombre de CERPLE opérationnels.

Il faut signaler que des problèmes ont été rencontrés dans la mise en œuvre de ce programme. Il s'agit notamment de :

- L'afflux massif des réfugiés aux frontières entraînant la recrudescence de plusieurs épidémies ;
- L'inadéquation des codes budgétaires avec les activités inscrites ;
- L'absence d'un médicament essentiel primordial dans la prise en charge de l'éclampsie, le sulfate de magnésie.

La performance du Programme 526 est satisfaisante en 2014 au regard de la réduction de la charge morbide chez les pauvres et les populations les plus vulnérables (35% en 2011, année de référence). Il faut aussi signaler le taux de consommation du budget alloué aux activités qui est de 88,29%.

RÉSULTAT TECHNIQUE OBTENU	Réduction de la charge morbide chez les populations vulnérables	
TAUX DE RÉALISATION DE L'INDICATEUR		
DOTATION DE CRÉDITS RÉVISÉS:	AE 69 991 309 937	CP 68 606 309 937
(écarts = Dot.init - Dot.rev)	Ecart AE 2 877 456 063	Ecart CP 2 877 456 063
CRÉDITS CONSOMMÉS	AE 65 969 365 149	CP 61 553 874 315
TAUX DE CONSOMMATION	94,3 %	89,7 %
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES	<p>Ø Justification du résultat :</p> <p>La charge morbide des populations vulnérables a connu une réduction significative grâce aux résultats de plusieurs actions :</p> <ul style="list-style-type: none"> -237 508 personnes vivant avec le VIH ont été pris en charge gratuitement soit 76% de femmes et 5,3% d'enfants ; -Les médicaments traceurs dont la distribution est gratuite sont passés de 17,6 à 16 jours ; -168 267 enfants de moins de 5 ans ont été traités gratuitement au paludisme simple au ACT et 29 204 ont été traités au paludisme grave ; -le taux de guérison de nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive est passé de 80,3 % en 2012 à 82% soit 12 413 guéris sur les 15 103 dépistés en 2013 (cohorte de malades 2013 analysée en 2014) ; -8 252 171 enfants en milieu scolaire ont bénéficié d'un traitement préventif à l'Albendazole et 1 916 879 enfants au Mectizan ; - 685cas de lèpre dont 282 nouveaux cas ont été pris gratuitement en charge. <p>En ce qui concerne l'utilisation des ressources financières, 4,19% des fonds alloués n'ont pas été utilisés à cause de la lourdeur des procédures.</p>	

PERSPECTIVES 2015	<ul style="list-style-type: none">- 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.
----------------------	--

2.1.4. PERFORMANCES DÉTAILLÉES DU PROGRAMME PAR ACTIONS POUR L'ANNÉE 2014

Action 01 PRÉVENTION DE LA MALADIE ET PROMOTION DE LA SANTÉ

Justification du résultat : le nombre de ménages disposant d'au moins une Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action (MILDA) est de 66% (Enquête post campagne INS août 2013), selon la même source, le taux d'utilisation des MILDA est de 39,3% auprès de la population en général, 46% chez les enfants de moins de 5ans, et 41 % chez les femmes enceintes. Bien que les résultats n'ont pas statistiquement changé, en 2015 la distribution massive des MILDA est prévue et l'évaluation par l'EDS V.

Le **taux de réalisation financière** est de 85%. 15 % des fonds alloués n'ont pas été utilisés à cause de la lourdeur des procédures, de la difficulté à mobiliser les ressources.

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 93.7%	
	Unité de mesure		%					
	Année de référence:		2011					
	Valeur de référence:		36.0					
	Année cible:		2016					
	Valeur Cible		90.0					
	Réalisation exercice (Résultat technique):		65.6 % of households with at least one LLNI (EPC 2013)					
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP
	26 156 200 000	26 156 200 000	37 223 972 095	37 223 972 095	36 938 043 222	27 875 650 815	99,2 %	74,5 %
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION	- La Recrudescence des épidémies telles que la rougeole, le paludisme, et des pandémies (VIH/Sida/IST, Tuberculose.....) démontre de la faible connaissance des populations sur les mesures préventives et de promotion de santé. Ainsi, le MINSANTE pour répondre efficacement aux problèmes de santé posée par les ravages des paludismes graves a décidé d'éduquer, d'informer et Communiquer afin d'éviter les maladies vectorielles.							

<p>ACTIVITES MAJEURES REALISEES (présentation des extraits)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 486 288 femmes enceintes ont reçus gratuitement des MILDA lors des consultations prénatales dans le cadre de la Prévention du paludisme à travers la lutte contre les vecteurs, et 484 266 femmes enceintes ont bénéficié d'au moins une dose du Traitement Préventif Intermittent(TPI) du Paludisme ; - 934 personnels de santé, 225 Agents de Santé Communautaire ont été formés à la prise en charge de la Malnutrition chez les enfants ; - 500 femmes ont été dépistées gratuitement pour les cancers du col et du sein, 160 hommes pour le cancer de la prostate ; 6802 donateurs bénévoles enregistrés et 86 personnels des banques de sang formées à la sécurisation transfusionnelle (Prévention des maladies chroniques non transmissibles); - 57 villages capacité dans la mise en œuvre de l'Assainissement Total Par la Communauté (ATP); l'état des lieux de 02 hôpitaux connu au sujet de la gestion des déchets et eaux usées (Promotion de l'utilisation de l'eau potable et de la santé environnementale avec la mise en œuvre du WASH et de l'Opération bouclier) ; - 02 centres d'isolement et de traitement d'éventuels cas déclarés positifs à la maladie à Virus EBOLA ont été aménagées et installation de 02 caméras thermiques dans les aéroports à Yaoundé et Douala; - 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,...).
<p>JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extraits)</p>	<p>Justification du résultat : le nombre de ménages disposant d'au moins une Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action (MILDA) est de 66% (Enquête post campagne INS août 2013), selon la même source, le taux d'utilisation des MILDA est de 39,3% auprès de la population en général, 46% chez les enfants de moins de 5ans, et 41 % chez les femmes enceintes. Bien que les résultats n'ont pas statistiquement changé, en 2015 la distribution massive des MILDA est prévue et l'évaluation par l'EDS V.</p> <p>Le taux de réalisation financière est de 85%. 15 % des fonds alloués n'ont pas été utilisés à cause de la lourdeur des procédures, de la difficulté à mobiliser les ressources.</p>
<p>Perspectives 2015</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 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

Action 02 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 jours de rupture de stock en médicaments traceurs				TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE 93,75% (FDR 2014)		
	Unité de mesure		j						
	Année de référence:		2011						
	Valeur de référence:		21.0						
	Année cible:		2016						
	Valeur Cible		15.0						
	Réalisation exercice (Résultat technique):		16 days (Roadmap) 2014)						
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE		
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP	
	13 570 400 000	13 535 400 000	12 397 971 163	12 362 971 163	12 113 161 182	4 340 029 313	97,7 %	35,1 %	
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 distribution et de suivi des stocks à tous les niveaux pour réduire la durée des pénuries en médicaments et consommables médicaux essentiels, tout en Contrôlant la qualité des médicaments, réactifs et dispositifs médicaux du pays.								
ACTIVITES MAJEURES REALISEES (présentation des extraits)	<ul style="list-style-type: none"> -Mise à disposition des médicaments, réactifs et dispositifs médicaux dans les formations sanitaire; -Information, Education et Communication auprès des communautés bénéficiaires ; -Mise en place d'un système de distribution, gestion logistique, y compris d'information de qualité; -Promotion de la production locale et valorisation du patrimoine thérapeutique national. 								
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extraits)	<p>Justification du résultat : On a prévu réduire de 17,5 à 15 jours, le nombre de jours de rupture de stock en médicaments traceurs. En 2014, on a atteint 16 jours soit un taux de réalisation technique 93,75% justifiant une consommation des ressources estimée à 93,75%.</p> <p>En ce qui concerne l'utilisation des ressources financières, 16 % des fonds alloués n'ont pas été utilisés à cause de la lourdeur des procédures, de la difficulté à mobiliser les ressources.</p>								
Perspectives 2015	<ul style="list-style-type: none"> Réactualisation de la nomenclature des prix des médicaments homologués ; Projet de mise en place d'un document de définition des normes pharmaceutiques. 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. 								

