

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



RAPPORT ANNUEL DE PERFORMANCE 2015

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 2015	11
2.	ETAT DE MISE EN OEUVRE DES PROGRAMMES	12
2.1.	PROGRAMME 526: LUTTE CONTRE LA MALADIE ET PROMOTION DE LA SANTÉ	14
2.1.1.	PRÉSENTATION DU PROGRAMME	15
2.1.2.	CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DU PROGRAMME	16
2.1.3.	PERFORMANCE GLOBALE DU PROGRAMME EN 2015	16
2.1.4.	PERFORMANCES DÉTAILLÉES DU PROGRAMME PAR ACTIONS POUR L'ANNÉE 2015	19
2.2.	PROGRAMME 527: SANTÉ DE LA MÈRE, DE L'ADOLESCENT ET DE L'ENFANT	27
2.2.1.	PRÉSENTATION DU PROGRAMME	28
2.2.2.	CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DU PROGRAMME	29
2.2.3.	PERFORMANCE GLOBALE DU PROGRAMME EN 2015	30
2.2.4.	PERFORMANCES DÉTAILLÉES DU PROGRAMME PAR ACTIONS POUR L'ANNÉE 2015	31
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	34
2.3.3.	PERFORMANCE GLOBALE DU PROGRAMME EN 2015	34
2.3.4.	PERFORMANCES DÉTAILLÉES DU PROGRAMME PAR ACTIONS POUR L'ANNÉE 2015	37
2.4.	PROGRAMME 530: GOUVERNANCE ET APPUI INSTITUTIONNEL DANS LE SECTEUR SANTE	42
2.4.1.	PRÉSENTATION DU PROGRAMME	43
2.4.2.	CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DU PROGRAMME	44

2.4.3.	PERFORMANCE GLOBALE DU PROGRAMME EN 2015	44
2.4.4.	PERFORMANCES DÉTAILLÉES DU PROGRAMME PAR ACTIONS POUR L'ANNÉE 2015	47
3.	BILAN STRATEGIQUE ET PERSPECTIVES	58
3.1.	RAPPROCHEMENT DES RÉSULTATS OBTENUS AVEC L'OBJECTIF STRATÉGIQUE DU MINISTÈRE	59
3.2.	LEÇONS APPRISES	60
3.3.	PERSPECTIVES	61

NOTE EXPLICATIVE

Le 1^{er} janvier 2013, le Cameroun a basculé dans un nouveau mode de gestion budgétaire : la budgétisation par programme. Cette dernière commande l'allocation de crédits budgétaires aux politiques publiques sur la base des programmes assortis d'objectifs et d'indicateurs de performance. Ces programmes sont structurés dans les Projets de Performance des administrations (PPA), rédigés annuellement par les ordonnateurs principaux du budget de l'Etat et annexés à la loi des finances. Après leur mise en œuvre, ils font l'objet d'une évaluation, également annuelle, dans le cadre de l'élaboration des Rapports annuels de performance (RAP), annexés à la loi de règlement.

Les RAP, prévus par l'article 22 alinéa 3 de la loi portant régime financier de l'Etat de 2007, étaient en 2016, rendus à leur troisième année d'élaboration, correspondant à l'évaluation des PPA de l'exercice 2015. A cet effet, il était question pour les départements ministériels et institutions de présenter l'état de réalisation technique et financière de leurs programmes au cours de cette année de référence, mais plus globalement, d'effectuer le bilan de la première période triennale de mise en œuvre du budget en mode programme (2013-2015).

En terme d'appropriation, il convient de relever pour s'en féliciter, la prise en main effective en 2015, de l'activité d'élaboration des rapports annuels de performance par les administrations concernées. Ces dernières, avec une assistance technique très faible, ont renseigné, conformément au format défini, les trois parties du RAP, avec en toile de fond l'objectif de fiabiliser davantage les éléments constitutifs du bilan technique.

Comme cela avait été le cas lors des deux années précédentes, les rapports annuels de performance 2015 sont déclinés ainsi qu'il suit:

- Contexte de mise en œuvre des programmes en 2015;
- Etat de mise en œuvre pour le compte de l'exercice 2015 ;
- 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 ».**

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 :

- Ø Réduire d'1/3 la charge morbide chez les pauvres et les populations les plus vulnérables ;
- Ø Réduire de 2/3 la mortalité des moins de 5 ans ;
- Ø Réduire de $\frac{3}{4}$ la mortalité maternelle ;
- Ø Réduire de 50% la prévalence du VIH/SIDA ;
- Ø Ramener le taux de décès associé au paludisme à moins de 10%.

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

- Ø Amener 80% des 178 Districts de Santé existants à achever la phase de consolidation du processus de viabilisation du District de Santé ;
- Ø Amener 100% des structures de santé des niveaux stratégique et intermédiaire à jouer leur rôle d'appui et d'orientation recours ;
- Ø Réduire d'1/3 la charge morbide chez les pauvres et les populations les plus vulnérables ;
- Ø Réduire de 2/3 la mortalité des moins de 5 ans ;
- Ø Réduire de $\frac{3}{4}$ la mortalité maternelle.

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

- Ø Le renforcement du système de santé ;
- Ø La vulgarisation de la mise en œuvre du Paquet Minimum et le Paquet Complémentaire d'Activités ;
- Ø Le développement d'un système d'orientation recours ;

- Ø Le renforcement du partenariat dans le secteur ;
- Ø La stimulation de la demande ;
- Ø 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 :

- Ø D'assurer l'organisation, la gestion et le développement des formations sanitaires publiques ;
- Ø D'assurer le contrôle technique des formations sanitaires privées ;
- Ø De veiller au développement des actions de prévention et de lutte contre les épidémies et pandémies ;
- Ø De veiller à l'extension de la couverture sanitaire du Territoire;
- Ø De la médecine préventive;
- Ø De veiller à la qualité des soins et à l'amélioration du plateau technique des formations sanitaires publiques et privées;
- Ø D'assurer la promotion des infrastructures sanitaires en liaison avec les Administrations concernées;
- Ø D'assurer la coopération médicale et sanitaire internationale en liaison avec le Ministère des Relations Extérieures;
- Ø Du suivi des activités des organismes et comités techniques spécialisés relevant de son secteur de compétence;
- Ø Du suivi de la médecine sportive et de la médecine du travail, en liaison avec les administrations concernées;
- Ø D'assurer le suivi du développement de la médecine traditionnelle, en liaison avec le Ministère de la Recherche Scientifique et de l'Innovation;
- Ø De concourir à la formation des médecins, pharmaciens et personnels paramédicaux, ainsi qu'à leur recyclage permanent;
- Ø Du contrôle de l'exercice des professions de médecin, chirurgien-dentiste, pharmacien et médico-sanitaire et assure la tutelle des ordres professionnels correspondants;
- Ø Du suivi des activités relevant de son domaine de compétence du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées Cardinal Paul Emile LEGER, en liaison avec le Ministère des Affaires Sociales.
- Ø 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.

Ø 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 2015 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 ;
- L'accélération des préparatifs de l'organisation des CAN 2016 et 2019 au Cameroun;
- La poursuite du Cadre institutionnel rénové d'exécution des programmes ;
- La survenance des épidémies dans certaines régions ;
- L'évaluation de la SSS 2001-2015 et le lancement de l'élaboration de la nouvelle SSS 2016-2027.

II.1 La poursuite de la mise en œuvre de la réforme budgétaire

L'année 2015 est la troisième et dernière année du triennat 2013-2015 de mise en œuvre de l'exécution du Budget-Programme au Cameroun. Au niveau du MINSANTE, quatre programmes ont été définis dont trois techniques et un support :

- Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent ;
- Lutte contre la maladie et promotion de la santé ;
- Viabilisation du district de santé ;
- Gouvernance et appui institutionnel dans le secteur santé.

II.2 La promulgation d'une Loi de finances davantage ambitieuse

Le budget de l'Etat a connu en 2015 une augmentation considérable voire davantage ambitieuse par rapport à celui de 2014. L'enveloppe budgétaire allouée au MINSANTE au cours

de cet exercice s'élevait à 207, 066 milliards de FCFA, répartie comme suit :

Fonctionnement : AE : 106, 696 milliards FCFA. CP : 106, 696 milliards FCFA ;

Investissement : AE : 100, 370 milliards FCFA. CP : 100, 370 milliards FCFA.

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

Programmes	Montant	%
Sante de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent	38, 243 milliards FCFA	18
Lutte contre la maladie et promotion de la santé	85, 017milliards FCFA	41
Viabilisation du district de santé	59, 062 milliards FCFA	29
Gouvernance et appui institutionnel dans le secteur santé	24, 745 milliards FCFA	12
TOTAL	207, 066 milliards FCFA	100%

II.3 L'accélération des préparatifs de l'organisation des CAN 2016 et 2019 au Cameroun

L'année 2015 a été marquée entre autre par l'accélération des préparatifs de l'organisation des Coupes d'Afrique des Nations de football féminin en 2016 et de football masculin en 2019 au Cameroun. Pour la CAN 2016, Le MINSANTE a été sollicité pour assurer la couverture sanitaire de cette échéance sportive. Ainsi, la procédure d'acquisition de deux ambulances médicalisées a été lancée, une pour l'Hôpital Central de Yaoundé (HCY) et l'autre pour l'Hôpital Régional de Limbé (HRL) pour un montant global de 150 millions FCFA. Pour les équipements biomédicaux de l'HCY et HRL, la livraison finale est prévue en mars 2016. 70 millions ont été débloqués pour l'acquisition de ces équipements biomédicaux. La réception partielle des travaux du Centre d'imagerie médicale de Limbé a été effectuée le 22 décembre 2015. La date prévisionnelle de mise en service a été prévue pour mai 2016.

II.4 La poursuite du Cadre institutionnel rénové d'exécution des programmes

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

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

En 2015, le Ministre de la Santé Publique a révisé et actualisé le texte portant désignation des

responsables de programmes et ceux d'actions en désignant le coordonnateur du contrôle de gestion et les contrôleurs de gestion par programme.

Les interactions entre ces nouveaux acteurs et les acteurs traditionnels de la gestion publique (ordonnateurs et comptables) sont des aspects qu'il a fallu surveiller pour éviter les conflits de compétence aboutissant au gaspillage des ressources et à l'inefficacité.

II.5 La survenance des épidémies dans certaines régions

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

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

II.6 L'évaluation de la Stratégie Sectorielle de Santé 2001-2015 et le lancement de l'élaboration de la nouvelle Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027

L'année 2015 marque aussi la fin de la mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle de Santé 2001-2015 afin de permettre au secteur santé de s'auto évaluer. Ainsi, les travaux d'évaluation ont débuté en juin 2014 et le Rapport d'évaluation de la mise en œuvre de la SSS 2001-2015 a été finalisé et validé en juin 2014.

Il ressort de cette évaluation que l'atteinte des objectifs projetés dans cette stratégie est partielle. Le processus de viabilisation des districts de santé n'a pas été globalement suivi et les capacités institutionnelles ont été surestimées. On estime à 7% la proportion des districts de santé « viabilisés » au lieu des 80% attendue.

