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 2016

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	6
1.3.	CONTEXTE DE L'EXÉCUTION DES PROGRAMMES	7
1.4.	AUTRES FAITS MAJEURS DE L'ANNÉE 2016	10
2.	**ETAT DE MISE EN OEUVRE DES PROGRAMMES**	**11**
2.1.	**PROGRAMME 526:** PRISE EN CHARGE DES CAS	12
2.1.1.	PRÉSENTATION DU PROGRAMME	13
2.1.2.	CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DU PROGRAMME	14
2.1.3.	PERFORMANCE GLOBALE DU PROGRAMME EN 2016	15
2.1.4.	PERFORMANCES DÉTAILLÉES DU PROGRAMME PAR ACTIONS POUR L'ANNÉE 2016	16
2.2.	**PROGRAMME 527:** PREVENTION DE LA MALADIE	28
2.2.1.	PRÉSENTATION DU PROGRAMME	29
2.2.2.	CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DU PROGRAMME	30
2.2.3.	PERFORMANCE GLOBALE DU PROGRAMME EN 2016	31
2.2.4.	PERFORMANCES DÉTAILLÉES DU PROGRAMME PAR ACTIONS POUR L'ANNÉE 2016	33
2.3.	**PROGRAMME 528:** PROMOTION DE LA SANTE	36
2.3.1.	PRÉSENTATION DU PROGRAMME	37
2.3.2.	CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DU PROGRAMME	39
2.3.3.	PERFORMANCE GLOBALE DU PROGRAMME EN 2016	39
2.3.4.	PERFORMANCES DÉTAILLÉES DU PROGRAMME PAR ACTIONS POUR L'ANNÉE 2016	41
2.4.	**PROGRAMME 530:** GOUVERNANCE ET APPUI INSTITUTIONNEL DANS LE SECTEUR SANTE	48
2.4.1.	PRÉSENTATION DU PROGRAMME	49
2.4.2.	CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DU PROGRAMME	50

2.4.3. PERFORMANCE GLOBALE DU PROGRAMME EN 2016 54

2.4.4. PERFORMANCES DÉTAILLÉES DU PROGRAMME PAR ACTIONS POUR L'ANNÉE 2016 61

3. BILAN STRATEGIQUE ET PERSPECTIVES 72

3.1. RAPPROCHEMENT DES RÉSULTATS OBTENUS AVEC L'OBJECTIF STRATÉGIQUE DU MINISTÈRE 73

3.2. LEÇONS APPRISES 73

3.3. PERSPECTIVES 73

NOTE EXPLICATIVE

Le 1er 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, lesquels sont structurés dans les Projets de Performance des administrations (PPA). Ces PPA sont rédigés annuellement par les ordonnateurs principaux du budget de l'Etat et annexés à la loi des finances. A la suite de leur mise en œuvre, les programmes 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, conformément à l'article 22 alinéa 3 de la loi portant régime financier de l'Etat de 2007.

Les présents RAP 2016, qui marquent la quatrième année d'élaboration de cet important document de performance depuis l'avènement du budget programme, correspondent à l'évaluation des programmes votés par le Parlement dans la loi de finances 2016, au regard des engagements pris par les administrations par rapport à ces programmes dans le cadre des Projets de performance de cet exercice (PPA 2016).

En termes de méthodologie, les RAP rendent compte du niveau d'exécution financière des programmes, ainsi que des progrès réalisés par les administrations vers l'atteinte des objectifs fixés, avant de jeter les perspectives, sur la base d'un bilan stratégique, en vue de l'amélioration de la performance des programmes dans la poursuite de leur mise en œuvre.

Aussi le canevas de présentation des RAP de l'exercice 2016 se décline comme suit:

- Contexte de mise en œuvre des programmes en 2016;
- Etat de mise en œuvre pour le compte de l'exercice 2016 ;
- Bilan stratégique et perspectives.

1. CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DES PROGRAMMES

1.1. RAPPEL DE LA SYNTHÈSE STRATÉGIQUE

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 veiller au développement des actions de prévention et de lutte Ø De lutter contre les épidémies et les pandémies ;

Ø De mettre en œuvre 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 D'assurer le 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 D'assurer le contrôle de l'exercice des professions de médecin, chirurgien-dentiste, pharmacien et médico-sanitaire et assure la tutelle des ordres professionnels correspondants;

- De veiller au suivi des activités relevant de son domaine de compétence du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapés Cardinal Paul Emile LEGER, en liaison avec le Ministère des Affaires Sociales.
- D'assurer la liaison entre le Gouvernement et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS),

ainsi qu'avec les organismes internationaux relevant de son domaine de compétence, en liaison avec le Ministère des Relations Extérieures.

- Il exerce la tutelle technique sur les établissements publics administratifs du secteur de la santé publique.
- Il exerce également la tutelle sur:
- le Centre Hospitalier de Recherche et d'Application en Chirurgie Endoscopique et de Reproduction Humaine (CHRACERH) ;
- le Centre Pasteur du Cameroun (CPC) ;
- le Laboratoire National de Contrôle de Qualité des Médicaments et d'Expertise (LANACOME) ;
- le Centre International de Référence Chantal BIYA pour la recherche et la prise en charge du VIH-SIDA (CIRCB) ;
- la Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables Médicaux Essentiels (CENAME) ;

l'Observatoire National de la Santé Publique (ONSP).

1.3. CONTEXTE DE L'EXÉCUTION DES PROGRAMMES

1.1. CONTEXTE DE L'EXÉCUTION DES PROGRAMMES

La mise en œuvre des quatre programmes du Ministère de la Santé Publique au cours de l'année 2016 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 (Avec le Plan d'Urgence Triennal pour l'Accélération de la Croissance, PLANUT, volet santé) ;
- L'organisation de la CAN 2016 et la préparation de la CAN 2019 ;
- La poursuite du Cadre institutionnel rénové d'exécution des programmes ;
- La gestion des réfugiés dans certaines régions.