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 mortalité dans les formations sanitaires				TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE 100%	
	Unité de mesure		%					
	Année de référence:		2011					
	Valeur de référence:		80.0					
	Année cible:		2016					
	Valeur Cible		88.0					
	Réalisation exercice (Résultat technique):		0%					
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP
	20 446 320 000	19 121 320 000	20 175 516 679	18 850 516 679	16 742 878 632	15 539 346 544	83 %	82,4 %
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION	La menace de l'épidémie de la Maladie à Virus EBOLA et l'afflux massif des réfugiés ont entraînés une émergence des maladies et ébranlés le système de prise en charge mis en place.							
ACTIVITES MAJEURES REALISEES (présentation des extraits)	<ul style="list-style-type: none"> - 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.) - Transfusion sanguine et sécurité transfusionnelle - Surveillance intégrées des maladies 							
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extraits)	<p>Justification du résultat : Le taux de létalité du Choléra est resté à 0% en 2014. 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, méningites, Rougeole etc.) soit un taux de réalisation technique 100 %.</p> <p>En ce qui concerne l'utilisation des ressources financières, 15 % des fonds alloués n'ont pas été utilisés à cause de la lourdeur des procédures, de la difficulté à mobiliser les ressources.</p>							
Perspectives 2015	<ul style="list-style-type: none"> - 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,...); - Maintenir l'alerte et surveillance de la Maladie à Virus EBOLA; - Maîtriser l'accroissement des maladies chroniques non transmissible ; - Maintien de la gratuité de la prise en charge du paludisme simple et grave, de la tuberculose par la subvention des services médicaux et des intrants (réactifs, microscopes et autres consommables) 							

Action 04 RENFORCEMENT DU SYSTÈME COMMUNAUTAIRE

OBJECTIF	Renforcer le système communautaire en vue de pérenniser les interventions							
Indicateur	Intitulé:		Niveau d'évaluation des besoins de la communautés				TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE 5%	
	Unité de mesure		%					
	Année de référence:		2011					
	Valeur de référence:		30.0					
	Année cible:		2016					
	Valeur Cible		50.0					
	Réalisation exercice (Résultat technique):		10%					
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP
	12 623 846 000	12 598 846 000	146 850 000	121 850 000	132 654 296	13 756 804 249	90,3 %	11 290 %
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION	le système communautaire reste en restructuration au niveau périphérique et communautaire avec le transfert progressif de la gestion des fonds alloués aux formations sanitaires des aires de Santé aux Collectivités territoriales décentralisées. Néanmoins on note l'absence d'un système robuste de gestion des activités communautaires.							
ACTIVITES MAJEURES REALISEES (présentation des extrants)	Elaboration des directives ; Formation des acteurs communautaires et mise en œuvre des activités WASH; Production et diffusion des données.							
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extrants)	<p>Justification du résultat : l'indicateur a atteint un taux de réalisation technique 5 % justifiant une consommation des ressources estimée à % . Ce qui est du à l'absence du plateau technique des Laboratoires évaluateurs (LANACOME)</p> <p>En ce qui concerne l'utilisation des ressources financières, % des fonds alloués n'ont pas été utilisés à cause de la lourdeur des procédures, de la difficulté à mobiliser les ressources. suite à un faible financement de cette action.</p>							
Perspectives 2015	Mise en œuvre du plan opérationnel du comité interministériel de lutte contre la mal nutrition dans les régions de l'EST, ADAMAOUA, NORD et EN Mobiliser suffisamment des fonds pour assurer un véritable renforcement du système communautaire ;							

Action 05 RENFORCEMENT DE LA SURVEILLANCE INTÉGRÉE DE LA MALADIE ET RÉPONSE (SIMR)									
OBJECTIF	Améliorer la réactivité du système de santé face aux urgences de santé publique								
Indicateur	Intitulé:	Améliorer la réactivité du système de santé face aux urgences de santé publique						TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE 100%	
	Unité de mesure	%							
	Année de référence:	2013							
	Valeur de référence:								
	Année cible:	2016							
	Valeur Cible								
	Réalisation exercice (Résultat technique):	0%							
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE		
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP	
	72 000 000	72 000 000	47 000 000	47 000 000	42 627 817	42 043 394	90,7 %	89 %	
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION	<ul style="list-style-type: none"> - Faible taux de complétude et de promptitude des rapports de notification des maladies à potentiel épidémique et autres affections prioritaires du niveau opérationnel et de certains hôpitaux de 1^{ère} et 2^{ème} catégories - Analyse insuffisante des données épidémiologiques au niveau opérationnel - Insuffisance des ressources humaines, financières, matérielles et logistiques pour la mise en œuvre des activités de SIMR à tous les niveaux - Epidémie de la maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest à forte propagation internationale. 								
ACTIVITES MAJEURES REALISEES (présentation des extraits)	<ul style="list-style-type: none"> - Coordination, supervision des acteurs et suivi des activités de surveillance intégrée des maladies et riposte au niveau central - Préparation à la réponse face à la maladie à virus Ebola (Elaboration d'un plan opérationnel de préparation à la réponse contre l'épidémie de la maladie à virus Ebola, élaboration des directives nationales, renforcement des capacités du personnel soignant et non soignant, renforcement des capacités du laboratoire national de référence, sensibilisation des populations, des communicateurs et des leaders religieux, acquisition et pré positionnement des caméras thermiques, des équipements de protection individuelle et autres intrants, etc.) 								
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extraits)	<ul style="list-style-type: none"> - Les faibles performances en matière de SIMR sont à l'origine de la détection tardive des épidémies et par conséquent de la riposte tardive. - La maladie à virus Ebola constitue une réelle menace de santé publique pour le pays 								
Perspectives 2015	<ul style="list-style-type: none"> - Appui au fonctionnement des Comités de Réponse aux Epidémies et Urgences Sanitaires à tous les niveaux, du Centre de Gestion des Opérations d'Urgence et des Centres Régionaux de Prévention et de Lutte contre les Epidémies - Renforcement des capacités du personnel en matière de SIMR/RSI - Production et diffusion du guide technique de SIMR et autres outils de gestion/sensibilisation - Poursuite de la mise en œuvre des activités du plan opérationnel de préparation à la réponse contre la maladie à virus Ebola - Renforcement de la surveillance à base communautaire et transfrontalière 								

2014

RAPPORT ANNUEL
DE PERFORMANCE

2.2. PROGRAMME 527

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

Responsable du programme

Dr BAYE Martina LUKONG
CONSEILLER TECHNIQUE N° 2

2.2.1. 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 L'ENFANT Action 02: AMÉLIORATION DE LA SANTE DE L'ADOLESCENT Action 03: AMÉLIORATION DE LA SANTÉ DE LA MÈRE	
DOTATIONS INITIALES	AE 23 091 695 000	CP 23 091 695 000
RESPONSABLE DU PROGRAMME	Dr BAYE Martina LUKONG, CONSEILLER TECHNIQUE N° 2	

2.2.2. CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DU PROGRAMME

Afin de contribuer à l'amélioration de la santé reproductive des populations en vue de l'atteinte des objectifs de la stratégie sectorielle de santé, des efforts ont été entrepris par le Gouvernement.

Il s'agissait de mettre en œuvre des interventions visant la prise en charge efficace des problèmes de santé de la mère, de l'enfant, des adolescents/jeunes et de la personne âgée.

Selon les données de la feuille de route 2014, la proportion des accouchements assistés est de 52,23% (soit 245558 accouchements assistés) en 2014 sur les 430 990 assistés visés. Cette performance mitigée s'explique par les goulots d'étranglement tels que la faible utilisation des services de SR et le faible niveau du ratio personnels de santé qualifiés/population cible. Il en est de même des problèmes d'accessibilité financière et géographique, la vétusté des plateaux techniques, l'insuffisance de la complétude des données (accouchements à domicile et dans les Formations Sanitaires (FS) clandestines) et les pesanteurs socio culturelles.

Pour ce qui est de la mortalité maternelle, il faut signaler que la situation s'est légèrement dégradée partant de 669 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2004 à 782 en 2011. Devant cette situation alarmante, un certain nombre d'actions ont été entreprises à savoir :

- Le pré positionnement des kits obstétricaux qui est effectif dans 09 régions sur 10;
- Le renforcement des capacités du personnel en PF et la mise à disposition des intrants contraceptifs ;
- La construction, l'équipement et la mise en fonction de pavillons mère et enfant ;
- La réouverture des écoles des sages-femmes dont la première promotion est sortie en février 2015.

Il est possible que les résultats se soient améliorés mais nous attendons leur publication par le MICS 2014 en cours de validation.

Depuis 2013, le Programme National Multisectoriel de Lutte contre la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infanto-juvénile créé sur instruction du Chef de l'Etat est fonctionnel, s'appropriant ainsi les activités initialement dédiées à la campagne visant l'accélération de la réduction de cette mortalité(CARMMA).

Pour ce qui est de la vaccination, de nouvelles dispositions sont prises afin de faire face à la circulation du poliovirus sauvage, à l'insécurité dans les districts de santé transfrontaliers, à l'afflux massifs des réfugiés en provenance des pays avoisinants et à l'épidémie sous régionale à Ebola. Depuis 2004, nous notons une nette amélioration de la couverture vaccinale. En effet :

- la couverture vaccinale nationale à l'antigène traceur, le Penta 3, est de 86,79% en 2014 contre 82,21% en 2011 ;

- Le taux de couverture de la vaccination contre la poliomyélite est passé de 82,30% à 86,21% en 2014;

- Le taux de couverture au BCG a légèrement régressé de 82,62% en 2004 à 80,33% en 2011 ;

- Pour ce qui est de la rougeole, le taux de couverture est passé de 76,03% à 80,43% en 2014.

Grâce à une étroite collaboration entre le Ministère de la Santé Publique, le Ministère de l'Education de Base et les Collectivités Territoriales Décentralisées, ainsi que le soutien multiforme des partenaires au développement, pendant SASNIM2 (déparasitage, administration de la Vit A, campagne Polio de riposte, dépistage des malnutritions) 4 088 842 enfants de 1 à 5 ans ont été reçus.

Les résultats de l'enquête épidémiologique réalisée en 2011 montrent une baisse significative de la prévalence de la Schistosomiase et des Helminthiases Intestinales au Cameroun.