Dans le domaine de la lutte contre la maladie, on note une réduction globale du poids de la maladie de 16,4%. Cette réduction concerne principalement les maladies transmissibles avec une baisse de la prévalence et de la mortalité liée au VIH/Sida, au Paludisme et aux maladies évitables par la vaccination. À titre illustratif, le taux de mortalité spécifique dû au Paludisme en milieu hospitalier est passé de 43% en 2008 à 22,4% en 2013. Si ces progrès sont perceptibles pour les maladies transmissibles, cela n'est pas le cas pour ce qui concerne les maladies non-transmissibles dont la charge morbide n'a diminué que de 1,4% entre 2000 et 2010, avec une tendance à la hausse à partir de 2005.

Pour ce qui est de la santé de la mère et de l'enfant, la mortalité maternelle a augmenté depuis 1998, passant de 449 à 782 décès pour 100 000 naissances vivantes entre 1998 et 2011. La mortalité infanto-juvénile, quant à elle, a connu une baisse significative, passant de 144 à 95 décès pour 1000 naissances vivantes entre 2004 et 2013.

Pour ce qui est de la promotion de la santé, la réalisation majeure est observée dans la lutte contre la faim qui a abouti à la réduction de plus de 50% des cas de sous-alimentation.

Par ailleurs, l'élaboration de la nouvelle stratégie a débuté concomitamment avec l'évaluation de la stratégie échue 2001-2015. La finalisation et la validation par le comité de pilotage de la SSS 2016-2027 ont permis au MINSANTE de se doter d'une nouvelle cartographie des programmes afin d'entamer le second triennat du Budget-Programme avec de nouveaux indicateurs permettant d'apprécier sa performance.

1.4. AUTRES FAITS MAJEURS DE L'ANNÉE 2015

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.

2015

RAPPORT ANNUEL
DE PERFORMANCE

2.1. PROGRAMME 526

LUTTE CONTRE LA MALADIE ET PROMOTION DE LA SANTÉ

Responsable du programme

Pr BIWOLE SIDA
INSPECTEUR GENERAL DES SERVICES MEDICAUX ET PARAMEDICAUX

2.1.1. PRÉSENTATION DU PROGRAMME

Objectif	Contribuer à la réduction considérable de la charge morbide à travers la lutte contre les épidémies et les pandémies et surtout à travers la promotion de la santé	
Indicateur	Intitulé :	Charge morbide chez les pauvres et les populations vulnérables
	Unité de mesure :	Pourcentage (%)
	Valeur de référence	35%
	Année de référence	2011
	Valeur cible	28 %
	Année cible	2015
Actions du programme	Action 01 : Prévention de la maladie Action 02 : Amélioration de la disponibilité et de l'offre des médicaments, réactifs et dispositifs essentiels Action 03 : Prise en charge globale et intégrée des maladies Action 04 : Renforcement du système communautaire Action 05 : Surveillance Intégrée de la Maladie et Réponse (SMIR) Action 06 : Promotion de la Santé	
Dotation de crédits et consommation	AE : 90 631 674 872	CP : 90 631 674 873
Responsable du programme	Pr. BIWOLE SIDA Magloire , Inspecteur Général des Services Médicaux et Paramédicaux	

OBJECTIF	Contribuer à la réduction considérable de la charge morbide à travers la lutte contre les épidémies et les pandémies et surtout à travers la promotion de la santé.	
Indicateur	Intitulé:	Charge morbide chez les pauvres et les populations vulnérables
	Unité de mesure	%
	Valeur de référence:	35.0
	Année de référence:	2011
	Valeur Cible	30.0
	Année cible:	2015
ACTIONS DU PROGRAMME	Action 01: PRÉVENTION DE LA MALADIE 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: SURVEILLANCE INTÉGRÉE DE LA MALADIE ET RÉPONSE (SIMR) Action 06: PROMOTION DE LA SANTE	
DOTATIONS INITIALES	AE 85 374 174 891	CP 85 374 174 891
RESPONSABLE DU PROGRAMME	Pr BIWOLE SIDA, INSPECTEUR GENERAL DES SERVICES MEDICAUX ET PARAMEDICAUX	

2.1.2. CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DU PROGRAMME

1 Contexte

La promotion de la santé doit être un des socles de la politique de santé du Ministère de la santé. Dans ce cadre, une priorité sera donnée à la jeunesse et au soutien aux plus fragiles, afin d'agir le plus tôt possible sur les facteurs générant des inégalités dans le domaine de la santé.

Ainsi la stratégie poursuivie en 2015 en termes de lutte contre la maladie et prévention s'inscrit en cohérence avec les orientations du DSCE dans son volet développement humain qui préconise « l'amélioration de l'état de santé des populations », en cohérence avec les OMD 4, 5, 6 spécifiques à la santé, et l'ODD 2. D'où la nouvelle Stratégie Sectorielle de la Santé 2016-2027 qui prévoit un éclatement des domaines de ce programme en deux nouveaux programmes de santé: la prise en charge des cas et la promotion de la santé.

2 Contexte de l'exécution du programme

Le programme lutte contre la maladie et promotion de la santé s'exécute dans un contexte marqué par la recrudescence des grandes pandémies et épidémies tel que Maladie à Virus EBOLA, la fièvre ZIKA et LASSA, ainsi que le faible accès aux soins et aux médicaments pour la prise en charge des communautés. Face à cette situation, le renforcement des programmes prioritaires de santé dédiés à la lutte contre la maladie et à la promotion de la santé a été réalisé, mais les défis majeurs pour la mobilisation des ressources et l'organisation des ripostes pour le Gouvernement du Cameroun, à travers le Ministère de la Santé Publique et en collaboration avec ses partenaires techniques et financiers, reste un challenge à gagner. La prise en charge des cas et la promotion de la santé y compris la sensibilisation des populations en communauté sont effectives.

2.1.3. PERFORMANCE GLOBALE DU PROGRAMME EN 2015

RESULTAT TECHNIQUE OBTENU	Contribuer à la réduction considérable de la charge morbide à travers la lutte contre les épidémies et les pandémies et surtout à travers la promotion de la santé.	
TAUX DE REALISATION DE L'INDICATEUR	80 %	
DOTATION DE CREDITS REVISES (écarts)	AE : 90 631 674 872	CP : 90 631 674 873
CREDITS CONSOMMES	AE : 90 631 674 872	CP : 85 315 058 554

TAUX DE CONSOMMATION	100 %	94%
JUSTIFICATION DU RESULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES	Ø Justification du résultat : La charge morbide des populations vulnérables a connu une réduction significative grâce à la synergie de plusieurs actions: - Prévention : 4 722 191 enfants d'âge scolaire déparasités au Mebendazole ; 133 305 441 préservatifs masculins et 2 344 157 préservatifs féminins ont été distribués - Amélioration de la disponibilité et de l'offre des médicaments, réactifs et dispositifs essentiels : Aucune rupture en intrant n'a été observée au cours de l'année; 160 000 personnes vivant avec le VIH ont été pris en charge gratuitement dans 167 UPEC; les 23 médicaments traceurs dont la distribution est gratuite sont passés de 16 à 13,69 jours ; - Prise en charge globale et intégrée des malades : 94 637 enfants de moins de 5 ans ont été traité gratuitement au paludisme simple au ACT et 41 264 ont été traités au paludisme grave ; le taux de guérison de nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive est passé de 84 % en 2014 à 86,8 % en 2015 (cohorte de malades 2014 analysée en 2015) ; 577 cas de lèpre ont été pris gratuitement en charge. 77 nouveaux cas d'Ulcère de Buruli et 301 nouveaux cas de pian ont été notifié et traitée gratuitement. - Renforcement du système communautaire : redynamisation des structures de dialogues. - Surveillance Intégrée de la Maladie et Réponse (SMIR) : 10 CERPLE fonctionnels et renforcés. - Promotion de la Santé: état des lieux réalisé dans le cadre de la gestion des déchets et des eaux usées à l'HJY et HLD. ATPC dans les régions du septentrion. 100% des Hôpitaux de Districts disposent d'un comité d'hygiène hospitalière fonctionnel Ø En ce qui concerne l'utilisation des ressources financières, 6% des fonds alloués n'ont pas été utilisés à cause de la lourdeur des procédures.	
PERSPECTIVES POUR 2016	Mises-en en œuvre des 03 programmes nouveaux issus de l'éclatement du programme LMPS : - prévention de la maladie ; - promotion de la santé ; - prise en charge des cas ; - Continuer la subvention ou la gratuité de certains intrants et services (ARV, ACT...) ; -contrôler et prévenir les flambées d'épidémies.	

RÉSULTAT TECHNIQUE OBTENU	Contribuer à la réduction considérable de la charge morbide à travers la lutte contre les épidémies et les pandémies et surtout à travers la promotion de la santé.	
TAUX DE RÉALISATION DE L'INDICATEUR	80%	
DOTATION DE CRÉDITS RÉVISÉS:	AE 27 451 641 043	CP 27 451 641 043
(écarts = Dot.init - Dot.rev)	Ecart AE 0	Ecart CP 0
CRÉDITS CONSOMMÉS	AE 90 631 674 872	CP 26 605 400 000
TAUX DE CONSOMMATION	100 %	96,92 %
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES	Ø Justification du résultat : La charge morbide des populations vulnérables a connu une réduction significative grâce à la synergie de plusieurs actions: - Prévention : 4 722 191 enfants d'âge scolaire déparasités au Mebendazole ; 133 305 441 préservatifs masculins et 2 344 157 préservatifs féminins ont été distribués - Amélioration de la disponibilité et de l'offre des médicaments, réactifs et dispositifs essentiels : Aucune rupture en intrant n'a été observée au cours de l'année; 160 000 personnes vivant avec le VIH ont été pris en charge gratuitement dans 167 UPEC; les 23 médicaments traceurs dont la distribution est gratuite sont passés de 16 à 13,69 jours ; - Prise en charge globale et intégrée des malades : 94 637 enfants de moins de 5 ans ont été traité gratuitement au paludisme simple au ACT et 41 264 ont été traités au paludisme grave ; le taux de guérison de nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive est passé de 84 % en 2014 à 86,8 % en 2015 (cohorte de malades 2014 analysée en 2015) ; 577 cas de lèpre ont été pris gratuitement en charge. 77 nouveaux cas d'Ulcère de Buruli et 301 nouveaux cas de pian ont été notifié et traitée gratuitement. - Renforcement du système communautaire : redynamisation des structures de dialogues. - Surveillance Intégrée de la Maladie et Réponse (SMIR) : 10 CERPLE fonctionnels et renforcés. - Promotion de la Santé: état des lieux réalisé dans le cadre de la gestion des déchets et des eaux usées à l'HJY et HLD. ATPC dans les régions du septentrion. 100% des Hôpitaux de Districts disposent d'un comité d'hygiène hospitalière fonctionnel En ce qui concerne l'utilisation des ressources financières, 6% des fonds alloués n'ont pas été utilisés à cause de la lourdeur des procédures.	
PERSPECTIVES 2016	Mises-en en œuvre des 03 programmes nouveaux issus de l'éclatement du programme LMPS : - prévention de la maladie ; - promotion de la santé ; - prise en charge des cas ; - Continuer la subvention ou la gratuité de certains intrants et services (ARV, ACT...) ; - contrôler et prévenir les flambées d'épidémies.	

2.1.4. PERFORMANCES DÉTAILLÉES DU PROGRAMME PAR ACTIONS POUR L'ANNÉE 2015

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 16 (FDR 2014) à 13,69 jours en 2015. L'acquisition des antipaludiques, antirétroviraux, antituberculeux, anticancéreux et autres médicaments, réactifs et dispositifs essentiels a permis de traiter les populations 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 2015 plus de 12 millions de MILDA sont à la phase finale de distribution dans les 10 régions du Cameroun. 694 692 femmes enceintes ont bénéficié d'au moins une dose du Traitement Préventif Intermittent(TPI) du Paludisme.