La poursuite de la mise en œuvre de la réforme budgétaire

L'année 2016 est le début de la mise en œuvre du second triennat du Budget-Programme au Cameroun. Au niveau du MINSANTE, quatre programmes ont été définis dont trois techniques et un support :

- Promotion de la santé;
- Prévention de la maladie ;
- Prise en charge des cas;
- Gouvernance et le pilotage stratégique du secteur santé.

La promulgation d'une Loi de finances davantage ambitieuse

Le budget de l'Etat a connu en 2016 une augmentation considérable par rapport à celui de 2015. L'enveloppe budgétaire allouée au MINSANTE au cours de cet exercice s'élevait à 236,167 milliards de FCFA, Soit 100,370 milliards (56,08%) en Investissement et 106,696 milliards (43,92%) en Fonctionnement. Ce budget était en augmentation par rapport à l'exercice 2015 de 29,1 milliards en valeur absolue et de 14,05% en valeur relative. La répartition par programme se présentait ainsi qu'il suit :

Programmes	**Montant en FCFA**	**%**
Promotion de la santé	27 450 097 360	11
Prévention de la maladie	34 343 234 234	15
Prise en charge des cas	141 202 431 026	60
Gouvernance et pilotage stratégique du secteur santé	33 171 247 380	14
TOTAL	**236 167 000 000**	**100%**

La candidature retenue du Cameroun pour l'organisation des CAN 2016 et 2019

L'année 2016 a été marquée entre autres par l'organisation de la Coupe d'Afrique des Nations de football féminin, et les préparatifs de la CAN de football masculin qui aura lieu en 2019. Le MINSANTE a été sollicité pour assurer la couverture sanitaire de ces différentes échéances sportives à travers le relèvement des plateaux techniques, la construction/équipement de formations sanitaires dites de nouvelle génération et, le renforcement de son dispositif de prise en charge efficace et diligente des urgences sportives et connexes éventuelles.
La poursuite du Cadre institutionnel rénové d'exécution des programmes

Sur orientation du MINEPAT, le Ministre de la Santé Publique a mis en place en 2012, le Secrétariat Technique de la 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 2014, le Ministre de la Sante Publique a révisé le texte portant désignation des responsables de programmes et d'actions en désignant le 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 en 2016 pour éviter les conflits de compétence aboutissant au gaspillage des ressources et à l'inefficacité. Ainsi en 2016, par décision n°0087/D/MINSANTE/CAB/SG/DRFP/SDBF/BPBI du 13 juin 2016 et par décision n° 1568/D/MINSANTE/CAB/SG/DRFP du 22 juin 2016, ont été respectivement désignés au MINSANTE, les responsables de la plateforme de dialogue et, les membres des Cellules spécialisées du Comité PPBS.

La gestion des réfugiés dans certaines régions

Les conflits interreligieux et interethniques intervenus dans les pays voisins ont entrainé 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 placé dans une position d'alerte permanente et de riposte afin de préserver la santé des populations. D'importantes ressources humaines, financières et matérielles ont été déployées grâce aux efforts du Gouvernement en collaboration avec ses partenaires techniques et financiers.

1.4. AUTRES FAITS MAJEURS DE L'ANNÉE 2016

2. ETAT DE MISE EN OEUVRE DES PROGRAMMES

2016

RAPPORT ANNUEL
DE PERFORMANCE

2.1. PROGRAMME 526

PRISE EN CHARGE DES CAS

Responsable du programme

Pr KINGUE SAMUEL

INSPECTEUR GENERAL DES SERVICES MEDICAUX ET PARAMEDICAUX

2.1.1. PRÉSENTATION DU PROGRAMME

Au Cameroun en 2013, les principales maladies transmissibles représentaient environ 24% du poids global de la maladie (Tableau 3). En effet, le VIH/SIDA, le Paludisme et la Tuberculose représentaient respectivement 11.48%, 10.77% et 1.41% (Tableau 3). Les maladies sus évoquées, associées aux infections respiratoires basses (10.12%), aux maladies diarrhéiques (5.57%), et aux IST (1.31%), constituent environ 41% du poids de la maladie et sont responsables de 42% des décès.

Pour ce qui est des maladies non-transmissibles, elles sont dominées par les affections cardiovasculaires, les cancers, les accidents et traumatismes qui représentent environ 14% du poids de la maladie et 23,3% de la mortalité globale. Chez les enfants de zéro à cinq ans, le paludisme, les infections respiratoires basses et les maladies diarrhéiques constituent à elles seules près de 43% de la morbidité et de la mortalité globale.

Objectif	Réduire la létalité hospitalière et communautaire des maladies prioritaires transmissibles, non-transmissibles, ainsi que la mortalité maternelle et infanto-juvénile d'ici 2027	
Indicateur	**Intitulé :**	Pourcentage des patients mis sous TARV
	Unité de mesure :	%
	Valeur de référence	**27**
	Année de référence	2015
	Valeur cible	60%
	Année cible	2018
Actions du programme	Action 01 : Mise en œuvre des interventions curatives à haut impact chez la mère, le nouveau-né, l'enfant et l'adolescent Action 02 : Prise en charge des urgences et des catastrophes Action 03 : Prise en charge du VIH/SIDA, tuberculose, IST et hépatites virales Action 04 : Prise en charge du paludisme Action 05 : Prise en charge des maladies chroniques non transmissibles (MCNT) Action 06 : Prise en charge des maladies tropicales négligées et des autres maladies Action 07 : Offre Infrastructurelles et Equipements des Formations Sanitaires	
Dotations initiales	AE : **141 202 431 026**	CP : **141 202 431 026**
Responsable du programme	**Pr Samuel KINGUE, Conseiller Technique N°3**	