En 2011, le paludisme a représenté 31% des consultations médicales et a constitué 44% des hospitalisations. Il a été la cause de 18% des décès survenant dans les formations sanitaires du pays. Chez les enfants de moins de 5 ans, 41% des décès ont été liés au paludisme. Face à ce fléau, d'importantes décisions ont été prises et mises en application:

- La gratuité du Traitement Préventif Intermittent du Paludisme chez la femme enceinte depuis 2005;

- La gratuité du traitement du paludisme simple chez les enfants de moins de 5 ans depuis février 2011;

- La distribution de plus de 8 654 731 MILDA en 2011 ;

- La gratuité du traitement du paludisme grave chez les enfants de moins de 5 ans depuis septembre 2013 ;

- La réduction significative des coûts du Test de Diagnostic Rapide (TDR) et des antipaludéens. Ainsi, le TDR coûte 200 F CFA et le traitement du paludisme simple (à l'exception des enfants de moins de 5 ans) varie désormais entre 200 et 250 F CFA dans les formations sanitaires publiques du pays;

- Le traitement complet du paludisme grave chez la femme enceinte à partir du deuxième trimestre de la grossesse par Artésunate injectable / Artéméther injectable coûte 4000 FCFA

- La proportion de femmes enceintes ayant reçu au moins deux doses de Traitement Préventif

Intermittent (TPI) est de TPI1 est passé de 70% en 2012 à 76,28% en 2013, TPI2 est passé de 48% en 2012 à 50,49% en 2013, et TPI3 de 28% en 2012 à 28,95% en 2013 ;

- Une baisse significative de la morbidité palustre a été observée. Celle-ci est passée de 38% en 2009, 31% en 2011, 27% en 2012 et 28,6% en 2013.

Il était prévu de porter le nombre de femmes enceintes dépistées au VIH de 365 690 à 417 932 soit de 35% à 40% de femmes enceintes dépistées au VIH de janvier à décembre 2014. Après révision de la cible, Le nombre de femmes enceintes dépistées au VIH est de 342 523 sur 430 990 attendus de janvier à novembre 2014, soit 79,76% de taux de réalisation. L'objectif a été atteint voire dépassé.

La proportion des femmes enceintes séropositives au VIH sous prophylaxie ARV devait être portée de 70 à 72% (de 12 593 à 12 953) à la fin de l'année de mise en œuvre de la FDR 2014 du MINSANTE. Cette proportion est de 74,47%, soit 9 717 femmes enceintes séropositives au VIH sous prophylaxie ARV de janvier à novembre 2014. L'objectif a été atteint voire dépassé.

2.2.3. PERFORMANCE GLOBALE DU PROGRAMME EN 2014

RÉSULTAT TECHNIQUE OBTENU	46 pour 1000 naissances vivantes (2014)	
TAUX DE RÉALISATION DE L'INDICATEUR	1,91 %	
DOTATION DE CRÉDITS RÉVISÉS:	AE 22 892 393 685	CP 22 892 393 685
(écarts = Dot.init - Dot.rev)	Ecart AE 199 301 315	Ecart CP 199 301 315
CRÉDITS CONSOMMÉS	AE 22 724 029 029	CP 22 963 795 233
TAUX DE CONSOMMATION	99,3 %	100,3 %
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES	Le ratio de mortalité infantile est un indicateur d'impact. A cet effet, ils sont mesurés pour une période donnée. Ces données sont obtenues grâce aux enquêtes type EDS/MICS. Les prochaines enquêtes sont prévues en 2015 et 2016. Toutefois, on peut avoir annuellement des indicateurs de processus. Source chaîne de résultats	
PERSPECTIVES 2015	Améliorer la santé maternelle, infantile et infanto-juvénile à travers les stratégies multisectorielles à haut impact	

2.2.4. PERFORMANCES DÉTAILLÉES DU PROGRAMME PAR ACTIONS POUR L'ANNÉE 2014

Action 01 AMÉLIORATION DE LA SANTÉ DE L'ENFANT									
OBJECTIF	Améliorer le taux d'accouchements assistés								
Indicateur	Intitulé:	Couverture vaccinale En penta 3						TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE 96.34 %	
	Unité de mesure	%							
	Année de référence:	2011							
	Valeur de référence:	80.0							
	Année cible:	2016							
	Valeur Cible	87.0							
	Réalisation exercice (Résultat technique):	86.71 % (Chaîne de résultats 2014)							
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE		
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP	
	1 961 000 000	1 961 000 000	1 961 000 000	1 961 000 000	1 796 498 216	503 017 628	91,6 %	25,7 %	
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 extraits)	<p>Surveillance active des Maladies de l'adolescent évitables par la vaccination,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acquisition de vaccins (Couverture Vaccinale nationale et dans 6/10 régions = 80% pour tous les antigènes offerts en routine, Introduction avec succès du vaccin contre les diarrhées à Rotavirus, Amélioration des indicateurs de sensibilité du système de surveillance des maladies évitables par la vaccination, notamment ceux relatifs a la surveillance des Paralysies Flasques Aigues (PFA), Amélioration de la qualité des Activités de Vaccination Supplémentaires organisées en riposte aux épidémies de Poliomyélite, Fièvre Jaune et Rougeole), - 86,71% de couverture vaccinale en Penta 3 - 705 726 enfants de 0 à 11 mois vaccinés au Penta 3 en 2014 - 10 campagnes de vaccination contre la polio vaccinés avec à chaque fois 5 806 000 enfants de 0 à 5 ans vaccinés en moyenne par campagne. 								
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extraits)	<p>La baisse de performance à 86,71% en 2014 est due à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la mise en œuvre insuffisante des stratégies avancées pour rattraper les enfants perdus de vue, - le conflit de calendrier du à la multiplicité des campagnes de vaccination contre la polio, - l'insuffisance en ressources humaines au niveau opérationnel. 								
Perspectives 2015	<ul style="list-style-type: none"> - Une bonne planification au niveau du programme - Une bonne gouvernance (coordination et renforcement des capacités des gestionnaires) 								

Action 02 AMÉLIORATION DE LA SANTE DE L'ADOLESCENT

OBJECTIF	Améliorer la prise en charge clinique des adolescents et des OEV								
Indicateur	Intitulé:							TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE	
	Unité de mesure								
	Année de référence:								
	Valeur de référence:								
	Année cible:								
	Valeur Cible								
	Réalisation exercice (Résultat technique):								
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE		
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP	
	55 800 000	55 800 000	41 000 000	41 000 000	37 137 128	32 331 015	90,6 %	78,9 %	
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION	<ul style="list-style-type: none"> - 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 programmes de la santé des adultes - L'intitulé de l'indicateur mal formulé d'où résultat non atteint 								
ACTIVITES MAJEURES REALISEES (présentation des extrants)	Développement des services de suivi de la SRA.								
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extrants)	Crédits virés								
Perspectives 2015	<ul style="list-style-type: none"> - 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 								

Action 03 AMÉLIORATION DE LA SANTÉ DE LA MÈRE

OBJECTIF	Améliorer le taux d'accouchement assisté							
Indicateur	Intitulé:		Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié				TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE 89.86 %	
	Unité de mesure		%					
	Année de référence:		2011					
	Valeur de référence:		40.0					
	Année cible:		2016					
	Valeur Cible		60.0					
	Réalisation exercice (Résultat technique):		53.92 % (FDR 2014)					
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP
	21 074 895 000	21 074 895 000	20 890 393 685	20 890 393 685	20 890 393 685	22 428 446 590	100 %	107,4 %
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION	<p>- 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.</p> <p>- La première phase en décembre 2011 concernait les régions de l'Extrême-nord et du Nord</p> <p>- La seconde phase en décembre 2012 concernait l'Adamaoua et le Nord-ouest.</p> <p>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.</p>							
ACTIVITES MAJEURES REALISEES (présentation des extraits)	<ul style="list-style-type: none"> - 184 889 accouchements avec les Kits Obstétricaux - 6 pavillons mère et enfants construits - Suivi et coordination des activités - Coordination du programme Sante de la Mère de l'enfant et de l'adolescent (direction de la sante familiale). <p>Source : Chaîne de résultats 2014</p>							
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extraits)	<ul style="list-style-type: none"> - Le taux de réalisation ne prend pas en compte les données de la région de l'ouest qui n'était pas encore enrôlée dans la stratégie des kits obstétricaux. Par ailleurs, il faut noter la rupture d'intrants dans certains districts au cours de l'année 2014 qui a contribué à la réduction de l'atteinte des objectifs. - Les FS ont bénéficié des dotations en kit obstétricaux pour les uns et à ont continué à renouveler leur stocks pour les autres. La disponibilité des kits a favorisé l'utilisation des services pour les accouchements - L'assistance qualifiée de l'accouchement permet de prendre en charge de façon optimale les complications liées à l'accouchement 							
Perspectives 2015	<ul style="list-style-type: none"> - Une bonne planification au niveau du programme - Une bonne gouvernance (coordination et renforcement des capacités des gestionnaires) 							

2014

RAPPORT ANNUEL
DE PERFORMANCE

2.3. PROGRAMME 528

VIABILISATION DU DISTRICT DE SANTÉ

Responsable du programme

DANZABE Samuel
CONSEILLER TECHNIQUE N° 2

2.3.1. PRÉSENTATION DU PROGRAMME

OBJECTIF	Porter 80 % des DS à la 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:	2012
	Valeur Cible	17.0
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: DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES Action 04: AMÉLIORATION DU PARTENARIAT ET DU DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES ET FINANCEMENT	
DOTATIONS INITIALES	AE 49 012 951 800	CP 48 492 951 800
RESPONSABLE DU PROGRAMME	DANZABE Samuel, CONSEILLER TECHNIQUE N° 2	

2.3.2. CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DU PROGRAMME

La Viabilisation du District de Santé est une émanation de la politique des soins de santé primaire décidée par la Communauté internationale en 1978 et adoptée par le Cameroun en 1982. Elle vise une meilleure coordination locale des interventions de santé.