760 femmes et jeune fille ont été dépistées pour le cancer du col et des seins, et 240 hommes pour le cancer de la prostate. 180 Infirmiers et 60 Médecins ont été formés sur le dépistage du cancer du col de l'utérus par la méthode VIA/VILI ; 13 000 filles âgées de 9 à 13 ans ont été vaccinées contre le Humain Papilloma Virus.

En ce qui concerne la transfusion sanguine, 32 146 poches de sang ont été collectées dans 14 des 15 banques de sang avec 28.088 poches de sang transfusées, 7.589 donneurs bénévoles ont été enregistrés et 86 personnels des banques de sang ont été formés à la sécurité transfusionnelle.

- Dans le cadre de la **prise en charge globale et intégrée des maladies**, le taux de guérisons des nouveaux cas de TPM+ est de 84% soit 18 722 guéris sur les 22 288 dépistés en 2014 à 86,8 % en 2015 (cohorte de malades 2014 analysée en 2015). Cependant Le taux de co-infection TB/VIH est de 33%.

Pour le paludisme, 1 065 136 cas suspects de paludisme dont 769 976 cas de paludisme simple et 295 160 de paludisme grave ont été enregistrés en 2015. 94 637 enfants de moins de 05 ans ont été traités gratuitement du paludisme simple, 29 204 sur 79 354 enfants au paludisme grave. Il a été enregistré 2 211 décès chez les enfants de moins de 05 ans dans les formations sanitaires de suite de paludisme grave.

Pour la lutte contre les Maladies Tropicales Négligées(MTN), 577 cas de lèpre ont été enregistrés et pris en charge ; 77 nouveaux cas d'ulcère de Buruli ont été dépistés et pris en charge ; 301 nouveaux cas de pian ont été notifiés. 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. 21 010 enfants de moins de 6 ans ont reçu la tétracycline, 1 079 852 enfants

et adultes ont été traités par l'Azithromycine. 14 millions de personnes atteintes d'Onchocercose, des vers intestinaux ont été traitées gratuitement soit un taux de couverture thérapeutique de 92% et un taux de couverture géographique de 98,97%. 3000 cas de chirurgie gratuite de complications ont été pris en charge.

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%.

En ce qui concerne les Maladies Chroniques Non Transmissibles (MCnT), , 1 422 patients ont été pris en charge dans le cadre de la Lutte contre la rétinopathie diabétique dans les 12 cliniques du Diabète et de l'Hypertension artérielle prenant en charge et faisant le suivi les patients. 679 femmes ont été dépistées et pris en charge gratuitement.

- Pour le **renforcement du système communautaire**, en plus des 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), 47 villages dans la région de l'EST ont mis en œuvre les interventions WASH qui ont permis l'assainissement total piloté par la communauté (ATPC). 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.

La couverture sanitaire universelle qui s'entend comme la stratégie qui permet d'offrir les services et soins de santé de qualité nécessaire à toute personne qui en a besoins et à un coût accessible, a posé ses solides bases.

La mise en place des unités d'interventions mobiles rurales dans les zones rurales très enclavées avec des agents de sante communautaires offrant des soins de qualité.

- Pour le **Renforcement de la Surveillance Intégrée de la Maladie et Réponse (SIMR)** Dans la surveillance des Maladies à Potentiel Epidémique (MAPE), les 10 Centres de Prévention et de Lutte contre les Epidémies(CERPLE) ont renforcé la surveillance épidémiologique. La surveillance transfrontalière par les CERPLE à travers les postes de sante aux frontières a évité la progression des épidémies sévissant dans les pays voisins.

La performance du Programme 526 est satisfaisante en 2015 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 **94%**.

Action 01 PRÉVENTION DE LA MALADIE

OBJECTIF	Améliorer la proportion de la population ayant accès à une mesure de lutte anti- vectorielle (MLDA, aspersions intra-domiciliaires)								
Indicateur	Intitulé:		Pourcentage de la population à risque dormant sous une MILDA				TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE 94%		
	Unité de mesure		%						
	Année de référence:		2008						
	Valeur de référence:		37.0						
	Année cible:		2015						
	Valeur Cible		34.0						
	Réalisation exercice (Résultat technique):		65.6% of households with at least one LLIN (EPC 2013)						
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE		
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP	
	11 012 950 000	11 012 950 000	3 116 099 225	3 116 099 225	6 932 617 858	6 932 617 858	100 %	100 %	
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.								
ACTIVITES MAJEURES REALISEES (présentation des extraits)	- plus de 12 millions de MILDA sont à la phase finale de distribution dans les 10 régions du Cameroun. 567 765 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 694 692 femmes enceintes ont bénéficié d'au moins une dose du Traitement Préventif Intermittent(TPI) du Paludisme ; - 760 femmes et jeune fille ont été dépistées au cancer du col et des seins, et 240 hommes pour le cancer de la prostate. 180 Infirmiers et 60 Médecins ont été formés sur le dépistage du cancer du col de l'utérus par la méthode VIA/VILI ; 13 000 filles âgées de 9 à 13 ans ont été vaccinées contre le Humain Papilloma Virus. -32 146 poches de sang ont été collectées dans 14 des 15 banques de sang avec 28.088 poches de sang transfusées, 7.589 donateurs bénévoles ont été enregistrés et 86 personnels des banques de sang ont été formés à la sécurité transfusionnelle. -94 villages capacité dans la mise en œuvre de l'Assainissement Total Par la Communauté (ATP);								
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extraits)	Le taux de réalisation financière est de 100%. En effet, des virements des crédits ont été opérés sur le montant AE initial soit 1 350 000 000 au bénéfice de l'action prise en charge globale et intégrées des maladies, et 350 000 000 pour la surveillance intégrée de la maladie et réponse.								
Perspectives 2016	Réduire d'un tiers, la proportion des personnes présentant les facteurs de risques des maladies évitables au Cameroun, en : -renforçant les capacités institutionnelles, communautaires et la coordination dans le domaine de la promotion de la sante dans 80 % des DS ; -réduisant d'au moins 30 % l'incidence /prévalence des principales maladies transmissibles ; -réduisant d'un tiers de l'incidence / prévalence des maladies non transmissibles ; -renforçant la prévention des maladies à potentiel épidémiques et des évènements de santé publique majeurs dans au moins 90% des DS ; -améliorant la couverture des interventions SRMNEA dans 80 % des DS.								

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 91% (Roadmap 2015)	
	Unité de mesure		j					
	Année de référence:		2013					
	Valeur de référence:		21.0					
	Année cible:		2015					
	Valeur Cible		15.0					
	Réalisation exercice (Résultat technique):		13.69 Days (Roadmap 2015)					
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP
	5 462 900 000	5 462 900 000	5 333 465 896	5 333 465 896	5 462 900 000	5 431 145 896	100 %	99 %
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION	La rupture de stocks de médicaments et consommables essentiels dans les formations s'améliore au fil des années, d'où la nécessité de renforcer le mécanisme de distribution et de suivi des stocks à tous les niveaux, tout en Contrôlant la qualité des médicaments, réactifs et dispositifs médicaux du pays.							
ACTIVITES MAJEURES REALISEES (présentation des extrants)	-Mise à disposition des médicaments, réactifs et dispositifs médicaux dans les formations sanitaire; - Renforcement du système de distribution, gestion logistique, y compris d'information de qualité; -Renforcement de la promotion de la production locale et valorisation du patrimoine thérapeutique national.							
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extrants)	Ø Justification du résultat : On a prévu réduire de 16 à 14,63 jours, le nombre de jours de rupture de stock en médicaments traceurs en 2015, soit un taux de réalisation technique 98,15% justifiant une consommation des ressources estimée à 93,75%. En ce qui concerne l'utilisation des ressources financières, 1 % des fonds alloués n'ont pas été utilisés à cause de la lourdeur des procédures, de la difficulté à mobiliser les							
Perspectives 2016	-D'augmenter de 50 % la disponibilité et l'utilisation des médicaments de qualité. -Réactualisation de la nomenclature des prix des médicaments homologués ; - Projet de mise en place d'un document de définition des normes pharmaceutiques.							

Action 03 PRISE EN CHARGE GLOBALE ET INTEGREE DES MALADIES

OBJECTIF	Améliorer la proportion des populations ayant accès à un traitement de qualité							
Indicateur	Intitulé:		Taux de mortalité dans les formations sanitaires				TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE 92%	
	Unité de mesure		%					
	Année de référence:		2013					
	Valeur de référence:		30.0					
	Année cible:		2015					
	Valeur Cible		25.0					
	Réalisation exercice (Résultat technique):		23%					
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP
	54 584 300 000	54 584 300 000	17 971 780 247	17 971 780 247	61 191 799 991	61 191 799 991	100 %	100 %
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION	La menace de l'épidémie de la Maladie à Virus EBOLA, fièvre LASSA et ZIKA ont ébranlés le système de prise en charge mis en place.							
ACTIVITES MAJEURES REALISEES (présentation des extrants)	-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 (extrants)	Le taux de létalité du Choléra est resté à 0% en 2015. 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 %. 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.							
Perspectives 2016	Réduire de 50 % la mortalité liée aux maladies prioritaires et aux complications liées à la grossesse, à l'accouchement et à celles de la période infanto-juvéniles.							

Action 04 RENFORCEMENT DU SYSTÈME COMMUNAUTAIRE

OBJECTIF	Renforcer le système communautaire en vue de pérenniser les interventions								
Indicateur	Intitulé:		Proportion des cas de paludisme simple confirmés pris en charge à domicile				TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE 100%		
	Unité de mesure		%						
	Année de référence:		2013						
	Valeur de référence:		9.0						
	Année cible:		2015						
	Valeur Cible		10.0						
	Réalisation exercice (Résultat technique):		10%						
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE		
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP	
	13 621 833 026	13 621 833 026	108 228 758	108 228 758	13 621 833 026	11 987 213 063	100 %	88 %	
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)	-Organisation et Formation des acteurs communautaires participant à la mise en place des activités de santé ; -Mise en œuvre des activités WASH dans les régions du septentrion et de l'Est;								
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extrants)	- Justification du résultat : En ce qui concerne l'utilisation des ressources financières , 12% 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.								
Perspectives 2016	Amener la population à adopter les comportements sains et favorables à la santé en : -renforçant les capacités institutionnelles, communautaires et la coordination dans le domaine de la promotion de la sante dans 80 % des DS ; -en améliorant le cadre de vie des populations dans 70 % des DS ; -renforçant les aptitudes favorables à la santé des communautés dans 75 % des DS ; -amenant 25 % de familles à adopter les pratiques familiales essentielles (la planification familiale)								

Action 05 SURVEILLANCE INTÉGRÉE DE LA MALADIE ET RÉPONSE (SIMR)