OBJECTIF	Améliorer l'accès des populations aux soins curatifs de qualité, notamment pour la cible mère et enfant en vue de réduire la charge morbide et la mortalité.	
Indicateur	Intitulé:	Pourcentage des patients éligibles qui sont mis sous TARV
	Unité de mesure	%
	Valeur de référence: Année de référence:	27.0 2014
	Valeur Cible Année cible:	60.0 2018
Indicateur	Intitulé:	Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié
	Unité de mesure	%
	Valeur de référence: Année de référence:	64.69999694824219 2015
	Valeur Cible Année cible:	85.0 2018
Indicateur	Intitulé:	Taux de mortalité péri opératoire dans les hôpitaux de 1, 2e , 3e et 4e catégorie
	Unité de mesure	%
	Valeur de référence: Année de référence:	0.0 2015
	Valeur Cible Année cible:	15.0 2018
ACTIONS DU PROGRAMME	Action 01:	MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS CURATIVES À HAUT IMPACT CHEZ LA MÈRE, LE NOUVEAU-NÉ, L'ENFANT ET L'ADOLESCENT
	Action 02:	PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES CATASTROPHES
	Action 03:	PRISE EN CHARGE DU VIH/SIDA, TUBERCULOSE, IST ET HÉPATITES VIRALES
	Action 04:	PRISE EN CHARGE DU PALUDISME
	Action 05:	PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES NON TRANSMISSIBLES(MCNT)
	Action 06:	PRISE EN CHARGE DES MALADIES TROPICALES NÉGLIGÉES ET DES AUTRES MALADIES
	Action 07:	OFFRE INFRACSTRUCTURELLES ET EQUIPEMENTS DES FORMATIONS SANITAIRES
DOTATIONS INITIALES	AE 141 202 931 026	CP 141 202 431 026
RESPONSABLE DU PROGRAMME	Pr KINGUE SAMUEL, INSPECTEUR GENERAL DES SERVICES MEDICAUX ET PARAMEDICAUX	

2.1.2. CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DU PROGRAMME

- - Le contexte d'insécurité dans le septentrion ayant entrainé un afflux massif des réfugiés dans les régions de l'Est, de l'Adamaoua et de l'Extrême-Nord
- - la gestion des catastrophes et des autres urgences de santé publique
- - le souci de la baisse de la mortalité maternelle et infanto-juvénile
- - La mise en œuvre du PLANUT (Construction, réhabilitation et équipements des hôpitaux de 1ere et 2eme catégorie dans toutes les régions)
- - La prise en compte des recommandations du CIEP 2015

2.1.3. PERFORMANCE GLOBALE DU PROGRAMME EN 2016

RESULTAT TECHNIQUE OBTENU	**14%**	
TAUX DE REALISATION DE L'INDICATEUR	**5.16%**	
DOTATION DE CREDITS REVISES (écarts)	AE : **141 202 431 026**	AE : **141 202 431 026**
CREDITS CONSOMMES	AE : **138 954 523 000**	AE : **138 954 523 000**
TAUX DE CONSOMMATION	98,41 %	98,41 %
JUSTIFICATION DU RESULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES	La cible pour 2018 de **60%** est irréaliste au vu de la progression du taux de réalisation de l'indicateur pour 2016. Nous pensons qu'une cible à terme de **35%** reflèterait mieux la réalité de notre contexte	
PERSPECTIVES POUR 2017	La nouvelle stratégie adoptée par le Cameroun depuis 2016 pour la prise en charge du VIH/Sida est l'approche « test and treat » c'est-à-dire que désormais tout malade dépisté VIH positif est immédiatement mis sous traitement indépendamment de son taux de CD4.	

RÉSULTAT TECHNIQUE OBTENU	Pourcentage des patients mis sous TARV: 43 %	
TAUX DE RÉALISATION DE L'INDICATEUR	ND	
DOTATION DE CRÉDITS RÉVISÉS:	AE 125 339 936 400,2	CP 125 339 436 400,2
(écarts = Dot.init - Dot.rev)	Ecart AE 15 862 994 625,8	Ecart CP 15 862 994 625,8
CRÉDITS CONSOMMÉS	AE 98 629 486 986	CP 98 629 486 986
TAUX DE CONSOMMATION	78,69 %	78,69 %
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES	La cible pour 2018 de **50%** est irréaliste au vu de la progression du taux de réalisation de l'indicateur pour 2016. Nous pensons qu'une cible à terme de **35%** reflèterait mieux la réalité de notre contexte	
PERSPECTIVES 2017	La nouvelle stratégie adoptée par le Cameroun depuis 2016 pour la prise en charge du VIH/Sida est l'approche « test and treat » c'est-à-dire que désormais tout malade dépisté VIH positif est immédiatement mis sous traitement indépendamment de son taux de CD4.	

2.1.4. PERFORMANCES DÉTAILLÉES DU PROGRAMME PAR ACTIONS POUR L'ANNÉE 2016

Action 01 Mise en œuvre des interventions curatives à haut impact chez la mère, le nouveau-né, l'enfant et l'adolescent

Les fonds destinés à l'acquisition des kits obstétricaux sont tombés dans la forclusion. Toutefois les investissements de l'exercice précédent ont permis d'améliorer la santé de la mère de l'enfant et de l'adolescent.
Les réalisations obtenues sont soutenues par les FINEX

La mise œuvre du projet chèque santé dans certaines FOSA du septentrion et l'extension de la stratégie de kits obstétricaux dans l'ensemble du pays depuis 2015 ont contribué à booster les interventions.
Des supervisions intégrées ont permis de suivre la mise en œuvre des activités.