L'objectif poursuivi dans ce programme est de rendre les Districts de Santé du Cameroun autonomes. Pour l'horizon 2019, nous nous proposons de porter 80% des Districts de Santé à la phase de consolidation.

La mise en œuvre de ce programme au cours de l'année 2014 a été affectée par :

- La faible appropriation par les principaux acteurs de la notion de budget programme ;
- La faible mobilisation sociale pour le changement de comportement des populations vers l'accès aux soins dans les FOSA publiques et privées ;
- La non disponibilité des résultats des enquêtes (EDS, MICS, INS) ;
- La crise économique mondiale qui affecte les ressources disponibles ;
- La difficulté de suivre la mise en œuvre des activités de la décentralisation ;
- Les problèmes d'insécurité aux frontières ;
- Le déficit important en ressources humaines justifié par le faible niveau de recrutement et les départs massifs et précoces à la retraite ;
- La faiblesse du système d'information ;
- L'insuffisance des ressources nécessaires allouées au suivi opérationnel et à la coordination des activités du programme.

2.3.3. PERFORMANCE GLOBALE DU PROGRAMME EN 2014

RÉSULTAT TECHNIQUE OBTENU		
TAUX DE RÉALISATION DE L'INDICATEUR		
DOTATION DE CRÉDITS RÉVISÉS:	AE 8 354 880 350	CP 7 834 880 350
(écarts = Dot.init - Dot.rev)	Ecart AE 40 658 071 450	Ecart CP 40 658 071 450
CRÉDITS CONSOMMÉS	AE 7 497 600 937	CP 55 356 188 669
TAUX DE CONSOMMATION	89,7 %	706,5 %
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES		
PERSPECTIVES 2015	<ul style="list-style-type: none"> - Pour la période de référence 2015, des efforts seront concentrés pour l'accélération des procédures de passation et d'attribution des marchés ; - Programmation des travaux neufs en deux (02) ou trois ans maximum avec AE ? CP ; - Programmer également les études dont la durée minimale est de 6mois à deux (02) ans avec AE ? CP et CP faible la 1ère année ; - En ce qui concerne le développement des ressources humaines, il sera principalement question d'accroître le renforcement des capacités des personnels, d'améliorer la gestion des ressources humaines : poursuivre avec la mise en œuvre du plan de fidélisation au poste de travail dans les zones rurales d'accès difficile, de suivre et évaluer la mise en œuvre du PDRH, poursuivre le processus de déconcentration de la gestion des ressources humaines, poursuivre le dialogue social...Pour ce qui est du partenariat et du financement, il est question entre autres, de poursuivre avec la mise en œuvre du projet « value for result » dans certains districts de santé, Anticipation sur la mobilisation de la contre partie gouvernementale en vue de l'exécution des projets à financement conjoint ; Partage d'expériences de développement des Partenariats Public-Privé dans le secteur de la santé ;Attraction et encouragement des acteurs actuels voire des potentiels partenaires nationaux et internationaux à accroître leurs appuis financiers dans le domaine de la santé ; d'Identifier des potentiels guichets de financement de la santé ; 	

2.3.4. PERFORMANCES DÉTAILLÉES DU PROGRAMME PAR ACTIONS POUR L'ANNÉE 2014

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	
	Unité de mesure	%							
	Année de référence:	2011							
	Valeur de référence:	58.0							
	Année cible:	2016							
	Valeur Cible	90.0							
	Réalisation exercice (Résultat technique):								
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE		
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP	
	5 629 909 800	5 129 909 800	5 296 443 968	4 796 443 968	4 588 713 636	3 885 043 708	86,6 %	81 %	
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION	En plus de l'accessibilité financière, la bonne prise en charge sanitaire des populations passe par une accessibilité géographique pour la majorité des dites populations. Cette accessibilité géographique demande que 80% des personnes malades ne parcourent pas plus 05 km avant d'accéder à une formation sanitaire, soit 01 heure de route de marche à pied. D'où la nécessité de rapprocher les formations sanitaires des malades en les construisant, les équipant et en y mettant le personnel nécessaire.								
ACTIVITES MAJEURES RÉALISÉES (présentation des extraits)	<ul style="list-style-type: none"> - 11 nouveaux CSI sur 25 programmés ont été construits. - 76 CSI sur 155 programmés ont été équipés. - 12 CSI abandonnés sur 58 recensés ont été achevés - 26 infrastructures de proximité développées sur les 62 programmées. 								
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extraits)	<p>Ce résultat s'explique surtout pour deux raisons fondamentales à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 2015	Poursuivre avec le politique renforcement de l'offre de services et de soins de santé à travers la construction et le relèvement des plateaux techniques des formations sanitaires.								

Action 02 REMISE À NIVEAU DES FORMATIONS SANITAIRES DE 1IERE, 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:		2012							
	Valeur de référence:		0.0							
	Année cible:		2016							
	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		
	60 000 000	60 000 000	59 996 880	59 996 880	32 148 181	14 000 000	53,6 %	23,3 %		
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 extraits)	<ul style="list-style-type: none"> - 03 hôpitaux de référence, l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Douala (HGOPED), Centre National des Urgences de Yaoundé (CURY) et l'Hôpital de référence de Sangmélina(HRS) ont vu leurs travaux achevés et leurs équipements installés .leur mise en service est éminente ; - L'hôpital général de Douala a acquis un scanner ; - 06 hôpitaux régionaux ont été partiellement réhabilités. 									
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extraits)	<p>Ce résultat s'explique surtout pour deux raisons fondamentales à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. - Le problème de maturité des projets inscrits dans le budget 									
Perspectives 2015	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 DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES

OBJECTIF	Résorber le déficit en ressources humaines de la santé							
Indicateur	Intitulé:		Nombre de personnels (médecin, infirmier, sage femme) de santé pour 1000 habitants				TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE	
	Unité de mesure		%					
	Année de référence:		2011					
	Valeur de référence:		5.0					
	Année cible:		2016					
	Valeur Cible		15.0					
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP
	25 954 042 000	25 954 042 000	614 970 602	614 970 602	549 345 495	16 907 393 625	89,3 %	715,5 %
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION	<p>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, à cette situation de crise générale s'ajoute le problème de insuffisance des spécialistes et aussi du suivi de gestion des carrières.</p> <p>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.</p> <p>L'élaboration, la mise en œuvre et le suivi-évaluation du Plan de ce plan sont conçues dans une approche qui intègre les contributions des parties prenantes. la mise en œuvre et le suivi-évaluation des politiques et plans stratégiques de développement des ressources humaines sont conduits par la Direction des Ressources Humaines du Ministère de la Santé Publique.</p>							
ACTIVITES MAJEURES REALISEES (présentation des extraits)	<ul style="list-style-type: none"> - 1035 personnels recrutés (183 Sages-femmes, 22 pharmaciens, 90 Aides soignants dont 59 option Santé Communautaire, 20 dentistes, 117 Médecins généralistes, 91 spécialistes) - 229 personnels ont été fidélisés dans les zones d'accès difficile - 93 formations sanitaires ont été enrôlées dans le mécanisme PBF - Démarrage de la nouvelle filière Agents Techniques Médico-Sanitaires option : Préposés de morgue avec 31 élèves 							
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extraits)	<ul style="list-style-type: none"> - Les recrutements sont indépendants de la planification des besoins en personnel du MINSANTE. Le MINSANTE reste le ministère employeur et doit de ce fait se contenter de poursuivre le plaidoyer auprès du MINFOPRA ; - Le départ massif (800 à 1000 personnels par an) à la retraite - La fuite des cerveaux 							
Perspectives 2015	<ul style="list-style-type: none"> - 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 : poursuite de la 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 ; <p>Assurer le traitement solde des personnels de santé.</p>							

Action 04 AMÉLIORATION DU PARTENARIAT ET DU DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES ET FINANCEMENT									
OBJECTIF	Améliorer le financement de la santé								
Indicateur	Intitulé:	Proportion du budget national allouée à la santé						TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE	
	Unité de mesure	%							
	Année de référence:	2012							
	Valeur de référence:	5.0							
	Année cible:	2016							
	Valeur Cible	15.0							
	Réalisation exercice (Résultat technique):								
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE		
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP	
	17 369 000 000	17 349 000 000	2 383 468 900	2 363 468 900	2 327 393 625	16 907 393 625	97,6 %	715,4 %	
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION	<ul style="list-style-type: none"> - Au regard de l'engagement pris par les chefs d'Etat à Abuja de porter à 15% la part de la Santé dans le budget de l'Etat, on constate que ladite proportion est toujours en deçà de ce pourcentage d'où d'améliorer la stratégie partenariale pour accroître le financement de la santé à travers : <ul style="list-style-type: none"> - La révision de la stratégie - La mise en place et l'opérationnalisation de nouveaux mécanismes de financement - Le développement du partenariat comme levier d'action pour le financement de la Santé. 								
ACTIVITES MAJEURES REALISEES (présentation des extraits)	<ul style="list-style-type: none"> - 1 Forum Sous régional sur le partenariat public privé a été organisé assorti de la signature de la Déclaration de Yaoundé - 14 projets à financement conjoint réalisés - Mobilisation effective des fonds de contrepartie pour la réalisation de 14 projets à financement conjoint à hauteur de FCFA 2 144 850 000 soit 85,7% - Signature de 14 contrats d'exécution pour l'acquisition des matériels et équipements avec les formations sanitaires jouant le rôle d'Hôpitaux de district ; - Taux d'exécution du budget du MINSANTE 88 % 								
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extraits)	<ul style="list-style-type: none"> - 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. - Contrainte budgétaire. 								
Perspectives 2015	<ul style="list-style-type: none"> - 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. 								