OBJECTIF	Améliorer la réactivité du système de santé face aux urgences de santé publique								
Indicateur	Intitulé:		Taux des épidémies de rougeole (% des districts de santé en épidémie de rougeole)c				TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE		
	Unité de mesure		%						
	Année de référence:		2013						
	Valeur de référence:		9.5						
	Année cible:		2015						
	Valeur Cible		-5.0						
	Réalisation exercice (Résultat technique):		-5%						
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE		
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP	
	487 500 000	487 500 000	756 876 410	756 876 410	761 215 000	761 215 000	100 %	100 %	
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION	- 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 1ère et 2ème 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 ZIKA ET LASSA.								
ACTIVITES MAJEURES REALISEES (présentation des extrants)	- Coordination, supervision des acteurs et suivi des activités de surveillance intégrée des maladies et riposte à tous les niveaux. - Renforcement des capacités des personnels en épidémiologie de terrain (CAFELTP) - Installation des caméras thermique comme préparation à la riposte des épidémies fébriles								
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extrants)	-Les faibles performances en matière de SIMR sont à l'origine de la détection tardive des épidémies et par conséquent de la riposte tardive.								
Perspectives 2016	- Renforcement de la surveillance épidémiologique à travers les Centres de Régionaux de Prévention et de Lutte contre les Epidémies - Renforcement des capacités du personnel en matière de SIMR/RSI Renforcement de la surveillance à base communautaire et transfrontalière								

Action 06 PROMOTION DE LA SANTE

OBJECTIF	Augmenter la proportion de la population ayant adopté les comportements sains et une bonne hygiène de vie								
Indicateur	Intitulé:		Proportion des fumeurs ayant changé de comportements				TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE 94%		
	Unité de mesure		%						
	Année de référence:		2008						
	Valeur de référence:		37.0						
	Année cible:		2015						
	Valeur Cible		34.0						
	Réalisation exercice (Résultat technique):		32%						
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE		
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP	
	204 691 865	204 691 865	165 190 507	165 190 507	204 691 855	201 655 325	100 %	99 %	
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION	La recrudescence de la défécation à l'aire libre entrant des épidémies des maladies hydriques.								
ACTIVITES MAJEURES REALISEES (présentation des extrants)	- ATPC dans les 104 villages des régions du septentrion et de l'EST ; - contrôle de 60 boulangeries, restaurants et entreprises agroalimentaires contrôlées ; - 03 entreprises polluantes inspectées ; - 20 paires-éducateurs formes à la SMNI. Organisation des journées commémorative des pathologies sanitaires								
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extrants)	L'insuffisance des ressources financières permettant la mise en œuvre véritable des activités de promotion de la santé dont l'objectif est de déclencher un changement de comportement des populations								
Perspectives 2016	- promouvoir des comportements favorables à la sante ; - Renforcer la planification familiale ; - Renforcer la participation communautaire ; - Améliorer le milieu de vie des populations ; - promouvoir la santé de l'adolescent ; - promouvoir la santé des populations à travers la mise en place des mutuelles de santé.								

2015

RAPPORT ANNUEL
DE PERFORMANCE

2.2. PROGRAMME 527

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

Responsable du programme

Dr ONDOUA MEKONGO

2.2.1. PRÉSENTATION DU PROGRAMME

Objectif	Réduire la mortalité maternelle et la mortalité des enfants de moins de 5 ans	
Indicateur	Intitulé :	Taux de mortalité infanto juvénile (1) Taux de mortalité maternelle (2) Taux de mortalité néonatale (3)
	Unité de mesure :	% (pour 1000) % (pour 100 000) % (pour 1000)
	Valeur de référence	(1)= 122/1000 naissances vivantes (1) (2)= 782/100000 naissances vivantes (2) (3)= 31 /1000 naissances vivantes (3)
	Année de référence	2014
	Valeur cible	110 pour 1000 naissances vivantes 706 pour 100 000 naissances vivantes 28 pour 1000 naissances vivantes
	Année cible	2015
Actions du programme	Action 01 : Amélioration de la Santé de la Mère Action 02 : Amélioration de la Santé de l'Enfant Action 03 : Amélioration de la santé de l'adolescent Action 04 : Amélioration de la santé du nouveau né	
Dotations initiales	AE : 34 437 097 360	CP : 34 437 097 360
Responsable du programme	Dr ONDOUA MEKONGO Martin, Conseiller Technique N°2	

OBJECTIF	Réduire la mortalité maternelle et la mortalité des enfants de moins de 5 ans	
Indicateur	Intitulé:	Taux de mortalité infanto juvénile
	Unité de mesure	nb
	Valeur de référence:	0.0
	Année de référence:	2011
	Valeur Cible	28.0
Indicateur	Année cible:	2015
	Intitulé:	Taux de mortalité maternelle
	Unité de mesure	nb
	Valeur de référence:	0.0
	Année de référence:	2011
Indicateur	Valeur Cible	706.0
	Année cible:	2015
	Intitulé:	Taux de mortalité néonatale
	Unité de mesure	nb
	Valeur de référence:	0.0
Indicateur	Année de référence:	2011
	Valeur Cible	110.0
	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 Action 04: AMELIORATION DE LA SANTE DU NOUVEAU-NE	
DOTATIONS INITIALES	AE 47 194 097 360	CP 47 188 097 360
RESPONSABLE DU PROGRAMME	Dr ONDOUA MEKONGO,	

2.2.2. CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DU PROGRAMME

Contexte

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. Le démarrage effectif des activités du PLMI a été un point important en 2015.

2.2.3. PERFORMANCE GLOBALE DU PROGRAMME EN 2015

Analyse de la performance globale du Programme 527

RESULTAT TECHNIQUE OBTENU	(1)=103/1000 naissances vivantes (MICS 2014) (2)= 782/100000 naissances vivantes (EDS 2015) (3)= 28/1000 naissances vivantes	
TAUX DE REALISATION DE L'INDICATEUR	112%₀ ND car résultats non disponible 100%₀	
DOTATION DE CREDITS REVISES (écarts)	AE : 34 437 097 360	CP : 34 771 097 360
CREDITS CONSOMMES	AE :	CP : 32 958 001 755
TAUX DE CONSOMMATION	%	95%
JUSTIFICATION DU RESULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES	Cette bonne performance s'explique par la mise en œuvre optimale des interventions entreprises depuis 2013.	
PERSPECTIVES POUR 2016	Améliorer la santé maternelle, infantile et infanto-juvénile à travers les stratégies multisectorielles à haut impact grâce aux fonds innovants tels que la GFF	

RÉSULTAT TECHNIQUE OBTENU	Taux de mortalité infanto juvénile=103/1000 naissances vivantes (MICS 2014) Taux de mortalité maternelle= 782/100000 naissances vivante (EDS 2015) Taux de mortalité néonatale = 28/1000 naissances vivantes	
TAUX DE RÉALISATION DE L'INDICATEUR	100%₀	
DOTATION DE CRÉDITS RÉVISÉS:	AE	CP
	8 334 628 667	8 328 628 667
(écarts = Dot.init - Dot.rev)	Ecart AE	Ecart CP
	0	0
CRÉDITS CONSOMMÉS	AE	CP
		7 967 000 000
TAUX DE CONSOMMATION		95,66 %
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES	Cette bonne performance s'explique par la mise en œuvre optimale des interventions entreprises depuis 2013.	
PERSPECTIVES 2016	Améliorer la santé maternelle, infantile et infanto-juvénile à travers les stratégies multisectorielles à haut impact grâce aux fonds innovants tels que la GFF	

2.2.4. PERFORMANCES DÉTAILLÉES DU PROGRAMME PAR ACTIONS POUR L'ANNÉE 2015

Malgré la détermination du Gouvernement et ses partenaires au développement à réduire la pauvreté et la vulnérabilité des enfants et des femmes, la situation socio-sanitaire reste préoccupante en 2015.

Le démarrage effectif des activités du Programme National Multisectoriel de lutte contre la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infanto-juvénile (PLMI) a été lancé en 2015. Dans ce cadre, l'approche multisectorielle de mise en œuvre des interventions en faveur de la santé mère enfant avec l'implication des autres administrations (MINPROFF, MINJEC) est effective notamment dans les régions du septentrion, du Centre et de l'Est. La mise en service du projet « Chèque Santé » dans les régions du septentrion et la production du Manuel de santé maternel et infantile pour un meilleur suivi de la femme enceinte jusqu'après l'accouchement dans un délai de 45 jours ont contribué à la mise en œuvre du programme.

2015

RAPPORT ANNUEL
DE PERFORMANCE

2.3. PROGRAMME 528

VIABILISATION DU DISTRICT DE SANTÉ

Responsable du programme

Dr VAILLAM Joseph
INSPECTEUR GENERAL DES SERVICES ADMINISTRATIFS

2.3.1. PRÉSENTATION DU PROGRAMME

Objectif	Porter 80 % des Districts de Santé à la phase de consolidation	
Indicateur	Intitulé	Pourcentage de Districts de Santé en phase de consolidation
	Unité de mesure	%
	Valeur de référence	7
	Année de référence	2012
	Valeur cible	17
	Année cible	2015
Actions du Programme	Action 01 : Renforcement de l'offre de services et de soins ; Action 02 : Développement des Ressources Humaines ; Action 03 : Amélioration du partenariat et du développement des ressources et financement.	
Dotation de crédits	AE : 57 739 382 369	CP : 56 343 382 369
R e s p o n s a b l e d u Programme	Dr. VAILLAM Joseph, Inspecteur Général des Services Administratifs	

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 03: DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES Action 04: AMÉLIORATION DU PARTENARIAT ET DU DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES ET FINANCEMENT	
DOTATIONS INITIALES	AE 58 232 882 369	CP 55 584 382 369
RESPONSABLE DU PROGRAMME	Dr VAILLAM Joseph, INSPECTEUR GENERAL DES SERVICES ADMINISTRATIFS	

2.3.2. CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DU PROGRAMME

Contexte de l'exécution 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 2015a 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 2015

RÉSULTAT TECHNIQUE OBTENU	Enquête non réalisée	
TAUX DE RÉALISATION DE L'INDICATEUR	%	
DOTATION DE CRÉDITS RÉVISÉS (écarts)	AE : 57 623 382 369	CP : 56 343 382 369
CRÉDITS CONSOMMES	AE :	CP : 50 651 342 290
TAUX DE CONSOMMATION	67,38 %	90 %
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES		

PERSPECTIVES POUR 2016

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 6 mois 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 contrepartie 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.

RÉSULTAT TECHNIQUE OBTENU		
TAUX DE RÉALISATION DE L'INDICATEUR	ND	
DOTATION DE CRÉDITS RÉVISÉS:	AE 16 720 169 835	CP 14 071 669 835
(écarts = Dot.init - Dot.rev)	Ecart AE 0	Ecart CP 0
CRÉDITS CONSOMMÉS	AE	CP 12 499 600 000
TAUX DE CONSOMMATION	67 %	88,82 %
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES		

PERSPECTIVES 2016	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 contrepartie 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 2015

On note ici que l'indicateur du programme ne peut être déterminé qu'après enquête, dont la prochaine est prévue en 2015 dans le cadre de l'évaluation de la mise en œuvre de la stratégie sectorielle de santé 2001-2015.