OBJECTIF	améliorer prise en charge des cas et des complications liées à la santé de la mère ,du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent .							
Indicateur	Intitulé:		Pourcentage nouveaux nés ayant reçu les soins postnataux dans les 48 heures.				TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE	
	Unité de mesure		%					
	Année de référence:		2004					
	Valeur de référence:		68.5					
	Année cible:		2018					
	Valeur Cible		70.0					
	Réalisation exercice (Résultat technique):		69.5					
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP
	41 192 783 026	41 192 783 026	29 384 800 000	29 384 800 000	42 845 000 000	42 845 000 000	95,99 %	95,99 %
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION	Le contexte de mise en œuvre a été marqué l'actualisation des documents de normes, les documents de protocole et d'algorithmes en SMNI. Par ailleurs des PTF ont continué à appuyer le gouvernement dans les zones ciblées : notamment dans l'organisation des campagnes de réparation chirurgicales des fistules obstétricales. Le contexte sécuritaire a influencé la mise en œuvre de l'action dans l'Extrême nord.							
ACTIVITES MAJEURES REALISEES (présentation des extrants)	· 500 personnels ont bénéficié d'un renforcement des capacités en Soins obstétricaux net néonataux d'urgence (SONEU) afin de réduire les complications liées à l'accouchement et la mortalité des nouveaux nés dans les formations sanitaires ; · 200 Personnels ont été formés dans la prise en charge chirurgicale des fistules obstétricales liées aux grossesses précoces des adolescentes. 46 153 kits obstétricaux pour une valeur de 300 millions ont été acquis et mis à la disposition des FOSA et des pavillons mères enfants afin de permettre à un maximum des femmes dans les zones rurales d'accéder à un accouchement sécurisé (réalisé par un personnel médical). Ce qui à terme permet de réduire la mortalité maternelle et néonatale.							

JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extrants)	Les fonds destinés à l'acquisition des kits obstétricaux sont tombés dans la forclusion. Toutefois les investissements de l'exercice précédent ont permis d'améliorer la santé de la mère de l'enfant et de l'adolescent. Les réalisations obtenues sont soutenues par les FINEX La mise œuvre du projet chèque santé dans certaines FOSA du septentrion et l'extension de la stratégie de kits obstétricaux dans l'ensemble du pays depuis 2015 ont contribué à booster les interventions. Des supervisions intégrées ont permis de suivre la mise en œuvre des activités.
Perspectives 2017	La mise en œuvre des interventions dans le cadre du Dossier d'Investissement et la mise en œuvre effective de l'approche Performance based financing (**PBF)** ainsi que l'extension du chèque santé (mode de subvention de l'accouchement normal en zone rurale, pour faciliter l'accès à un accouchement sécurisé) dans le septentrion et l'Est permettront d'atteindre des résultats significatifs. Mener le Plaidoyer pour la mobilisation à temps des financements pour la réalisation des activités ;

Action 02 Prise en charge des urgences et des catastrophes

OBJECTIF	d'améliorer la prise en charge des urgences et des catastrophes							
Indicateur	Intitulé:	Proportion d'épidémies confirmées ayant donné lieu à une riposte dans les délais					TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE	
	Unité de mesure	%						
	Année de référence:	2014						
	Valeur de référence:	39.0						
	Année cible:	2018						
	Valeur Cible	50.0					18,18	
	Réalisation exercice (Résultat technique):	41						
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP
	11 981 548 000	11 981 048 000	10 567 998 374,2	10 567 498 374,2	11 900 000 000	11 900 000 000	99,32 %	99,32 %
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION	Les épidémies comme les autres évènements de santé publique continuent de poser une menace majeure pour le monde entier avec des perspectives d'impacts négatifs à la fois économiques et sociaux sanitaires. D'après une étude du CDC des Etats-Unis, près de 80% des pays du monde ne sont pas capables de répondre efficacement à ces menaces. Comme tous les pays Africains intertropicaux, le Cameroun y est exposé. Avec l'épidémie de la maladie à virus Ebola (MVE) qui a frappé l'Afrique de l'Ouest, il a été démontré que les pays qui avaient des niveaux de préparation adéquats pouvaient contenir les introductions avant qu'il n'y ait une large extension de l'épidémie. Dans l'optique de faire face à ces éventuelles menaces et d'y répondre de façon adéquate et dans les délais, de nombreuses stratégies ont été mises en place mais le véritable problème reste la mobilisation précoce des fonds pour des actions rapides (riposte dans les 72h.							
ACTIVITES MAJEURES REALISEES (présentation des extrants)	- La gestion des épidémies et évènements de santé publique s'est considérablement améliorée en raison du renforcement continu des capacités des personnels de santé en SIMR, FETP, au système de gestion des incidents/urgences de santé publique. Notons également : - L'implémentation du système de gestion des incidents au MINSANTE - La formation de l'EIIR centrale, pour une investigation et une réponse adéquate et dans les délais L'organisation annuelle d'un forum sur la gestion des épidémies et des évènements de santé publique qui a permis de tirer des leçons et de corriger les gaps							
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extrants)	l'énorme difficulté à laquelle nous faisons face et qui nous empêche d'atteindre la cible de notre indicateur est la mobilisation tardive des ressources. Par ailleurs, les POS et politique définissant les rôles et les responsabilités des différents acteurs ne sont pas clairement définis, il existe en effet beaucoup de programmes verticaux dans la lutte contre les épidémies et des actions sont souvent menées à leur niveau sans que la DLMEP ne soit informée.							
Perspectives 2017	- Mise en place d'un fond facilement mobilisable pour la lutte contre les épidémies et autres urgences de santé publique - Formation des EIIR régionales et extension dans tout le pays des formations en SIMR, FETP, urgences de santé - Construction et équipement d'un Centre des Opérations des Urgences de santé publique, lieu où sera coordonnée toute la gestion des urgences de santé publique							

Action 03 Prise en charge du VIH/SIDA, tuberculose, IST et hépatites virales

§ Verticalisation des activités par les programmes et non implication totale de l'équipe cadre régionale dans la coordination des activités au niveau régional ;
§ Insuffisance de la coordination de la réponse santé intégrée du VIH, IST, TB et hépatites virales au niveau central par la DLMEP et régional
§ Insuffisance de financement et des ressources humaines