2014

RAPPORT ANNUEL
DE PERFORMANCE

2.4. PROGRAMME 530

GOUVERNANCE ET APPUI INSTITUTIONNEL DANS LE SECTEUR
SANTE

Responsable du programme

Dr LOUDANG Marlise
CONSEILLER TECHNIQUE N° 2

2.4.1. PRÉSENTATION DU PROGRAMME

OBJECTIF	Améliorer la coordination des services et assurer la bonne mise en œuvre des programmes au MINSANTE	
Indicateur	Intitulé:	Indice de satisfaction de l'utilisateur
	Unité de mesure	%
	Valeur de référence:	40.0
	Année de référence:	2013
	Valeur Cible	80.0
	Année cible:	2015
ACTIONS DU PROGRAMME	Action 05: AMÉLIORATION DU CADRE DE TRAVAIL Action 06: COORDINATION ET SUIVI DES ACTIVITÉS DES SERVICES Action 08: DÉVELOPPEMENT DU SYSTÈME D'INFORMATION SANITAIRE AU MINSANTE Action 09: ETUDES STRATÉGIQUES ET PLANIFICATION Action 10: GESTION BUDGÉTAIRE ET FINANCIÈRE Action 11: RENFORCEMENT/DYNAMISATION DU CONTRÔLE SOCIAL Action 12: RENFORCEMENT DU PROCESSUS GESTIONNAIRE Action 13: CONTRÔLE ET AUDIT INTERNE	
DOTATIONS INITIALES	AE 22 801 587 200	CP 22 801 587 200
RESPONSABLE DU PROGRAMME	Dr LOUDANG Marlise, CONSEILLER TECHNIQUE N° 2	

2.4.2. CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DU PROGRAMME

L'état de santé des populations a toujours constitué une réelle préoccupation des pouvoirs publics au Cameroun et le Gouvernement dans ses documents stratégiques tel le DSCE, considère "le bon état de santé des populations" comme l'un des leviers importants de développement, ce qui justifie l'affectation de ressources considérables fussent-elles insuffisantes, au secteur santé.

En effet, la mise en œuvre du programme 530 du Ministère de la Santé Publique a souffert en 2014 de la crise économique mondiale caractérisée par la baisse des revenus de l'Etat, de la non appropriation de la réforme budgétaire par les principaux acteurs du programme et de l'inadéquation entre les ressources allouées au programme et les objectifs fixés.

Nonobstant ces difficultés, le MINSANTE œuvre pour s'arrimer aux réformes conduites dans l'administration camerounaise au rang desquelles figurent la Gestion Axée sur les Résultats (GAR) avec l'exigence de performance des administrations publiques et l'entrée en vigueur en 2013 de la loi N°2007/006 du 26 décembre 2007 portant Régime Financier de l'Etat, qui décline les principes de gestion à observer par les administrations.

Aussi, parmi les principaux maux qui ont miné l'exécution du programme, on peut citer :

- Des insuffisances managériales de gestion des responsables des structures de santé de toutes catégories dont des formations sanitaires ;
- Des détournements des malades et des recettes des hôpitaux par leurs personnels ;
- De multiples abus des malades par les personnels (surfacturation des actes et des

médicaments, monnayage des soins et arnaques, prescriptions irrationnelles, vols des médicaments des malades,...) ;

- Le non respect de l'éthique et des déontologies professionnelles ;
- L'iniquité dans la répartition des quotes-parts aux personnels des formations sanitaires ;
- L'exercice illégal des professions de santé ;
- La désertion par les professionnels de santé des hôpitaux situés dans les zones périphériques des villes principales et dans les zones reculées ;
- Les trafics illicites des médicaments, des organes, des corps et des bébés.

Par ailleurs, le document de Stratégie Nationale de Lutte contre la Corruption élaboré sous le pilotage de la Commission Nationale Anti Corruption (CONAC) révélait que le secteur de la santé figurait parmi les secteurs les plus en proie à la corruption et situait l'intensité de la corruption à 7,56 sur 10 en 2010 dans ce secteur.

Au vu de tout ce qui précède et dans le souci d'améliorer la performance des structures de santé notamment la qualité de la prise en charge des usagers des hôpitaux, le département de la santé a œuvré pour un meilleur environnement de travail de son personnel tout en renforçant la gouvernance du secteur à travers une meilleure coordination et un contrôle plus accru des services, une lutte menée contre la corruption et contre tout abus des malades ainsi que l'assainissement du secteur.

La recherche opérationnelle en santé humaine ainsi que le développement du système d'information sanitaire ont également été des préoccupations pour le département dans l'optique d'un meilleur suivi des indicateurs de sante et d'une meilleure définition des priorités de santé publique.

2.4.3. PERFORMANCE GLOBALE DU PROGRAMME EN 2014

RÉSULTAT TECHNIQUE OBTENU	ND	
TAUX DE RÉALISATION DE L'INDICATEUR	ND, l'étude lancée à cet effet n'a pas abouti malgré la sélection du prestataire du fait de lenteurs et lourdeurs dans les procédures de passation de marché.	
DOTATION DE CRÉDITS RÉVISÉS:	AE 66 536 416 028	CP 66 536 416 028
(écarts = Dot.init - Dot.rev)	Ecart AE 22 801 587 200	Ecart CP 22 801 587 200
CRÉDITS CONSOMMÉS	AE 65 013 647 789	CP 64 034 595 716
TAUX DE CONSOMMATION	97,7 %	96 %
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES	<p>Ce programme contribue à améliorer la coordination et la mise en œuvre des programmes au MINSANTE. Pour cela les Actions ci-après ont été mises en œuvre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amélioration du cadre de travail ; - Coordination et suivi des activités des services ; - Développement du Système d'Information Sanitaires (SIS); - Etudes stratégiques et planification ; - Gestion budgétaire et financière ; - Contrôle et audit interne. <p>S'agissant de l'amélioration du cadre de travail, et plus particulièrement l'amélioration de la célérité dans le traitement des dossiers, le service d'accueil des usagers, du courrier et de liaison a été érigé en Sous-direction de l'accueil du courrier et de liaison. Cette transformation a permis de</p>	

croître le rendement de la structure en terme d'accueil des usagers, d'orientation, ventilation et traçabilité dans le traitement des dossiers. A cet effet, un processus d'informatisation est en cours avec une provision budgétaire destinée à l'équipement informatique. Par ailleurs, la mise en place d'un système d'information à travers l'aménagement d'un espace aquarium est en cours. En outre, la Sous-direction a acquis quatre (04) copieurs performants pour la reproduction de tous les dossiers et actes signés. De même, la visibilité des actes du département sur les médias audiovisuel a été améliorée (communiqués et publications divers à l'instar de ceux portant sur le retrait de médicaments non conformes du marché national).

En ce qui concerne la coordination et le suivi des activités des services, 49 réunions de coordination des services centraux sur les 52 programmées ont effectivement été tenues, 04 réunions trimestrielles de coordination élargies aux Délégations Régionales de la Santé Publique ont été tenues dans le cadre de l'évaluation de la mise en œuvre de la Feuille de Route 2014.

En outre, pour le renforcement du processus gestionnaire, il a été procédé à l'informatisation du processus de dépôt des candidatures aux concours d'entrée dans les écoles de formation des personnels médico-sanitaires et sages-femmes édition 2014 grâce au développement d'une application web, les réflexions entamées en 2014 dans le cadre de l'amélioration du traitement des actes de carrière des personnels du MINSANTE permettront de passer à l'automatisation du processus à partir du 1^{er} février 2015.

La disponibilité de l'information sanitaire et le contrôle de la qualité des services hospitaliers, a été entièrement pris en charge par l'Etat à hauteur de **133 600 000** FCFA.

Concernant la carte sanitaire, 30% des 144 indicateurs de la Carte Sanitaire retenus ont été effectivement renseignés. Quant à la mise à disposition du rapport des CNS, le rapport des tout premiers CNS du Cameroun pour l'année 2011, a été rendu disponible le 14 juin 2014.

Quant à la gestion budgétaire et financière, une session de renforcement des capacités des économistes et régisseurs des recettes à la gestion des recettes hospitalières a été organisée dans chaque région. Par ailleurs, il a été produit la synthèse annuelle des recettes hospitalières de l'exercice 2014, ainsi que le projet de performance et le plan de travail annuel du MINSANTE pour l'exercice 2015.