Dans le cadre de la mise en œuvre du présent programme, les quatre actions qui ont été inscrites ont été exécutées. Les résultats obtenus sont les suivants :

1- Pour ce qui est du renforcement de l'offre de services et de soins, on constate qu'il a été amélioré à travers l'enrichissement de la carte sanitaire et le relèvement des plateaux techniques des formations sanitaires de 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} catégorie ;

2- En ce qui concerne la remise à niveau des formations hospitalières de 1^{ère}, 2^{ème} et de 3^{ème} niveau : principalement, 03 hôpitaux de référence, l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Douala (HGOPED), Centre des Urgences de Yaoundé (CURY), l'Hôpital de Référence de Sangmélina (HRS) ont vu leurs travaux achevés et leur mise en service éminente. L'hôpital Général de Douala a acquis un scanner ;

3- Dans le cadre du développement des ressources humaines, Le recrutement de nouveaux personnels et la fidélisation de 229 personnels dans les zones d'accès difficile ont contribué à l'amélioration du ratio du personnel de santé. Ainsi, 147/180 DS disposent d'au moins 50% de personnel nécessaire ;

4- Dans le cadre de l'amélioration du partenariat et du développement des ressources et financement : la proportion du budget alloué à la santé a stagné en 2014 avec un taux de 5,1% du budget national et reste loin des 15% promis à la santé.

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 91%		
	Unité de mesure		%						
	Année de référence:		2011						
	Valeur de référence:		58.0						
	Année cible:		2015						
	Valeur Cible		60.0						
	Réalisation exercice (Résultat technique):		91%						
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE		
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP	
	28 061 183 900	25 412 683 900	15 393 716 296	12 745 216 296	23 685 254 510	23 685 254 510	89 %	89 %	
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION	La réforme des finances publiques par l'introduction et l'implémentation du budget programme, du système de passation des marchés ainsi qu'une décentralisation accrue des ressources aux CTD sont des principaux facteurs qui influencent la mise 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 desdites 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 REALISEES (présentation des extrants)	- 60 nouveaux CSI sur 62 programmés ont été construits. - 182 FOSA (CSI, CMA & HD) sur 183 programmés ont été équipés en matériel médical. - 31 FOSA (CSI&CMA) ont été approvisionnés en eau potable - 09 travaux de construction de CSI abandonnés sur 10 programmés ont été achevés - 02 blocs latrines sur les 02 programmés ont été construits - 13 LAM (logement d'Astreinte de Médecin Chef) sur les 17 programmés ont été construits - 38 CSI sur les 44 programmés ont été réhabilités 26 infrastructures de proximité développées sur les 62 programmées
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extrants)	Ce résultat s'explique surtout pour deux raisons fondamentales à savoir : - La difficulté de mise en œuvre du processus de décentralisation ; - L'attribution tardive des marchés en raisons des lenteurs et lourdeurs des procédures de passation des marchés avec pour corollaire la forclusion des crédits. Insuffisante maturation des projets inscrits.etc
Perspectives 2016	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. La mise en œuvre du Plan d'Urgence Triennal pour l'Accélération de la Croissance décrété par le Président de la République, l'adoption de la loi sur le plan d'aménagement du territoire en faveur des régions septentrionales, les chantiers liés à la préparation des CAN 2016 et 2019 vont contribuer à améliorer l'offre des soins. L'amélioration du plateau technique des formations sanitaires dans la perspective des Coupes d'Afrique des Nations (CAN) féminine 2016 et masculine 2019 que le Cameroun va abriter ; · La poursuite du projet présidentiel de construction des centres d'hémodialyse et d'imagerie médicale ; · L'accompagnement de la mise en service du Centre des Urgences de Yaoundé, de l'Hôpital de Référence de Sangmélina et de l'Hôpital Gynéco-obstétrique et Pédiatrique de Douala ; · L'achèvement des études architecturales et techniques de l'Hôpital de Référence de Garoua et le lancement des travaux ; · Le début des travaux de construction de l'immeuble siège de l'Organisation Mondiale de la Santé. La poursuite des actions consistant à rapprocher davantage les populations de formation sanitaire délivrant un paquet minimum d'activité pour améliorer l'offre de soins de santé de base et enrichir la carte sanitaire de nos localités

Action 03 DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES

OBJECTIF	Accroître qualitativement les ressources humaines au MINSANTE							
Indicateur	Intitulé:		Ratio de personnel (médecin, infirmier, sage-femme) de santé pour 1000 habitants				TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE	
	Unité de mesure		°°/					
	Année de référence:		2011				ND	
	Valeur de référence:		5.0					
	Année cible:		2015					
	Valeur Cible		15.0					
	Réalisation exercice (Résultat technique):		ND					
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP
	27 993 324 234	27 993 324 234	445 175 268	445 175 268		25 561 525 555		91 %
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION	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 insuffisante des spécialistes et aussi du suivi de gestion des carrières. 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. 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.							
ACTIVITES MAJEURES REALISEES (présentation des extrants)	- Les salaires des personnels ont été payés (voir avec SDS) qui représente 90%du budget alloué - 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 (extrants)	- Les recrutements sont indépendants de la planification des besoins en personnel du MINSANTE. Ce recrutement est très en deçà des besoins. 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 non compensés numériquement et la fuite des cerveaux empêchent une réduction significative du déficit en par conséquent très important							
Perspectives 2016	- 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 ; Assurer le traitement solde des personnels de santé.							

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 5.54%	
	Unité de mesure		%					
	Année de référence:		2014					
	Valeur de référence:		5.0					
	Année cible:		2015					
	Valeur Cible		8.0					
	Réalisation exercice (Résultat technique):		5.10%					
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP
	2 178 374 235	2 178 374 235	881 278 271	881 278 271		1 404 562 225		80 %
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION	Une grande partie des activités menées par la DCOOP s'est réalisée dans un contexte de clôture du C2D Santé I, de rareté des ressources, d'actualisation de la SSS 2001-2015 et de l'évaluation de la Stratégie Partenariale 2007-2015 dont la période est échue. était marquéeLes 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 accroitre le financement de la santé à travers : - 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 extrants)	- Revue Annuelle 2015 du projet « <i>Value for Results</i> » ; - 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 36 Lettres d'Accord de Collaboration avec les associations/ONG exerçant dans le secteur santé ; - Signature de Contrat d'Exécution avec : · l'Organisation pour la Prévention de la Cécité (OPC) et la Fondation des Lions Club du Cameroun (FLCC) pour le renforcement des interventions du Programme National de Santé Oculaire ; · la CNPS et les trois (03) Réseaux à but non lucratif (OCASC, CEPCA et FALC), pour le paiement de la dette sociale due à la CNPS sous ressources du résiduel des fonds de subventions du C2D-Santé I destinés aux Réseaux à but non lucratif ; · 05 Hôpitaux privés à but non lucratif jouant le rôle d'Hôpital de District compte tenu des ressources financières disponibles ; · 02 Associations d'Interface de la région de l'Ouest ; · 02 Associations d'Interface de la région de l'Est ; · 04 Ordres Nationaux (Ordre National des Médecins du Cameroun, Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens, Ordre National des Personnels Médico-Sanitaires, Ordre National des Opticiens du Cameroun) · 01 Société Savante (Chirurgiens-dentistes) - Elaboration, finalisation et signature de Convention-cadre entre le MINSANTE et : · l'opérateur de téléphonie mobile MTN pour une synergie d'action pour l'amélioration de la santé des populations camerounaise ; · l'Eglise Presbytérienne du Cameroun pour la désignation de l'Hôpital Central d'Enongal en Hôpital de District ; - Evaluation externe de la Stratégie Partenariale dont le rapport final est attendu ; - 03 Ateliers d'information des CTD, personnels des structures déconcentrées du Minsanté, des Associations et ONG sur la Stratégie Partenariale ; - Taux d'exécution du budget du MINSANTE 88 %							

JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extrants)	- Appui à la coordination et harmonisation des interventions des partenaires ; - Participation du Ministre de la Santé Publique aux divers rencontres et colloques internationaux (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 conventions. Contrainte budgétaire
Perspectives 2016	- Recherche de nouveaux mécanismes de financement de la santé ; - Financement et mise en œuvre du projet « Value for Result » dans les 26 Districts de Santé pilotes ; - Diffusion du rapport d'évaluation externe de la SP du secteur santé ; - Actualisation de la Stratégie Partenariale 2007-2015 du secteur 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.

2015

RAPPORT ANNUEL
DE PERFORMANCE

2.4. PROGRAMME 530

GOUVERNANCE ET APPUI INSTITUTIONNEL DANS LE SECTEUR
SANTE

Responsable du programme

Dr LOUDANG Marlise
INSPECTEUR GENERAL DES SERVICES PHARMACEUTIQUES

2.4.1. PRÉSENTATION DU PROGRAMME

Objectif	Améliorer la coordination et la mise en œuvre des programmes au MINSANTE	
Indicateur	Intitulé :	Taux de réalisation des activités budgétisées au sein du MINSANTE
	Unité de mesure :	Pourcentage
	Valeur de référence	88% (PPA 2015)
	Année de référence	2014
	Valeur cible	100% (PPA 2016)
	Année cible	2015
Actions du programme	Action 01 : Amélioration de la recherche opérationnelle en santé humaine Action 02 : Coordination et suivi des activités des services Action 03 : Amélioration du cadre de travail Action 04: Contrôle et audit interne Action 05: Développement du système d'information sanitaire au MINSANTE Action 06: Etudes stratégiques et planification Action 07 : Gestion budgétaire et financière	
Dotations initiales	AE : 25 537 345 380	CP : 25 319 845 398
Responsable du programme	Dr LOUDANG MEGUIEZE Marlise, Inspecteur Général des Services Pharmaceutiques et des Laboratoires	

OBJECTIF	Améliorer la coordination et la mise en œuvre des programmes au MINSANTE	
Indicateur	Intitulé:	Taux de réalisation des activités budgétisées au sein du MINSANTE
	Unité de mesure	%
	Valeur de référence:	85.0
	Année de référence:	2013
	Valeur Cible	100.0
	Année cible:	2015
ACTIONS DU PROGRAMME	Action 01: AMÉLIORATION DE LA RECHERCHE OPÉRATIONNELLE EN SANTÉ HUMAINE 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 13: CONTRÔLE ET AUDIT INTERNE	
DOTATIONS INITIALES	AE 25 537 345 380	CP 25 537 345 380
RESPONSABLE DU PROGRAMME	Dr LOUDANG Marlise, INSPECTEUR GENERAL DES SERVICES PHARMACEUTIQUES	

2.4.2. CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DU PROGRAMME

Contexte de l'exécution du Programme 530

Le Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi (DSCE) adopté en 2009 est selon le Chef de l'Etat « le cadre de référence de l'action gouvernementale ». Il s'articule sur trois Axes notamment l'Axe Croissance, l'Axe Emploi et l'Axe Gestion Stratégique de l'Etat et Gouvernance. S'agissant particulièrement de l'Axe Croissance, il repose sur cinq piliers dont le Développement Humain qui constitue l'ancrage stratégique sur lequel repose les interventions du secteur santé. Ainsi, le MINSANTE, socle institutionnel desdites interventions a pour mission prépondérante : « **d'améliorer l'état de santé des populations** ».

Pour atteindre l'objectif sus-visé, le Ministère de la Santé Publique a mis en œuvre le budget programme conformément à la loi N°2007/006 du 26 décembre 2007 portant Régime Financier de l'Etat et qui fait de la performance, une exigence à rechercher par toutes les administrations. Sur cette base, quatre programmes ont été élaborés dont le Programme « Gouvernance et Appui Institutionnel dans le Secteur Santé ». Il vise à : « **améliorer la coordination des services et à assurer la bonne mise en œuvre des programmes** ».