OBJECTIF	Améliorer la prise en charge des personnes vivant avec le VIH, la tuberculose, les hépatites virales et d'autres infections sexuellement transmissibles.							
Indicateur	Intitulé:		Taux de guérison des malades tuberculeux à microscopie positive				TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE	
	Unité de mesure		%					
	Année de référence:		2015					
	Valeur de référence:		82.0					
	Année cible:		2018					
	Valeur Cible		85.0				72	
	Réalisation exercice (Résultat technique):		60					
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP
	26 904 900 000	26 904 900 000	24 355 978 000	24 355 978 000	25 135 000 000	25 135 000 000	99,8 %	99,8 %
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION	§ Action mise en œuvre par trois structures (DLMEP, CNLS et PNLT) avec une insuffisance d'intégration des activités par les programmes et verticalisation des activités § Raréfaction des ressources financières, humaines et matérielles Conflit d'intérêt entre le CNLS qui assure la coordination multisectoriel et la DLMEP qui assure la coordination de la réponse santé du VIH, IST et TB du secteur santé au niveau central et DRSP et GTR au niveau régional.							
ACTIVITES MAJEURES REALISEES (présentation des extrants)	L'approche intégrée de prise en charge du VIH/IST/TB/ hépatite Viral est une stratégie qui concoure améliorer l'accès des patients aux traitements des maladies suscitées, de plus elle concoure à l'amélioration des co-infections VIH/IST/TB/ hépatite Viral VIH :à travers le dépistage systématique du VIH chez les patients tuberculeux et vis-versa ; dépistage gratuit du VIH chez les enfants de moins de 19 ans les femmes enceintes et prisonniers, mises sur traitement . 205 000 personnes mis sous ARV en 2016 1876 personnes dépitées pour l'hépatite virale B 1876 pour l'hépatite virale C ; 280 personnels de santé vaccinés et 20 enfants exposés nés de mère porteuse de l'hépatite B à la naissance vaccinés contre l'hépatite B 642 7 nouveaux cas TBP+ et rechutes notifiés							
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extrants)	§ Verticalisation des activités par les programmes et non implication totale de l'équipe cadre régionale dans la coordination des activités au niveau régional ; § Insuffisance de la coordination de la réponse santé intégrée du VIH, IST, TB et hépatites virales au niveau central par la DLMEP et régional § Insuffisance de financement et des ressources humaines							

Perspectives 2017	Pour réduire les écarts plusieurs interventions doivent être mise en œuvre : § Mise en œuvre de l'unité ou comité de coordination de la réponse santé intégrée du VIH, IST, TB et hépatites virales au niveau Central et régional (secteur santé) en conformité avec l'organigramme et des directives du MINSANTE § Renforcement du système de santé dans la prise en charge intégrée au niveau du district de santé § Implication de la communauté et société civile dans tout le processus des activités § Mise à échelle de la décentralisation de la prise en charge intégrée des quatre pathologies et application de la délégation des tâches dans toutes les FOSA

Action 04 Prise en charge du paludisme

L'indicateur est en hausse par rapport à la valeur de référence en raison de la mise en œuvre de la politique de gratuité par le Chef de l'Etat laquelle a entrainer une hausse de la fréquentation dans les formations sanitaires et par conséquent une augmentation de la demande chez les enfants de moins de 5 ans

OBJECTIF	Améliorer le diagnostic et la prise en charge du paludisme.							
Indicateur	Intitulé:		Proportion des cas de paludisme confirmés chez les enfants de moins de 5 ans correctement pris en charge.				TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE	
	Unité de mesure		%					
	Année de référence:		2016					
	Valeur de référence:		57.0					
	Année cible:		2018					
	Valeur Cible		70.0				92	
	Réalisation exercice (Résultat technique):		73					
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP
	6 235 800 000	6 235 800 000	6 219 640 000	6 219 640 000	6 205 000 000	6 205 000 000	99,51 %	99,51 %
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION	Le paludisme demeure un problème de santé majeur au Cameroun (25,4% de morbidité et 18 ,7% de mortalité en 2015 dans la population générale. Les enfants moins de 5 sont les plus touchés par la maladie et particulièrement ceux des régions du Nord et de l'Extrême-Nord, où la transmission du paludisme est saisonnière. Ils représentaient plus de 79% de l'ensemble des décès liés au paludisme en 2015. - En effet, la morbidité était de 58% au Nord et de 52% à l'Extrême-Nord en 2015, contre 38% à l'échelle nationale, chez les moins de 5 ans. - La mortalité quant à elle était de 69% au Nord et à l'Extrême-Nord contre 38% à l'échelle nationale. Le gouvernement a prescrit depuis 2011 la prise en charge gratuite du paludisme simple et depuis 2014 la prise en charge du paludisme grave chez les moins de 5 ans. La prise en charge des cas simples et graves est subventionnée dans le reste de la population.							
ACTIVITES MAJEURES REALISEES (présentation des extrants)	La promotion de la lutte contre le paludisme à travers les media (spots microprogramme radio et TV) à contribuer à une augmentation du taux de fréquentation des formations sanitaires et de la réalisation du test du diagnostic avant la mise sous traitement antipaludique. - L'acquisition et mise à disposition des intrants anti paludiques auprès des FOSA et en communauté (à travers les Agents Santé Communautaire). 1 380 725 TDR, 1 093 036 traitements d'ACT, 1286 606 ampoules d'artésunate injectable ont été acquis en 2016) a permis de mettre en œuvre la politique de gratuité et prendre en charge correctement les enfants de moins de 5 ans avec paludisme confirmé y compris dans les communautés. En effet, ces intrants ont permis de : o Confirmer 621 669 cas de paludisme par le TDR ou GE o Traiter gratuitement 161 625 enfants de moins de 5 ans pour le paludisme simple o Traiter gratuitement 167 605 enfants de moins de 5 ans pour le paludisme grave o Prendre en charge 301319 cas de paludisme simple et grave chez les de moins de 5 ans mais pas gratuitement Par ailleurs, 924 agents de santé communautaires ont pris en charge les cas de paludisme simple dans 15 districts de santé,							

JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extrants)	Le resultat de l'indicateur est en hausse par rapport à la valeur de référence en raison de la mise en œuvre de la politique de gratuité par le Chef de l'Etat laquelle a entrainer une hausse de la fréquentation dans les formations sanitaires et par conséquent une augmentation de la demande chez les enfants de moins de 5 ans
Perspectives 2017	Le renforcement des missions de supervisons et d'inspections permettra d'améliorer le respect des directives nationales dans les formations sanitaires et communautés (pour ce qui concerne la gratuité de la prise en charge du paludisme chez les moins de 5 ans - Renforcement le système de gestion et d'approvisionnement de stock (GAS) par la formation des commis de pharmacie et des gestionnaires du SYNAME permettra de réduire les ruptures de stock en intrant antipaludique - La poursuite de la sensibilisation et du renforcement des capacités des prestataires à la PEC correcte des cas permettra d'améliorer la qualité de la prise en PEC du paludisme Le passage à échelle du renforcement des capacités des agents de santé communautaire polyvalents à la PEC du paludisme simple et à la référence permettra de réduire la morbidité et la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans

Action 05 Prise en charge des maladies chroniques non transmissibles(MCNT)

-Limitation géographique (Régions du Centre et du Littoral) du management des MCNT
En 2015, l'absence de baseline nous a amené à avancer un indicateur erroné de 0% que nous estimons aujourd'hui plutôt à 40% au vu des plateaux techniques qui étaient déjà disponibles à cette époque. Partant d'un baseline de 40% en 2015, notre résultat est passé à 67% des formations sanitaires de 1ère, 2ème et 3ème catégorie capable de prendre en charge les principales MCTN selon les normes au vu de l'affectation des spécialistes et de l'acquisition de certains équipements.

OBJECTIF	Améliorer la prise en charge des cas et des complications des principales MCNT.							
Indicateur	Intitulé:		Proportion des districts de santé disposant des normes/protocoles de prise en charge des principales MCNT(cancer, diabète, HTA,…)				TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE	
	Unité de mesure		%					
	Année de référence:		2015					
	Valeur de référence:		0.0					
	Année cible:		2018					
	Valeur Cible		80.0				50	
	Réalisation exercice (Résultat technique):		40					
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP
	211 500 000	211 500 000	172 800 026	172 800 026	199 440 000	199 440 000	94,3 %	95,3 %
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION	Un plan stratégique national et multisectoriel de lutte contre les MCNT a été élaboré et est en cours de validation - Limitation des moyens technique et financier - Insécurité dans certaines Régions, y limitant le dépistage et la pris en charge de ces pathologies							
ACTIVITES MAJEURES REALISEES (présentation des extrants)	04 sessions de coordination des activités de lutte contre les maladies chroniques non transmissibles (MCNT) ont permis une meilleure organisation des campagnes de dépistage et des missions de chirurgie cardiaque - 10 Campagnes de dépistage des MCNT ont permis de détecter les cas d'hypertension, de diabète, d'obésité, et de cancers - 20 Missions de chirurgie cardiaque à l'hôpital Général de Douala et au Centre Cardiologique SHISONG ont permis d'éviter les évacuations sanitaires à l'étranger de plus 200 malades opérés localement.							
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extrants)	Limitation géographique (Régions du Centre et du Littoral) du management des MCNT En 2015, l'absence de baseline nous a amené à avancer un indicateur erroné de 0% que nous estimons aujourd'hui plutôt à 40% au vu des plateaux techniques qui étaient déjà disponibles à cette époque. Partant d'un baseline de 40% en 2015, notre résultat est passé à 67% des formations sanitaires de 1ère, 2ème et 3ème catégorie capable de prendre en charge les principales MCTN selon les normes au vu de l'affectation des spécialistes et de l'acquisition de certains équipements.							

Perspectives 2017	Notre stratégie pour l'amélioration des écarts observés au cours de l'exercice s'articule autour de 04 points : - Validation du plan stratégique national et multisectoriel de lutte contre les MCNT (PSNMLMCnT) - Validation annuelle des plans d'action ; - Révision et diffusion des protocoles de soins ; Du fait de la réhabilitation des plateaux techniques des hôpitaux de 1ère catégorie et de la construction de 08 hôpitaux régionaux de 2ème catégorie dans le cadre du PLANUT, un recrutement spécial de près de 4000 personnel fait actuellement l'objet d'un plaidoyer auprès du gouvernement en vue d'améliorer la prise en charge des MCNT.

Action 06 Prise en charge des maladies tropicales négligées et des autres maladies

OBJECTIF	Améliorer la prise en charge des maladies tropicales négligées et des maladies rares.							
Indicateur	Intitulé:		Proportion de cas l'Ulcère de Buruli(UB) guéris sans complication				TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE	
	Unité de mesure		%					
	Année de référence:		2015					
	Valeur de référence:		80.0					
	Année cible:		2018					
	Valeur Cible		95.0				33,3	
	Réalisation exercice (Résultat technique):		85					
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP
	197 400 000	197 400 000	159 720 000	159 720 000	196 170 000	196 170 000	99,38 %	99,38 %
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION	Le contexte de mise en œuvre est néanmoins marqué par une baisse progressive et constante des ressources extérieures qui mettront bientôt certains programmes sensibles tels que le déparasitage des enfants en âge scolaire							
ACTIVITES MAJEURES REALISEES (présentation des extrants)	Les maladies tropicales négligées touchent en général, les populations les plus pauvres avec des complications (cécité, éléphantiasis, mutilation et déformations diverses) et liées à leur chronicité et ou la prise en charge tardive. Deux grandes interventions de cette action permettent de les limiter à savoir : - Traitement communautaire et scolaire de masse dans plus de 180 districts de santé contre l'onchocercose, Filariose lymphatique, le trachome, les vers intestinaux, la schistosomiase. Soit plus de 18 000 000 de traitement. - Le dépistage et traitement intensif des cas de lèpres (813 cas dont 282 nouveaux, d'ulcère de Buruli (87cas), et pian (900 cas).							
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extrants)	Les résultats obtenus se justifient toutefois par l'engagement de l'état à maintenir ces interventions, par l'accompagnement des PTF (USAID, OMS, HKI, Sightsavers ..) et par l'action des volontaires Distributeurs communautaire							
Perspectives 2017	Une appropriation progressive des interventions très couteuses dans leur mise en œuvre soit 2 à 2.5 milliards par an pour une contribution de l'état d'environ 250 à 300 millions par an. Le retrait sans cesse progressif des partenaires financiers et techniques de ces interventions devrait amener l'Etat camerounais a prendre des mesures conséquentes pour éviter de régénérer une exclusion sociale des victimes de ces affections.							