En ce qui concerne les études stratégiques et la planification, un ensemble de produits a été élaboré en conformité avec le budget programme. Elle s'est faite de façon participative, notamment au niveau central et déconcentré, principalement en collaboration avec le MINEPAT et le MINFI. Les produits sont les suivants : le Rapport Annuel de Performance (RAP) 2013, le rapport d'évaluation de la mise en œuvre de la Feuille de Route (FDR) 2014, le rapport annuel de suivi des activités du MINSANTE, le Plan d'Actions Prioritaires (PAP) 2015-2019, le Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) 2015-2017, la chaîne des résultats 2014, le Rapport Annuel de Performance (RAP) 2014 et le Plan de Travail Annuel 2015.

Pour ce qui est du contrôle et de l'audit interne, au cours de l'année 2014, le MINSANTE a intensifié les missions d'investigation et de contrôle. Cent trente trois (133) structures de santé et établissements pharmaceutiques publics et privés ont été contrôlés contre une cinquantaine en 2013. Le développement d'outils de transparence et de dénonciation dans les hôpitaux a permis d'enregistrer 331 dénonciations/requêtes / plaintes en 2014 contre 162 en 2013. 200 de ces dénonciations, soit 60.42% ont été traitées Ce qui a entraîné 167 sanctions négatives aux personnels. Par ailleurs, 53 personnels ont reçu des sanctions positives dans le cadre de la promotion des valeurs au travail. Les meilleurs personnels des hôpitaux ont également été primés.

Dans le cadre de la lutte contre la vente illicite de médicaments, la valeur des stocks des médicaments de la rue saisis et détruits en 2014 est évaluée à 541 383 736 F CFA.

Les jalons des Initiatives à Résultats Rapides (IRR) de lutte contre la corruption expérimentés dans le cadre d'un projet pilote initié par la CONAC ont été traduits en directive ministérielle prescrivant des mesures de renforcement de la gouvernance et de la sécurisation des recettes et des biens des formations sanitaires. L'évaluation de leur mise en œuvre qui se fait au cours des missions d'inspection permet de mesurer leur degré d'appropriation par les hôpitaux.

S'agissant de l'évaluation de la valeur de l'indice de satisfaction des usagers permettant de mesurer les progrès du département en matière de gouvernance, le MINSANTE a initié une enquête. Un prestataire a été sélectionné par la Commission Ministérielle de Passation des Marchés à cet effet. Un comité de suivi et de pilotage de cette étude a été mis sur pied par le Chef de Département.

	<p>Malheureusement, l'étude n'a pas abouti malgré la sélection du prestataire du fait de lenteurs et lourdeurs dans les procédures de passation de marché.</p> <p>Parallèlement, sur la base d'une fiche d'enquête, il a été instruit aux hôpitaux centraux et régionaux de procéder trimestriellement à une évaluation de la satisfaction des bénéficiaires de leurs services. Sur les trois hôpitaux centraux, seul un hôpital a pu obtenir 67% dudit indicateurs.</p> <p>L'élaboration d'un code éthique des professionnels de santé et la mise en place d'une Mutuelle des Personnels de Santé (MUPESAP) se poursuivent et devront contribuer à l'assainissement des pratiques et à l'amélioration de l'accès des personnels du secteur aux soins de santé.</p> <p>Dans le cadre du renforcement du dispositif réglementaire et normatif, le processus d'élaboration du manuel des procédures administratives a été amorcé. Le guide de l'utilisateur identifiant les procédures a été validé. Toutes les conventions mettant en place les Fonds Régionaux de Promotion de la Santé Publique ont été signées et approuvées par Monsieur le Premier Ministre, Chef du Gouvernement.</p> <p>Par ailleurs, le processus d'élaboration de l'avant projet de Loi portant réforme hospitalière est engagé. Se poursuit aussi la mise en place des Centres de Vaccination Internationaux et les Postes de Santé aux frontières. La réactualisation du recueil de texte dans ses versions française et anglaise est en cour. Depuis 04 ans, le Ministère de la Santé Publique est engagé dans les contentieux délicats auprès des juridictions nationales.</p> <p>S'agissant du renforcement du processus gestionnaire, des mesures ont été prises pour renforcer le management des structures au MINSANTE.</p> <p>Le renforcement et la dynamisation du contrôle social a été pris en compte dans le programme Viabilisation du District de Santé pour renforcer le système communautaire.</p>
PERSPECTIVES 2015	<ul style="list-style-type: none"> - Accentuer les activités de promotion des financements de la recherche en santé; - Sensibiliser les chercheurs sur les procédures administratives et éthiques qui régulent la recherche en santé humaine ; - Renforcer la coordination au niveau régional ; - Organiser des séminaires de sensibilisation et de formation des acteurs à la nouvelle réforme budgétaire ; - Informatiser la préparation du budget et le suivi financier des activités du MINSANTE ; - Production à temps des indicateurs clés de santé ; - Extension de la dimension cartographique de la Carte Sanitaire aux Districts et Aires de Santé avant fin décembre 2015 ; - Sensibilisation des acteurs impliqués dans le processus de planification et de programmation ; - Elaboration du guide de planification en santé ; - Intensifier les missions d'audit interne notamment dans les services centraux et les programmes de santé ; - Pourvoir les Inspections Générales en véhicules et autres équipements de travail ; - Continuer les sessions annuelles de formation des inspecteurs en techniques de vérification / audit internes en s'appuyant sur le MINCONSUPE et l'ISMP ; - Instaurer un contrôle de qualité des inspections (comité de relecture des rapports, ...) ; - Réorganiser la lutte contre les médicaments contrefaits et de la rue dans le secteur santé.

2.4.4. PERFORMANCES DÉTAILLÉES DU PROGRAMME PAR ACTIONS POUR L'ANNÉE 2014

Action 05 AMÉLIORATION DU CADRE 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 0%	
	Unité de mesure	%								
	Année de référence:	2013								
	Valeur de référence:	0.0								
	Année cible:	2016								
	Valeur Cible	80.0								
	Réalisation exercice (Résultat technique):	ND								
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE			
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP		
	2 768 550 000	2 768 550 000	46 542 177 560	46 542 177 560	45 342 497 312	45 261 307 352	97,4 %	97,2 %		
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION	<p>Les structures déconcentrées ont fait remonter dans le cadre des activités de la préparation du budget 2014, un important besoin en logistique de travail, notamment en matériel roulant, informatique, et de communication.</p> <p>Par ailleurs, au niveau central cette action est mise en œuvre dans un contexte marqué par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 RÉALISÉES (présentation des extraits)	<p>25 véhicules réparés 20 véhicules maintenus</p> <p>Les bâtiments des services centraux et 10 bâtiments de DRSP ont été sécurisés</p> <p>01 bâtiment de DRSP Adamaoua réhabilité 01-bâtiment de DRSP Adamaoua équipé en mobilier de bureau 01 Magasin de la DRSP Adamaoua 01 véhicule de fonction</p> <p>Le matériel roulant des DRSP a été maintenu</p> <p>02 ambulances 01 magasin des intrants de nutrition construit</p> <p>Des forages dans les formations sanitaires</p> <p>La dette du MINSANTE a été réduite de 500 millions</p> <p>DRSP de l'EST a été étendue DRSP du Sud a réhabilité son ancien bâtiment et a acquis de nouveaux équipements DRSP Ouest a été équipée en matériel informatique</p> <p>Du matériel d'hôtellerie et de buanderie a été acquis à l'Hôpital Général de Yaoundé</p>									

JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extraits)	<p>Les extraits ci-dessus ont permis d'améliorer :</p> <ul style="list-style-type: none">- 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 2015	<p>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</p>

Action 06 COORDINATION ET SUIVI DES ACTIVITÉS DES SERVICES

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 95%	
	Unité de mesure		nb					
	Année de référence:		2013					
	Valeur de référence:		46.0					
	Année cible:		2016					
	Valeur Cible		52.0					
	Réalisation exercice (Résultat technique):		49					
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP
	4 160 310 200	4 160 310 200	3 663 564 432	3 663 564 432	3 365 225 455	3 342 819 914	91,9 %	91,2 %
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 2014 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)	<ul style="list-style-type: none"> - 02 Rapports d'activités semestriels - 02 Rapports semestriels de mise en œuvre de la FDR ministérielle 							
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extrants)	<ul style="list-style-type: none"> - Réunions de coordination non tenues pour journées fériées - 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 : <ul style="list-style-type: none"> - 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 2015	Renforcer la coordination au niveau régional							

Action 08 DÉVELOPPEMENT DU SYSTÈME D'INFORMATION SANITAIRE AU MINSANTE

OBJECTIF	Rendre disponible l'information sanitaire au MINSANTE							
Indicateur	Intitulé:		Niveau d'actualisation de la carte sanitaire et des comptes nationaux de santé				TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE 100%	
	Unité de mesure		%					
	Année de référence:		2013					
	Valeur de référence:							
	Année cible:		2013					
	Valeur Cible							
Réalisation exercice (Résultat technique):		100						
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP
	93 200 000	93 200 000	73 200 000	73 200 000	71 529 574	64 517 943	97,7 %	88,1 %
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION	<p>Cette action a été mise en œuvre dans un contexte marqué par les défis ci-après :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Parachèvement du processus d'élaboration des Comptes Nationaux de la Santé (CNS) de 2011 et lancement des CNS 2012 - Mise à jour de la Carte Sanitaire élaborée avec l'appui et la collaboration techniques de l'INS - Actualisation des outils harmonisés de collecte des données du SIS (RMA et Registres) - Elaboration et diffusion des indicateurs nationaux - Elaboration et diffusion du manuel de procédures du Système d'Informations Sanitaires - Actualisation et diffusion du Plan Stratégique de Renforcement du du Système d'Informations Sanitaires 							
ACTIVITES MAJEURES REALISEES (présentation des extraits)	<p>Publication et diffusion du rapport des Comptes Nationaux de Santé 2011</p> <p>Lancement du processus de production des CNS 2012</p> <p>Elaboration et diffusion du manuel de procédure du SIS Actualisation du Plan Stratégique de Renforcement du SIS</p> <p>Production, publication et diffusion du référentiel des indicateurs clé et prioritaires du SIS</p> <p>Production et dissémination des registres harmonisés des formations sanitaires</p>							
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extraits)	<ul style="list-style-type: none"> - Les comptes Nationaux de la santé (CNS) 2011 on été produits; - 40% des indicateurs de la Carte Sanitaire ont été renseignés. 							