Les éléments de contexte qui ont marqué l'exécution du Programme 530 en 2015 sont : la baisse des recettes pétrolières, les grandes épidémies et pandémies dont la maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest, les attaques du groupe terroriste Boko Haram dans l'Extrême-Nord du Cameroun, la gestion des réfugiés issus desdites attaques et de la crise en RCA.

Toutefois, les éléments ci-dessus ne sauraient mettre en veilleuse les actions spécifiques exécutées en 2015 par ledit Programme. Leur mise en œuvre sera analysée dans le présent Rapport Annuel de Performance et s'articule autour de la Coordination des Services dans toute la pyramide sanitaire ; le Développement de la Recherche Opérationnelle en Santé Humaine ; l'Amélioration du Cadre de Travail ; le Contrôle et l'Audit Interne des Services ; le Développement du Système d'Information Sanitaire ; les Etudes stratégiques et la Planification enfin ; la Gestion Budgétaire et Financière.

2.4.3. PERFORMANCE GLOBALE DU PROGRAMME EN 2015

RESULTAT TECHNIQUE OBTENU	94% des activités budgétisées au sein du MINSANTE ont été réalisés	
TAUX DE REALISATION DE L'INDICATEUR	94%	
DOTATION DE CREDITS REVISES (écarts)	AE : 25 537 345 380 0	CP : 25 319 845 398 0
CREDITS CONSOMMES	AE :	CP : 24 710 945 044
TAUX DE CONSOMMATION	%	98%

JUSTIFICATION DU RESULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES	Ce programme contribue à améliorer la coordination et la mise en œuvre des programmes au MINSANTE. Pour cela les Actions ci-après ont été mise en œuvre : - Amélioration du cadre de travail ; - Coordination et suivi des activités des services ; - Développement du système des informations sanitaires ; - Etudes stratégique et planification ; - Gestion budgétaire et financière ; - Contrôle et audit interne ; - Amélioration de la recherche opérationnelle en santé humaine.
PERSPECTIVES POUR 2016	La dimension transversale du Programme Gouvernance et l'appui institutionnel, restera axé sur la coordination des activités, leur suivi systématique, la reddition des comptes à tous les niveaux et le contrôle interne devront être les leviers des interventions du MINSANTE. De même, le système de santé sera réformé pour le rendre plus efficace et au service des populations. Cela devra passer par l'amélioration de notre système d'information sanitaire, par l'harmonisation et la modernisation des outils de collecte des informations

RÉSULTAT TECHNIQUE OBTENU	94% des activités budgétisées au sein du MINSANTE ont été réalisés	
TAUX DE RÉALISATION DE L'INDICATEUR	94%	
DOTATION DE CRÉDITS RÉVISÉS:	AE 163 832 060 455	CP 163 832 060 455
(écarts = Dot.init - Dot.rev)	Ecart AE -138 294 715 075	Ecart CP -138 294 715 075
CRÉDITS CONSOMMÉS	AE	CP 163 641 500 000
TAUX DE CONSOMMATION		99,88 %
JUSTIFICATION DU RESULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES	Ce programme contribue à améliorer la coordination et la mise en œuvre des programmes au MINSANTE. Pour cela les Actions ci-après ont été mise en œuvre : - Amélioration du cadre de travail ; - Coordination et suivi des activités des services ; - Développement du système des informations sanitaires ; - Etudes stratégique et planification ; - Gestion budgétaire et financière ; - Contrôle et audit interne ; - Amélioration de la recherche opérationnelle en santé humaine. L'objectif visé était de faire adopter la bonne gouvernance et améliorer l'appui institutionnel au secteur santé. <i>Pour la période 2013-2015, nous nous proposons d'améliorer l'indice de satisfaction de l'utilisateur.</i> Les activités majeures ci-après y ont contribué : - La coordination des services centraux et déconcentrés a permis un meilleur partage de l'information et de ce fait, une amélioration notable de l'exécution des directives liées aux différentes activités menées ; - La publication en 2014 des tous premiers Comptes Nationaux de la Santé du Cameroun (CNS 2011), élaborés en collaboration avec les partenaires techniques et financiers, donne l'état des lieux de l'emploi des ressources injectées dans le système de santé en 2011 ; - Le contrôle et l'assainissement du secteur ont été renforcés face aux multiples maux qui minent le secteur de la santé (mauvaises pratiques diverses, détournement des malades et des	

	recettes dans les hôpitaux, développement des structures clandestines de santé et du médicament de la rue,...). Le nombre d'établissements inspectés ainsi que des dénonciations en registrées et recoupées, la valeur des stocks de médicaments de la rue saisis et détruits ont doublé de 2013 à 2014, année au cours de laquelle ces indicateurs s'élèvent à 133 331 200 et 541 383 736 FCFA respectivement ; - Tout au long du premier cycle de mise en œuvre du budget programme, nous pouvons noter une amélioration de la qualité des documents de planification, de programmation, et de budgétisation (Plan d'Actions Prioritaires (PAP), Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT), Projet de Performance de l'Administration (PPA)) produits et de leur appréciation par les acteurs concernés ; L'amélioration du financement des interventions de santé grâce à la prise en compte des exigences du nouveau régime financier en matière de gestion budgétaire et financière, qui a notamment permis de porter le budget du MINSANTE de 162 milliards à 207 milliards et son taux d'exécution de 85% à 88%.
PERSPECTIVES 2016	La dimension transversale du Programme Gouvernance et l'appui institutionnel, restera axé sur la coordination des activités, leur suivi systématique, la reddition des comptes à tous les niveaux et le contrôle interne devront être les leviers des interventions du MINSANTE. De même, le système de santé sera réformé pour le rendre plus efficace et au service des populations. Cela devra passer par l'amélioration de notre système d'information sanitaire, par l'harmonisation et la modernisation des outils de collecte des informations

2.4.4. PERFORMANCES DÉTAILLÉES DU PROGRAMME PAR ACTIONS POUR L'ANNÉE 2015

L'objectif visé était de faire adopter la bonne gouvernance et améliorer l'appui institutionnel au secteur santé. *Pour la période 2013-2015, nous nous proposons d'améliorer l'indice de satisfaction de l'usager.* Les activités majeures ci-après y ont contribué :

- La coordination des services centraux et déconcentrés a permis un meilleur partage de l'information et de ce fait, une amélioration notable de l'exécution des directives liées aux différentes activités menées ;
- La publication en 2014 des tous premiers Comptes Nationaux de la Santé du Cameroun (CNS 2011), élaborés en collaboration avec les partenaires techniques et financiers, donne l'état des lieux de l'emploi des ressources injectées dans le système de santé en 2011 ;
- Le contrôle et l'assainissement du secteur ont été renforcés face aux multiples maux qui minent le secteur de la santé (mauvaises pratiques diverses, détournement des malades et des recettes dans les hôpitaux, développement des structures clandestines de santé et du médicament de la rue,...). Le nombre d'établissements inspectés ainsi que des dénonciations en registrées et recoupées, la valeur des stocks de médicaments de la rue saisis et détruits ont doublé de 2013 à 2014, année au cours de laquelle ces indicateurs s'élèvent à 133 331 200 et 541 383 736 FCFA respectivement ;
- Tout au long du premier cycle de mise en œuvre du budget programme, nous pouvons noter une amélioration de la qualité des documents de planification, de programmation, et de budgétisation (Plan d'Actions Prioritaires (PAP), Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT), Projet de Performance de l'Administration (PPA)) produits et de leur appréciation par les acteurs concernés ;

L'amélioration du financement des interventions de santé grâce à la prise en compte des exigences du nouveau régime financier en matière de gestion budgétaire et financière, qui a notamment permis de porter le budget du MINSANTE de 162 milliards à 207 milliards et son taux d'exécution de 85% à 88%.

Action 01 AMÉLIORATION DE LA RECHERCHE OPÉRATIONNELLE EN SANTÉ HUMAINE									
OBJECTIF	Développer la recherche opérationnelle en santé								
Indicateur	Intitulé:		Pourcentage de clearance éthique délivrée ayant obtenu une autorisation administrative de recherche					TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE 40%	
	Unité de mesure		%						
	Année de référence:		2013						
	Valeur de référence:		47.0						
	Année cible:		2015						
	Valeur Cible		87.0						
	Réalisation exercice (Résultat technique):		40%						
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE		
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP	
	84 000 000	84 000 000	61 397 985	61 397 985		81 397 510		97 %	
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE	Mise en œuvre des activités du CNERSH afin d'encadrer la recherche humaine en santé.								

DE L'ACTION	
ACTIVITES MAJEURES REALISEES (présentation des extrants)	- 96 clearances éthiques délivrées par le CNERSH (Comité National d'Ethique de la Recherche - 03 projets de recherche encadrés portant sur les problèmes 40 % de clearances éthiques délivrées ayant obtenu une Autorisation Administrative de Recherche
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extrants)	- Manque d'information des chercheurs sur la nécessité d'obtenir une clearance éthique et une AAR dépendance entre certaines tâches et la non maîtrise des procédures de mobilisation de certains paragraphes budgétaires (exp : la prise en charge des chercheurs)
Perspectives 2016	- Mise en place d'un mécanisme de financement public compétitif des projets de recherche portant sur un problème prioritaire de santé - Tenue d'une session de la Commission Consultative Stratégique et Scientifique de la Recherche en Santé (CCSSRS) - Suivi des études en matière de recherche opérationnelle en santé humaine - Elaboration d'une note stratégique sur la mise en œuvre des politiques publiques de santé - Réalisation des études en matière de recherche opérationnelle en santé humaine Renforcement des capacités des chercheurs (membres des CNERSH, étudiants, personnels des FOSA, DRSP, services centraux et DS en ROS).

Action 05 AMÉLIORATION DU CADRE DE TRAVAIL

OBJECTIF	Doter les services des infrastructures et équipements adéquats au MINSANTE							
Indicateur	Intitulé:		Proportion de personnel disposant d'un poste de travail fixe et équipé				TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE ND	
	Unité de mesure		%					
	Année de référence:		2013					
	Valeur de référence:		60.0					
	Année cible:		2015					
	Valeur Cible		100.0					
	Réalisation exercice (Résultat technique):		ND (Conduct a study in order to complete this indicator The measurement of this indicator would have been relevant in assessing progress made for this action as it reflects the quality of the working environment of the staff)					
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP
	1 892 050 000	1 892 050 000	1 675 921 394	1 675 921 394		1 842 361 255		97 %
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION	Les structures déconcentrées ont fait remonter dans le cadre des activités de la préparation du budget 2015, un important besoin en logistique de travail, notamment en matériel roulant, informatique, et de communication. Par ailleurs, au niveau central cette action est mise en œuvre dans un contexte marqué par : • Le redéploiement de certains personnels soignants dans les différents districts de santé du territoire national. • les doubles incendies de décembre 2013 qui, ont considérablement réduit les capacités et les conditions de travail des personnels du MINSANTE, notamment de la DRH, dont la production a été sérieusement perturbée ; les départs massives personnels en retraite et un faible pourcentage de rajeunissement des effectifs ou recrutement des nouveau personnels.							
ACTIVITES MAJEURES REALISEES (présentation des extrants)	- Un recensement physique de l'ensemble des personnels du Ministère de la Santé Publique a été réalisé sur l'ensemble du territoire national. - Des cartes professionnelles d'identité informatisées ont été établies pour l'ensemble des personnels des services centraux. - Le processus de production des actes d'avancement d'échelon et de grade pour les personnels du MINSANTE est désormais automatique - le Guide de l'usager du MINSANTE a été élaboré sous le pilotage technique du Secrétariat Permanent à la Reforme Administrative, validé et rétrocedé au MINSANTE. - Acquisition d'un véhicule pour l'hôtel du Ministre - Un (01) logement d'astreint des Médecins achevé - trente cinq (35) logements d'astreint des Médecins construits - Le recensement du patrimoine est disponible - Acquisition de huit (08) détecteurs de fumée - Acquisition de vingt (20) extincteurs à eau - Organisation de quatre (04) marches sportives organisées - Réparation de quinze (15)véhicules - Collectes et archivages de quarante mille (40 000) documents - Formations de dix administrateurs 66% de complétude des données des logiciels de carrière et de la solde							

JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extrants)	Les extrants ci-dessus ont permis d'améliorer : · Le cadre de travail de plusieurs structures · l'accueil des usagers et l'acheminement du courrier · La centralisation et l'archivage des documents · L'Appui au fonctionnement des services · La Coordination des activités du MSP · La Coordination des activités du SETAT · La Mise en œuvre du schéma directeur informatique · La Prise en charge du personnel · Le Renforcement des capacités des personnels · La Traduction des documents de santé · La santé physique du personnel L'amélioration des conditions de travail du personnel a connu quelques difficultés, parmi lesquels on peut citer : - Les ressources insuffisantes pour l'exécution parfaite des activités - Les ressources du Comité d'éthique n'ont pas pu être mobilisées. Car, elles ont été codifiées par erreur en crédits délégués au lieu de gestion centrale. - L'espace de stockage insuffisant pour le stockage et l'archivage des documents collectés - Travaux de réhabilitation du bâtiment en arrêt ; - Nécessité d'avoir une bonne connexion Internet - Recensement physique des personnels Les coûts de réparation de certains véhicules ont dépassé les devis prévisionnels.
Perspectives 2016	- Formés sur l'application des candidatures en ligne pour le concours des écoles, le logiciel de Cartographie des postes et emplois et SIGIPES 1 ; - Achever le dépouillement des personnels qui se sont fait recenser physiquement ; - Acquérir des espaces et meubles supplémentaires pour le stockage et l'archivage des documents collectés ; - Achèvement des travaux de réhabilitation du bâtiment central - Installation d'une bonne connexion Internet dans tous les bâtiments et services du Ministère de la Santé Publique - Etudes sur les RHS effectives et dissémination des résultats en vue de la prise de décision fondée sur des bases factuelles 1500 personnels fidélisés aux postes de travail dans les zones d'accès difficiles

Action 06 COORDINATION ET SUIVI DES ACTIVITÉS DES SERVICES

OBJECTIF	Assurer le bon fonctionnement des services de santé à tous les niveaux								
Indicateur	Intitulé:		Nombre de rapports de coordination produits au niveau central/régional				TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE 96.15%		
	Unité de mesure		nb						
	Année de référence:		2013						
	Valeur de référence:		46.0						
	Année cible:		2015						
	Valeur Cible		52.0						
	Réalisation exercice (Résultat technique):		50 reports						
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE		
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP	
	14 006 100 000	14 006 100 000	160 434 126 175	160 434 126 175		13 295 458 862		96 %	
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION	Coordonner et superviser les activités mises en œuvre au niveau central et déconcentré.								
ACTIVITES MAJEURES REALISEES (présentation des extrants)	Les activités conduites ont permis d'avoir les résultats suivants : - 50 réunions de coordination des services centraux et 04 réunions trimestrielles d'évaluation de la mise en œuvre de la FDR 2015 élargies aux Délégations Régionales de la Santé Publique ont été tenues. - Un lot important d'équipements informatiques a été acquis et distribué au Districts de Santé dans le cadre du renforcement du système d'informations sanitaires. - 117 hôpitaux de plus ont été enrôlés dans le PBF en cours d'expérimentation dans les régions de l'Est, du Littoral, du Nord-ouest et du Sud-ouest. - 09 Fonds Régionaux de Promotion de la Santé sur 10 sont déjà opérationnels pour une meilleure participation de - 02 Rapports d'activités semestriels - 02 Rapports semestriels de mise en œuvre de la FDR ministérielle 02 documents compilant les rapports de réunions de coordinations Niveau central respectivement 49 (2014) et 50 (2015).								
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extrants)	Les crédits destinés à la conduite de cette action sont repartis et gérés par le Secrétaire Général, les Inspections Générales, les Conseillers techniques, les Directeurs, les Secrétaires Permanents des Programmes phares du MINSANTE et les 10 Délégués Régionaux de la Santé Publique (DRSP). Les résultats ci-après ont été obtenus - Réunions de coordination non tenues pour journées fériées ; - Difficulté de mobilisation des fonds ; - Situation sécuritaire à l'Extrême-Nord ; - Difficulté d'accès pour raison climatique ; Conflit de calendrier avec le Campagne de Vaccination								
Perspectives 2016	Renforcer davantage al a coordination dans les services déconcentrés.								

Action 08 DÉVELOPPEMENT DU SYSTÈME D'INFORMATION SANITAIRE AU MINSANTE

OBJECTIF	Mettre en place un dispositif fonctionnel de remontée et de diffusion des informations statistiques au MINSANTE								
Indicateur	Intitulé:		Annuaire statistique produit au MINSANTE				TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE 100%		
	Unité de mesure		nb						
	Année de référence:		2013						
	Valeur de référence:		0.0						
	Année cible:		2015						
	Valeur Cible		2.0						
	Réalisation exercice (Résultat technique):		03, that is, 100%						
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE		
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP	
	322 000 000	322 000 000	309 282 212	309 282 212		309 282 650		96 %	
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION	Cette action a été mise en œuvre dans un contexte marqué par les défis ci-après : Ø Parachèvement du processus d'élaboration des Comptes Nationaux de la Santé (CNS) de 2012 et lancement des CNS 2013 Ø Mise à jour de la Carte Sanitaire élaborée avec l'appui et la collaboration techniques de l'INS Ø Actualisation des outils harmonisés de collecte des données du SIS (RMA et Registres) Ø Diffusion du manuel de procédures du Système d'Informations Sanitaires Diffusion du Plan Stratégique de Renforcement du du Système d'Informations Sanitaires								
ACTIVITES MAJEURES REALISEES (présentation des extrants)	- 184 équipements informatiques ont été acquis et distribué au Districts de Santé dans le cadre du renforcement du système d'informations sanitaires - 117 hôpitaux de plus ont été enrôlés dans le PBF en cours d'expérimentation dans les régions de l'Est, du Littoral, du Nord-ouest et du Sud-ouest - 09 Fonds Régionaux de Promotion de la Santé sur 10 sont déjà opérationnels pour une meilleure participation des communautés à la gestion des structures de santé. - Collecte des données pour l'élaboration des Comptes Nationaux de la Santé de 2012 - Elaboration et diffusion du manuel de procédure du SIS - Actualisation du Plan Stratégique de Renforcement du SIS - diffusion du référentiel des indicateurs clé et prioritaires du SIS - Production et dissémination des registres harmonisés des formations sanitaires - Engagement de 250.000.000 Fcfa au profit de l'INS pour le financement de l'EDS 2016 - Collecte des données de l'annuaire statistique 2015 - Développement d'une plate-forme (site web) de consultation des données de la Carte Sanitaire Extension de la dimension cartographique de la Carte Sanitaire aux Districts et Aires de Santé								
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extrants)	- Les Comptes Nationaux de la Santé (CNS) 2011 ont été produits ; - 60% des indicateurs de la Carte Sanitaire ont été renseignés.								
Perspectives 2016	- Publication et diffusion du rapport des Comptes Nationaux de Santé 2012 - Lancement du processus de production des CNS 2013 - Production des indicateurs pour la préparation du rapport de progrès vers l'atteinte des OMD 2016 - Collecte, traitement des données et mise à jour de la Carte Sanitaire - Mettre à jour la plate-forme (site web) de consultation des données de la Carte Sanitaire - Développement d'une application de synthèse des données pour les niveaux district, régional et central - Mettre à jour la carte Sanitaire - Contribution financière du MINSANTE à l'EDS 2016 mobilisée - 100% de complétude et promptitude des données des régions								

Action 09 ETUDES STRATÉGIQUES ET PLANIFICATION

OBJECTIF	Améliorer la qualité et l'efficacité de la dépense au MINSANTE							
Indicateur	Intitulé:		Nombre de documents de planification et de programmation produits annuellement				TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE 100%	
	Unité de mesure		%					
	Année de référence:		2013					
	Valeur de référence:		2.0					
	Année cible:		2015					
	Valeur Cible		3.0					
	Réalisation exercice (Résultat technique):		03					
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP
	462 500 000	462 500 000	349 865 339	349 865 339		462 500 000		97 %
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION	Le contexte de mise en œuvre de cette action a été marquée par : • 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 extraits)	02 documents de planification et de programmation produits (PAP et CDMTs) 01 document de Synthèse des Plans de Travail Annuels des différentes structures du MINSANTE disponible							
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extraits)	• 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 2016	• 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 au MINSANTE								
Indicateur	Intitulé:		Taux d'exécution budgétaire				TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE 94%		
	Unité de mesure		%						
	Année de référence:		2013						
	Valeur de référence:		85.0						
	Année cible:		2015						
	Valeur Cible		92.0						
	Réalisation exercice (Résultat technique):		94%						
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE		
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP	
	8 374 695 380	8 374 695 380	675 722 903	675 722 903		8 345 621 215		100 %	
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 extrants)	La Synthèse annuelle de recettes des formations sanitaires de l'exercice 2015 Le projet de performance 2016 du MINSANTE 								

Action 13 CONTRÔLE ET AUDIT INTERNE

OBJECTIF	Améliorer le fonctionnement et la performance des services de santé								
Indicateur	Intitulé:		Indice de satisfaction de l'utilisateur				TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE		ND
	Unité de mesure		%						
	Année de référence:		2013						
	Valeur de référence:		90.0						
	Année cible:		2015						
	Valeur Cible		95.0						
	Réalisation exercice (Résultat technique):		ND (conduct a study to complete this indicator. Proper regulation of the healthcare system should enable effective controls of health facilities and thus improve the management of patients and among others,the distribution of matching shares. Progress in this direction could be appreciated through this indicator, which measures the degree of satisfaction of users and hospitalstaff)						
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE		
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP	
	396 000 000	396 000 000	325 744 447	325 744 447		386 958 213		98 %	
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION	Le renforcement de l'éthique, de la régulation et du contrôle du secteur santé s'est mené dans un contexte où de nombreuses pratiques peu recommandées ont été décrites dans les structures de santé notamment dans les hôpitaux publics. Par ailleurs, le coût élevé des soins, le pouvoir d'achat limité des populations, l'absence d'un système national de partage du risque maladie, l'extrême vulnérabilité des usagers des formations sanitaires victimes de multiples actes de corruption dont des rançonnements, des détournements/désorientations vers des structures privées et la surfacturation des actes et des médicaments justifient l'importance d'un meilleur contrôle de ces structures de santé en vue de l'amélioration des prestations de soins ainsi que de leur performance telle qu'exigée dans le cadre du budget programme.								