Action 07 Offre Infracstructurelles et Equipements des Formations Sanitaires

Le montage du PLANUT comme projet de routine l'a sorti du guichet des fonds de contrepartie. Or, l'étendue des acteurs institutionnels ou non de ce projet sur l'ensemble du territoire fait de lui, un projet grand consommateur des ressources. Comparé à d'autre projet d'importance moindre, le PLANUT se trouve à fonctionner quasiment le moins loti (absence d'indemnités, salaire etc), élément pourtant déterminant pour l'atteinte des résultats poursuivis. Cette situation entre autre peut justifier la mise œuvre « lourde » de cette action.

OBJECTIF	Améliorer l'offre infrastructurelle et les équipements dans de formations sanitaires							
Indicateur	Intitulé:		Pourcentage des formations sanitaires de 1ère, 2ème et 3ème catégorie disposant d'un plateau technique relevé au moins à 50%				TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE	
	Unité de mesure		%					
	Année de référence:		2015					
	Valeur de référence:		0.0					
	Année cible:		2018					
	Valeur Cible		0.0				25	
	Réalisation exercice (Résultat technique):		20					
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP
	54 479 000 000	54 479 000 000	54 479 000 000	54 479 000 000	52 473 913 000	52 473 913 000	96,32 %	96,32 %
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION	La mise en œuvre du PLANUT volet santé publique dans sa structuration actuelle est très difficile et complexe cette complexité s'appuie sur l'étendue du projet sur le territoire national d'une part et la rareté ou encore l'a modicité des moyens d'accompagnement de l'équipe projet très vaste. Au-delà du PLANUT cette action couvre aussi : - Le suivi du Budget d'investissement - La recherche et des études dans la maturation des projets - La préparation de la CAN féminine							

ACTIVITES MAJEURES REALISEES (présentation des extrants)	· AMELIORATION DE L'OFFRE INFRASTRUCTURELLE o **PLANUT** **1 - Réhabilitation de l'infrastructure et relèvement du plateau technique** Le démarrage lent des travaux dû au nécessaire réajustement des études originellement inadapté au regard des capacitaires hospitalier prévus ainsi que la clarification dans le niveau des prestations attendues des FOSA ciblées. **2 – Construction et équipements des 08 CHR (**Chefs-lieux de région autre que Yaoundé et Douala**)** La situation d'immaturation des dossiers techniques utilisés dans le montage financier du projet nous a amené à une redéfinition à la fois du programme architectural pour chaque site qu'à un redimensionnement des chacun des hôpitaux. C'est ainsi que nous sommes passé de 7800 m² de planch0er en surface utile à une moyenne de 13000 m² ceci afin de rendre fonctionnel le programme dont le capacitaire moyen est 120 lits. Cette situation a fait de l'année 2016 une année de finalisation des études et de la signature des marchés des travaux o **AUTRE OFFRE EN INFRASTRUCTURE EXISTANT** · ***Composante 1*** : plateau technique disponibilité du projet médical et hospitalier ; comprenant l'explicitation des différents pôles d'excellence des FOSA de catégorie 1, HGY, HGD, HGOPY renforcement du plateau technique en imagerie, HGOPED renouvellement du matériel d'imagerie (scanner), CHUY imagerie médicale, stomatologie et équipements de laboratoire, CHRACER · ***Composante 2 :*** construction/agrandissement et relèvement des plateaux techniques des FOSA de catégorie 2 ; HCY, HLD achèvement et mise en service d'un nouveau pavillon, HJY finalisation du dossier du projet médical et hospitalier en centre hospitalier ultra moderne (dossier de faisabilité technique disponible – MARUBENI-JAPON), HRS, CURY renouvellement partiel du plateau technique des FOSA renforcement · ***Composante 3 :*** les hôpitaux régionaux et régionaux annexes, EDEA, Limbé, Buéa, Nkongsamba, Bafoussam, Bamenda, Bertoua, Ebolowa, Ayos, Ngaoundéré, Garoua, Maroua, Kousseri, Yagoua dans l'ensemble de ces FOSA les hôpitaux des chefs lieu des régions ont vu leur plateau technique en imagerie et dialyse relevé, pour le cas spécifique de l'hôpital régional de Limbé et de Buea, ils ont l'objet de réhabilitation partielle de certains services (bloc opératoire, service administratif) dans le cadre de la préparation de la CAN féminine 2016 · Programme conjoint · Suivi du BIP
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extrants)	Le montage du PLANUT comme projet de routine l'a sorti du guichet des fonds de contrepartie. Or, l'étendue des acteurs institutionnels ou non de ce projet sur l'ensemble du territoire fait de lui, un projet grand consommateur des ressources. Comparé à d'autre projet d'importance moindre, le PLANUT se trouve à fonctionner quasiment le moins loti (absence d'indemnités, salaire etc), élément pourtant déterminant pour l'atteinte des résultats poursuivis. Cette situation entre autre peut justifier la mise œuvre « lourde » de cette action.
Perspectives 2017	Renforcement des moyens de suivi mis à la disposition du personnel mobilisé pour l'ensemble du projet notamment le PLANUT.