Perspectives 2015	<p>a. Par rapport aux activités non entièrement réalisées en 2014</p> <ul style="list-style-type: none">- Collecte des données des CNS 2012 au plus tard le 15 avril 2015- Production, publication et diffusion du référentiel des indicateurs clés et prioritaires du SIS au plus tard le 30 juin 2015- Diffusion des registres harmonisés des formations sanitaires au plus tard le 28 février 2015- Elaboration de l'annuaire des statistiques sanitaires de 2012 avant la fin du premier semestre 2015- Actualisation du Plan Stratégique de Renforcement du SIS avant la fin du premier semestre 2015- Validation et diffusion du manuel de procédure du SIS avant la fin du premier semestre 2015. <p>b. Par rapport aux nouveaux défis de 2014</p> <ul style="list-style-type: none">- Production des indicateurs pour la préparation du rapport de progrès vers l'atteinte des OMD 2015- Production et diffusion du rapport des Comptes Nationaux de la Santé de 2012- Collecte, traitement des données et mise à jour de la Carte Sanitaire avant la fin du troisième trimestre 2015- Développement d'une plate-forme (site web) de consultation des données de la Carte Sanitaire avant fin juin 2015- Développement d'une application de synthèse des données pour les niveaux district, régional et central- Extension de la dimension cartographique de la Carte Sanitaire aux Districts et Aires de Santé avant fin décembre 2015
-------------------	---

Action 09 ETUDES STRATÉGIQUES ET PLANIFICATION

OBJECTIF	Améliorer la qualité et l'efficacité de la dépense							
Indicateur	Intitulé:		Nombre de documents de planification et de programmation produits annuellement dans les délais				TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE 100%	
	Unité de mesure		nb					
	Année de référence:		2013					
	Valeur de référence:		6.0					
	Année cible:		2016					
	Valeur Cible		20.0					
Réalisation exercice (Résultat technique):		02						
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP
	90 000 000	90 000 000	89 999 995	89 999 995	81 557 511	80 842 866	90,6 %	89,8 %
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION	<p>Le contexte de mise en œuvre de cette action a été marquée par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les contraintes de l'environnement financier et économique international ; - Les contraintes d'orientation stratégique du secteur par rapport à l'environnement stratégique national ; - Le désengagement progressif de certains partenaires financiers clés à savoir GAVI ALLIANCE et le FONDS MONDIAL qui, nous obligent à intégrer dans la programmation financière pour les prochaines années, des ressources nationales pour pallier les nouvelles préoccupations telles que l'acquisition des vaccins, les antituberculeux, les antipaludéens (pour les enfants de moins 05) et des ARV pour la pérennité de la gratuité. - Le Cadre Budgétaire à Moyen terme 2014-2016. 							
ACTIVITES MAJEURES REALISEES (présentation des extrants)	<p>02 documents de planification et de programmation produits (PAP et CDMTs) 02 plans stratégiques des programmes élaborés (PEV et PNTS) 01 document de Synthèse des Plans de Travail Annuels des différentes structures du MINSANTE disponible</p>							
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extrants)	<ul style="list-style-type: none"> - Faible appropriation des acteurs impliqués dans le processus de planification et de programmation. - Les difficultés rencontrées sont en général dues au retard dans le démarrage et les balbutiements des commissions de passation des marchés à continuer à examiner les dossiers. - Virements de crédits (lenteurs de procédures) ; - Déblocages de crédits (procédures infructueuses) ; - Délais de traitement des enregistrements des titres confirmation par l'administration fiscale sont trop longs ; - Lenteurs de mobilisation des subventions (les bénéficiaires ne sont pas proactifs pour permettre de mobiliser leurs subventions) ; 							
Perspectives 2015	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilisation des acteurs impliqués dans le processus de planification et de programmation. - Elaboration du guide de planification en santé. 							

Action 10 GESTION BUDGÉTAIRE ET FINANCIÈRE

OBJECTIF	Assurer une bonne exécution financière des programmes							
Indicateur	Intitulé:		nombre de documents budgétaires et financiers produits annuellement au MINSANTE				TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE 100 %	
	Unité de mesure		nb					
	Année de référence:		2013					
	Valeur de référence:		1.0					
	Année cible:		2016					
	Valeur Cible		4.0					
Réalisation exercice (Résultat technique):		04						
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP
	167 750 000	167 750 000	167 750 000	167 750 000	159 480 591	159 480 591	95,1 %	95,1 %
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION	Le contexte de mise en œuvre a été marqué par la crise économique mondiale caractérisée par la baisse des revenus de l'Etat, de la non appropriation de la réforme budgétaire par les principaux acteurs du programme et de l'inadéquation entre les ressources allouées et les objectifs fixés							
ACTIVITES MAJEURES REALISEES (présentation des extraits)	<ul style="list-style-type: none"> - Le Système annuelle de recettes des formations sanitaires de l'exercice 2014. - Le Projet de performance 2015 du MINSANTE - Le plan de travail annuel 2015 du MINSANTE 							
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extraits)	<p>Les résultats obtenus sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La Synthèse annuelle de recettes des formations sanitaires de l'exercice 2014 ; - Le projet de performance 2015 du MINSANTE ; - Le plan de travail annuel 2015 du MINSANTE. <p>Les difficultés rencontrées sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dotations budgétaires insuffisantes compte tenu du besoin de formation au budget programme - Difficulté de collecte des synthèses de recettes de toutes les formations sanitaires - Virements de crédits (lenteurs de procédures) ; - Déblocages de crédits (procédures infructueuses) ; - Délais de traitement des enregistrements des titres confirmation par l'administration fiscale sont trop longs ; - Instabilité de l'application PROBMIS ; - Lenteurs de mobilisation des subventions (les bénéficiaires ne sont pas proactifs pour permettre de mobiliser leurs subventions) ; - Lenteurs de mobilisation des fonds de contrepartie 							
Perspectives 2015	L'appropriation progressive des outils par les acteurs du budget programme, aussi bien ceux de la coordination que de la chaîne de dépenses permettra d'augmenter la consommation budgétaire afin d'améliorer les indicateurs de la performance.							

Action 11 RENFORCEMENT/DYNAMISATION DU CONTRÔLE SOCIAL

OBJECTIF	améliorer le système d'information sanitaire							
Indicateur	Intitulé:		Nombre de rapports de coordination au niveau stratégique (par an)				TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE 0%	
	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
	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	8 999 568	8 999 568	90 %	90 %
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION								
ACTIVITES MAJEURES REALISEES (présentation des extrants)	Se référer au Programme N°2 Lutte contre la maladie et promotion de la santé dans le cadre duquel cette action a été mise en œuvre.							
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extrants)								
Perspectives 2015								

Action 12 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 -	
	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
	15 237 167 000	15 237 167 000	15 718 014 041	15 718 014 041	15 237 167 000	14 876 121 884	100 %	94,6 %
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION								
ACTIVITES MAJEURES REALISEES (présentation des extrants)	Se référer au Programme N°3 Viabilisation du Districts de santé dans le cadre duquel cette action a été mise en œuvre.							
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extrants)								
Perspectives 2015								