ACTIVITES
MAJEURES
REALISEES
(présentation des
extraits)

Les activités conduites ont permis d'avoir les résultats suivants :

- v 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
- v 10 missions d'investigation avec rapports disponibles ont été effectuées
- v 116 personnels ont été sanctionnés au terme de 290 investigations.
- v 21 officines de pharmacie contrôlées
- v 01 établissement de fabrication des médicaments contrôlé
- v 06 établissements de vente en gros des médicaments contrôlés
- v 06 Laboratoires d'Analyses de Biologie Médicale contrôlés
- v 21 pharmacies d'hôpitaux et cliniques privées contrôlées
- v 06 grossistes répartiteurs pharmaceutiques contrôlés
- v mis à jour les supports d'inspection pharmaceutique : 03 grilles sur les 05 grilles d'inspection ont été révisées. Il s'agit des grilles d'inspection:
 - o des officines de pharmacie,
 - o des Laboratoires d'Analyses de Biologie Médicale,
 - o des établissements de vente en gros ou de distribution en gros de produits pharmaceutiques
- v 100% de dénonciations reçues ont été traitées
- v la détection de 20 médicaments contrefaits sur le marché national camerounais,
- v des opérations de saisies destructions des médicaments de la rue par les forces de l'ordre, les services des Douanes et les Comités Régionaux de Lutte contre les faux médicaments (la valeur des stocks de médicaments saisis et détruits a été estimée sur le plan national à : 554 969 708 F CFA)
- v des missions d'inventaire des produits pharmaceutiques illicites saisis effectuées
- v - l'organisation d'activités dans le cadre de la Célébration le 12 octobre de la Journée Africaine de L u t t e c o n t r e l e s f a u x m é d i c a m e n t s d o n t :
 - +La réalisation et la diffusion de spots audio et visuel sur les messages du MINSANTE et du Président de l'Ordre National des Pharmaciens du Cameroun sur les dangers que constituent les faux médicaments.
- v la saisie des opérateurs téléphoniques (MTN, Orange, NEXTTEL et CAMTEL) pour la sensibilisation de la population via SMS et la réaction positive de l'un d'entre eux (société Orange)
- v la tenue de 02 sessions de sensibilisation des usagers et personnels des hôpitaux le 13 octobre 2015 à l'HD de Biyem-Assi et le 15 octobre 2015 à l'HD de la Cité verte sur les méfaits des faux médicaments et les mesures de lutte.
- v la confection et distribution du matériel de sensibilisation auprès des personnels du MINSANTE, des hôpitaux de district de la Cité verte et de Biyem-Assi, à l'Ordre des pharmaciens, les Syndicats.
- v la sensibilisation de plusieurs autres parties prenantes pour leur implication aux activités (MINEBASE, MINESEC, MINPROFF, DG d'Hysacam, DG CENAME, DRSP Centre, au président du SNPC, au président du SYNAPOC, Président de l'Ordre)
- v Plusieurs interventions de l'IGSPL au cours de divers fora sur la problématique des faux médicaments au Cameroun et les dangers de ces derniers sur la santé et l'économie du pays
- v L'élaboration du projet de texte (Arrêté) portant création, organisation et fonctionnement d'un Programme National Multisectoriel de Lutte contre les faux médicaments et le trafic illicite des médicaments au Cameroun,
- Elaboration des textes organiques du Laboratoire National de Santé Publique (LNSP)

JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extraits)	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). S'agissant de la performance, les handicaps ci-après ont entravé la mise en œuvre de cette action : 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. Par contre les indicateurs ci après n'ont pas pu être renseignés. Il s'agit de : · L'indice de satisfaction des usagers des hôpitaux (l'enquête nationale programmée pour 2015 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 2016	- Ø Faire davantage de plaidoyer 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; - Ø Etendre le contrôle à toutes les catégories de structures de santé (structures du niveau central, programmes prioritaires de santé...); - Ø 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...); - Ø Renforcer le dispositif normatif du secteur (normes, standards, protocoles de soins,...); - Ø 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. - Ø Sanctionner systématiquement les personnels véreux ; - Ø Protéger les dénonciateurs ; - Ø Encourager les personnels méritants ; Promouvoir les bonnes pratiques.

3. BILAN STRATEGIQUE ET PERSPECTIVES

Le bilan de mise en œuvre du PPA 2015 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 troisième et dernière année du premier triennat 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 2015, il s'est agi de corriger la présentation, le contenu des programmes et des actions ainsi qu'à la formulation des indicateurs de mesure des performances y compris l'appropriation de la reddition des comptes attendues du Ministère de la Santé Publique.

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

La santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent :

La mise en œuvre de ce programme nous a permis d'avoir une meilleure lisibilité entre les résultats obtenus en 2015 et l'objectif stratégique du Ministère de la Santé Publique en matière d'amélioration de l'état de santé des populations précisément dans le domaine de la santé de reproduction.

Certes, ces résultats présentent les efforts consentis par le Gouvernement en vue d'assurer à la mère, le nouveau-né, l'enfant et l'adolescent des conditions de vie meilleures mais, il demeure vrai qu'ils sont à améliorer.

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 2015 a été de 30%. Plusieurs actions ont contribué à l'obtention de ce résultat, à savoir : (i) le taux de guérisons des nouveaux cas de TPM+ est de 84% soit 18 722 guéris sur les 22 288 dépistés en 2014 à 86,8 % en 2015 (cohorte de malades 2014 analysée en 2015). (ii) Pour le paludisme, 1 065 136 cas suspects de paludisme dont 769 976 cas de paludisme simple et 295 160 de paludisme grave ont été enregistrés en 2015. 94 637 enfants de moins de 05 ans ont été traités gratuitement du paludisme simple, 29 204 sur 79 354 enfants au paludisme grave. Il a été enregistré 2 211 décès chez les enfants de moins de 05 ans dans les formations sanitaires de suite de paludisme grave. (iii) Le taux de co-infection TB/VIH est de 33%. (iv) 760 femmes et jeune fille ont été dépistées pour le cancer du

col et des seins, et 240 hommes pour le cancer de la prostate. 180 Infirmiers et 60 Médecins ont été formés sur le dépistage du cancer du col de l'utérus par la méthode VIA/VILI ; 13 000 filles âgées de 9 à 13 ans ont été vaccinées contre le Humain Papilloma Virus. (v) En ce qui concerne la transfusion sanguine, 32 146 poches de sang ont été collectées dans 14 des 15 banques de sang avec 28.088 poches de sang transfusées, 7.589 donateurs bénévoles ont été enregistrés et 86 personnels des banques de sang ont été formés à la sécurité transfusionnelle.

La Viabilisation du District de Santé :

Dans le cadre de la mise en œuvre du présent programme, les quatre actions qui ont été inscrites ont été exécutées. Les résultats obtenus sont les suivants : (i) Pour ce qui est du renforcement de l'offre de services et de soins, on constate qu'il a été amélioré à travers l'enrichissement de la carte sanitaire et le relèvement des plateaux techniques des formations sanitaires de 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} catégorie ; (ii) En ce qui concerne la remise à niveau des formations hospitalières de 1^{ère}, 2^{ème} et de 3^{ème} niveau : principalement, 03 hôpitaux de référence, l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Douala (HGOPED), Centre des Urgences de Yaoundé (CURY), l'Hôpital de Référence de Sangmélina (HRS) ont vu leurs travaux achevés et leur mise en service éminente. L'hôpital Général de Douala a acquis un scanner ; (iii) Dans le cadre du développement des ressources humaines, Le recrutement de nouveaux personnels et la fidélisation de 229 personnels dans les zones d'accès difficile ont contribué à l'amélioration du ratio du personnel de santé. Ainsi, 147/180 DS disposent d'au moins 50% de personnel nécessaire ; (iv) Dans le cadre de l'amélioration du partenariat et du développement des ressources et financement : la proportion du budget alloué à la santé a stagné en 2014 avec un taux de 5,1% du budget national et reste loin des 15% promis à la santé.

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 2015 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.

3.2. LEÇONS APPRISES

La mise en œuvre du PPA 2015 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 2015 du MINSANTE au 31 décembre 2015 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 2016, il s'agira de consolider les acquis des expériences de 2014 et 2015 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 2016 du MINSANTE.

3.3. PERSPECTIVES 2016

Santé mère, nouveau-né, enfant et adolescent :

- L'opportunité des financements innovants et l'entrée en scène de nouveaux partenaires, pour renforcer les interventions à haut impact sur la santé de la mère constituent une perspective pour les années à venir ;
- Renforcer la vaccination de routine
- Renforcer les capacités du personnel de santé
- Plaidoyer pour l'augmentation des ressources humaines et financières au niveau opérationnel
- Adaptation du budget ;
- Utilisation de l'opportunité qu'offrent les partenaires du Cameroun pour le renforcement de la SRA.

Lutte contre la maladie et promotion de la santé :

L'absence de visibilité des activités de promotion de la santé et de prévention de la maladie ont entraîné la division du programme lutte contre la maladie en trois programmes dont les perspectives sont :

Promotion de la santé : Il s'agira d'amener la population à adopter les comportements sains et favorables à la santé d'ici 2027 en :

- Renforçant les capacités institutionnelles, communautaires, et la coordination dans le domaine de la promotion de la santé dans 80% des districts de santé;
- Améliorant le cadre de vie des populations dans au moins 70% des districts de santé d'ici 2027 ; Renforcer les aptitudes favorables à la santé des individus et des communautés dans au moins 75% des districts de santé d'ici 2027 ;
- Amenant les familles à adopter les pratiques familiales essentielles notamment la

planification familiale.

Prévention de la maladie : Il sera question de réduire d'ici 2027 la proportion des personnes présentant les facteurs de risque des maladies évitables au Cameroun en :

- Réduisant d'au moins un tiers l'incidence/prévalence des maladies transmissibles à l'horizon 2027;
- réduisant les risques de survenue des événements de santé publique majeurs, des maladies à potentiel épidémique y compris les zoonoses dans au moins 90% des districts ;
- augmentant la couverture des interventions de prévention SRMNEA /PTME dans au moins 80% de DS;
- Réduisant d'au moins 1/5^{ème} l'incidence/prévalence des principales maladies non-transmissibles d'ici 2027.

Prise en charge des cas : l'objectif stratégique de la prise en charge des cas est de : « Réduire de 50% la létalité hospitalière et communautaire des maladies prioritaires transmissibles, non-transmissibles, ainsi que la mortalité maternelle et infanto-juvénile ». Et pour cela il vise d'ici 2027 à :

- assurer une prise en charge curative des maladies transmissibles et non-transmissibles selon les normes ainsi que celle de leurs complications dans au moins 80% des formations sanitaires ;
- assurer une prise en charge globale des problèmes de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent dans au moins 80% des structures sanitaires ;
- assurer la prise en charge des urgences médicales, des catastrophes et des crises humanitaires dans au moins 80% des structures sanitaires selon les normes ;
- réduire d'au moins 1/5^{ème} la proportion de la population présentant au moins un handicap.

La viabilisation du District de Santé :

- Recherche de nouveaux mécanismes de financement de la santé ;
- Financement et mise en œuvre du projet « **Value for Result** » dans les 26 Districts de Santé pilotes ;
- Diffusion du rapport d'évaluation externe de la SP du secteur santé ;
- Actualisation de la Stratégie Partenariale 2007-2015 du secteur 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 :

- Adoption de la nouvelle Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027;
- Renforcer la coordination au niveau régional ;
- Publication de la Carte Sanitaire et du Rapport des Comptes Nationaux de la Santé pour l'année 2012 ;
- 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 MINCONSUE 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.