Action 13 CONTRÔLE ET AUDIT INTERNE

OBJECTIF	Améliorer la régulation du système de santé							
Indicateur	Intitulé:		Taux de réduction des pratiques illicites dans le secteur santé				TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE 0%	
	Unité de mesure		%					
	Année de référence:		2013					
	Valeur de référence:							
	Année cible:		2016					
	Valeur Cible							
Réalisation exercice (Résultat technique):		ND						
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP
	274 610 000	274 610 000	271 710 000	271 710 000	266 343 736	240 505 598	98 %	88,5 %
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION	<p>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 décriées dans les structures de santé notamment dans les hôpitaux publics.</p> <p>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.</p>							
ACTIVITES MAJEURES RÉALISÉES (présentation des extraits)	<p>Les activités conduites ont permis d'avoir les résultats suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Termes de Références de l'étude sur l'évaluation des indices de satisfaction des Usagers et des Personnels des hôpitaux disponibles et transmis à la Division des Etudes et des Projets - Mise en place par le MINSANTE d'un Comité de Suivi et de Pilotage de l'étude - 04 séances de travail ont eu lieu entre ledit Comité de pilotage et le prestataire retenu par la Commission des marchés - 10 missions d'investigation avec rapports disponibles ont été effectuées - 331 dénonciations collectées/enregistrées - 200 dénonciations traitées : soit un pourcentage de traitement de 60,42% - 53 personnels sanctionnés positivement - 187 personnels sanctionnés négativement - Valeur des stocks des médicaments de la rue saisis et détruits 541 383 736 F CFA - 04 missions d'appui aux Comités Régionaux de lutte contre les faux médicaments ont été menées à travers le pays - Les structures suivantes ont été inspectées au cours de l'année 2014 : <ul style="list-style-type: none"> - Une centaine d'officines privées de pharmacie (région du littoral) - 03 Centres d'Approvisionnements Pharmaceutiques Régionaux (CAPR) Extrême-nord, Nord et Nord-ouest). - 01 Laboratoire d'Analyse de Biologie Médicale - 01 draft de code d'éthique des personnels de santé a été élaboré 							

<p>JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extraits)</p>	<p>Les crédits destinés à la conduite de cette action sont repartis et gérés par les 03 Inspecteurs Généraux, le Directeur de l'Organisation des Soins et de la Technologie Sanitaire, le Président de la Cellule Ministérielle de Lutte Contre la Corruption, les 10 Délégués Régionaux de la Santé Publique (DRSP). Les résultats ci-après ont été obtenus</p> <p>ACTIVITES : Promotion de l'éthique Ρεσποναβλε: ΧΜΛΧΧ Μονταντ αλλουΓ: 6 000 000 ΦΧΦΑ Ρήσολτασ: –€01 draft de code d'éthique des personnels de santé a été élaboré</p> <p>ACTIVITES: Renforcement de la Lutte Contre la Corruption Ρεσποναβλε: €Ινσπεχτευρσ ΓΓνΓραυξ, ΧΜΛΧΧ, 10 ΔΓΛΓγατιονσ Ρήγιοναλεσ Μονταντ αλλουΓ: 164 500 000 ΦΧΦΑ Ρήσολτασ: –€10 missions d'investigation avec rapports disponibles ont été effectuées</p> <ul style="list-style-type: none"> - 331 dénonciations collectées/enregistrées - 200 dénonciations traitées : soit un pourcentage de traitement de 60,42% - 53 personnels sanctionnés positivement - 187 personnels sanctionnés négativement <p>ACTIVITES: Assainissement du secteur de la santé Ρεσποναβλε: €€ΙΠΣΠΛ, ΙΠΣΜΠ, 10 ΔΓΛΓγατιονσ Ρήγιοναλεσ Μονταντ αλλουΓ: 47 000 000 ΦΧΦΑ Ρήσολτασ: –€Valeur des stocks des médicaments de la rue saisis et détruits 541 383 736 F CFA</p> <ul style="list-style-type: none"> - 04 missions d'appui aux Comités Régionaux de lutte contre les faux médicaments ont été menées à travers le pays - Une campagne de sensibilisation a été menée sur les formations sanitaires clandestines - Un recensement de ces formations sanitaires clandestines a démarré <p>ACTIVITES: Contrôle et audit des structures Ρεσποναβλε: €€Ινσπεχτευρσ ΓΓνΓραυξ, ΔΟΣΤ, 10 ΔΓΛΓγατιονσ Ρήγιοναλεσ Μονταντ αλλουΓ: 57 110 000 ΦΧΦΑ Ρήσολτασ: –€Une centaine d'officines privées de pharmacie (région du littoral)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 03 Centres d'Approvisionnements Pharmaceutiques Régionaux (CAPR) Extrême-nord, Nord et Nord-ouest). - 01 Laboratoire d'Analyse de Biologie Médicale <p>S'agissant de la performance, les handicaps ci-après ont entravé la mise en œuvre de cette action :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Insuffisance des moyens logistiques, matériels et financiers (véhicules pour missions par exemple). 2) L'absence de suite aux recommandations des missions créant une démotivation des inspecteurs des services. 3) La faible remontée des données des formations sanitaires vers la Cellule Ministérielle de Lutte Contre la Corruption (CMLCC) sur les plaintes, requêtes, dénonciations ainsi que sur les sanctions. 4) La peur de dénoncer des usagers des hôpitaux. 5) Le déblocage tardif des fonds alloués. <p>Par contre les indicateurs ci après n'ont pas pu être renseignés. Il s'agit de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'indice de satisfaction des usagers des hôpitaux (l'enquête nationale programmée pour 2014 n'a pas abouti malgré la sélection du prestataire du fait de lenteurs et lourdeurs dans les procédures de passation de marché) ; - L'intensité de la corruption (attendue de la CONAC qui devrait mener une étude pour évaluer la mise en œuvre de la Stratégie Nationale Anti Corruption).
--	---

Perspectives 2015	<ul style="list-style-type: none">- Faire davantage 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;- 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.- Sanctionner systématiquement les personnels véreux ;- Protéger les dénonciateurs ;- Encourager les personnels méritants ;- Promouvoir les bonnes pratiques.
-------------------	--

3. BILAN STRATEGIQUE ET PERSPECTIVES

Le bilan de mise en œuvre du PPA 2014 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 deuxième année de mise œuvre du budget programme aura permis au Ministère de la Santé Publique de se familiariser davantage à 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 ; en 2014, il s'est agi de corriger la présentation et le 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 2014 a été de 30%. Plusieurs actions ont contribué à l'obtention de ce résultat, à savoir : (i) 145038 personnes vivant avec le VIH ont été pris en charge gratuitement soit 76% de femmes et 05,3% d'enfants, cependant le taux de TB/VIH est de 36% et reste élevé (ii) pour le paludisme 168267 enfants de moins de 05 ans ont été traités gratuitement du paludisme simple,

29204 sur 79354 enfants au paludisme grave et 484266 femmes enceintes ont bénéficié d'au moins une dose du traitement préventif (TPI) du paludisme, (iii) la rupture des ARV et médicaments traceurs dont la distribution est gratuite est passée de 21 à 16 jours, (iv), le taux de guérison de nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive est passé de 82% en 2013 à 82,6% en 2014, soit 12413 guéris sur les 15103 dépistés (cohorte de malades 2014 sera analysée en 2015).

S'agissant de la Maladie à Virus Ebola, le Cameroun a élaboré un plan national opérationnel de prévention et de riposte en 2014.

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 pas 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'appui institutionnel au secteur santé : l'objectif visé est de faire adopter la bonne gouvernance et améliorer l'appui institutionnel au secteur santé. Les résultats obtenus en 2014 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, (ix) l'équipement des structures en matériels informatiques et autres.

3.2. LEÇONS APPRISSES

La mise en œuvre du PPA 2014 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 2014 du MINSANTE au 31 décembre 2014 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 responsables et de diversifier les mécanismes de leur motivation.

Au cours de l'année 2015, il s'agira de consolider les acquis des expériences de 2013 et 2014 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 2015 du MINSANTE.

3.3. PERSPECTIVES 2015

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 1^{ère} année ;
- Reformulation systématique de l'intitulé de l'action « remise à niveau des formations sanitaires de 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} 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 :

- 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 ;
- Renforcer la coordination au niveau régional ;
- Par rapport aux activités non entièrement réalisées en 2014 :
 - Collecte des données des CNS 2012 au plus tard le 15 avril 2015 ;
 - Production, publication et diffusion du référentiel des indicateurs clés et prioritaires du SIS au plus tard le 30 juin 2015 ;
 - Diffusion des registres harmonisés des formations sanitaires au plus tard le 28 février 2015 ;
 - Elaboration de l'annuaire des statistiques sanitaires de 2012 avant la fin du premier semestre 2015 ;
 - Actualisation du Plan Stratégique de Renforcement du SIS avant la fin du premier semestre 2015 ;
 - Validation et diffusion du manuel de procédure du SIS avant la fin du premier semestre 2015 ;
- Par rapport aux nouveaux défis de 2014 :
 - Production des indicateurs pour la préparation du rapport de progrès vers l'atteinte des OMD 2015 ;
 - Production et diffusion du rapport des Comptes Nationaux de la Santé de 2012
 - Collecte, traitement des données et mise à jour de la Carte Sanitaire avant la fin du troisième trimestre 2015 ;
 - Développement d'une plate-forme (site web) de consultation des données de la Carte Sanitaire avant fin juin 2015 ;
 - Développement d'une application de synthèse des données pour les niveaux district, régional et central ;
 - Extension de la dimension cartographique de la Carte Sanitaire aux Districts et Aires de Santé avant fin décembre 2015 ;
 - Sensibilisation des acteurs impliqués dans le processus de planification et de programmation ;
 - Elaboration du guide de planification en santé ;
 - Amener progressivement les acteurs à s'approprier les outils du budget programme, aussi bien ceux de la coordination que de la chaîne de dépenses permettra d'augmenter la consommation budgétaire afin d'améliorer les indicateurs de la performance ;

- Faire davantage 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;
 - 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.
 - Sanctionner systématiquement les personnels véreux ;
 - Protéger les dénonciateurs ;
 - Encourager les personnels méritants ;
 - Promouvoir les bonnes pratiques.
-
- Promouvoir les bonnes pratiques.