2016

RAPPORT ANNUEL
DE PERFORMANCE

2.2. PROGRAMME 527

PREVENTION DE LA MALADIE

Responsable du programme

Dr NDO Jean Rollin Bertrand

2.2.1. PRÉSENTATION DU PROGRAMME

Objectif	**Améliorer la couverture des interventions de prévention de la maladie**			
Indicateur(s)	**Intitulé :**	1. Pourcentage de ménages possédant au moins une MILDA pour 2 personnes ; 2. Taux de couverture vaccinale en PENTA 3 ; 3. Pourcentage des femmes enceintes infectées par le VIH recevant un traitement ARV (pour réduire la TME pendant la grossesse et l'accouchement au cours des 12 derniers mois)		
	Unité de mesure :	Pourcentage		
	Valeur de référence	32,3%	84%	59,33 %
	Année de référence	2013	2015	2015
	Valeur cible	85%	= 90%	65 %
	Année cible	2016	2016	2016
Actions du programme	- Prévention du paludisme ; - Prévention du VIH/SIDA, Tuberculose, IST et hépatites virales ; - Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ; - Prévention des Maladies à Potentiel Épidémique(MAPE) ; - Prévention des maladies chroniques non transmissibles (MCNT) ; - Prévention des maladies tropicales négligées (MTN) ; - Prévention des autres maladies.			
Dotations initiales	AE : 34 343 224 234	CP : 34 343 224 234		
Responsable du programme	**Dr NDO Jean Rollin Bertrand**			

OBJECTIF	Améliorer la couverture des interventions de prévention de la maladie	
Indicateur	Intitulé:	Pourcentage des femmes enceintes infectées par le VIH recevant un traitement ARV (pour réduire la TME pendant la grossesse et l'accouchement au cours des 12 derniers mois)
	Unité de mesure	%
	Valeur de référence: Année de référence:	59.33000183105469 2015
	Valeur Cible Année cible:	80.0 2018
Indicateur	Intitulé:	Taux de couverture vaccinale en PENTA 3
	Unité de mesure	%
	Valeur de référence: Année de référence:	79.5999984741211 2015
	Valeur Cible Année cible:	90.0 2018
Indicateur	Intitulé:	Pourcentage des ménages ayant accès /possédant au moins une MILDA
	Unité de mesure	%
	Valeur de référence: Année de référence:	71.0 2015
	Valeur Cible Année cible:	85.0 2018
ACTIONS DU PROGRAMME	Action 01: PRÉVENTION DU PALUDISME Action 02: PRÉVENTION DU VIH/SIDA, TUBERCULOSE, IST ET HÉPATITES VIRALES Action 03: PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MÈRE À L'ENFANT Action 04: PRÉVENTION DES MALADIES À POTENTIEL ÉPIDÉMIQUE(MAPE) Action 05: PRÉVENTION DES MALADIES CHRONIQUES NON TRANSMISSIBLES (MCNT) Action 06: PRÉVENTION DES MALADIES TROPICALES NÉGLIGÉES (MTN) Action 07: PRÉVENTION DES AUTRES MALADIES	
DOTATIONS INITIALES	AE 34 343 224 234	CP 34 343 224 234
RESPONSABLE DU PROGRAMME	Dr NDO Jean Rollin Bertrand,	

2.2.2. CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DU PROGRAMME

Le programme « Prévention de la maladie » a pour objectif d'améliorer la couverture des interventions de prévention de la maladie et envisage d'accroître simultanément : le taux de couverture vaccinale en PENTA 3, le pourcentage des ménages possédant au moins une Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action (MILDA) pour deux (02) personnes et enfin, le pourcentage des femmes enceintes infectées par le VIH recevant un traitement ARV. Il a été mis en œuvre en 2016 pour la plupart à travers les programmes prioritaires de lutte contre les principales maladies (Programme National de la Lutte contre le Paludisme, Programme Elargi de Vaccination, Programme National de Lutte contre la Tuberculose, Programme National de Lutte contre le Cancer, Comité National de Lutte contre le SIDA, Programme National de Lutte contre l'Onchocercose, Comité National de Lutte contre le Pian/Ulcère de buruli etc.). Par ailleurs, on constate l'émergence des maladies chroniques non transmissibles due principalement à la modification du mode de vie des populations (sédentarité, stress,

alimentation, alcoolisme, tabagisme, consommation excessive de sel, obésité, etc.). Les maladies à potentiel épidémique continuent d'être une menace réelle malgré les efforts fournis dans le domaine de la vaccination. Leur surveillance est fragilisée par la faible implication de la communauté et des hôpitaux dans la détection et la notification des cas. Par ailleurs, le système fait preuve d'une faible réactivité lors de la survenue desdites épidémies.

2.2.3. PERFORMANCE GLOBALE DU PROGRAMME EN 2016

RESULTATS TECHNIQUES OBTENUS	Indicateur 1 : 50.2% Indicateur 2 : 85% Indicateur 3 : 75,68%	
TAUX DE REALISATION DE L'INDICATEUR	Indicateur 1 : 59% Indicateur 2 : 94,6% Indicateur 3 : 115%	
DOTATION DE CREDITS REVISES (écarts)	AE : 34 343 224 234	CP : 34 343 224 234
CREDITS CONSOMMES	AE : 34 086 500 210	CP : 34 086 500 210
TAUX DE CONSOMMATION	99,25%	99,25%
JUSTIFICATION DU RESULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES	Les résultats obtenus en 2016 peuvent se justifier de la manière suivante : - Les ménages n'ont pas été dénombrés et ceux qui l'ont été ne sont pas tous venus retirer les MILDA ; - La faible fréquentation des femmes enceintes en CPN ; - La faible rétention des femmes enceintes sous TARV (autour de 51%) ; - Le retard dans l'approvisionnement en ARV des CAPR/FRPS vers les sites PTME surtout dans les Régions de l'Extrême-Nord et du Nord-Ouest ; - L'insuffisance de la complétude des données dans les FOSA ; - Le faible taux de mise en œuvre des activités de la vaccination, consécutif à une mobilisation insuffisante et tardive des fonds attendus.	
PERSPECTIVES POUR 2017	- Cibler davantage les groupes mal dénombrés lors de la campagne de distribution des MILDA (Internats, mini-cités, les campements de nomades etc.) - Renforcer la vaccination de routine ; - Mettre en place et suivre les stratégies/actions opérationnelles pour améliorer le dépistage et la rétention des patients en soins en vue d'atteindre les « 90-90-90 ».	

RÉSULTAT TECHNIQUE OBTENU	Pourcentage des femmes enceintes infectées par le VIH recevant un traitement ARV (pour réduire la TME pendant la grossesse et l'accouchement au cours des 12 derniers mois) *:* 75,68% Taux de couverture vaccinale en PENTA 3 : 85% Pourcentage de ménages possédant au moins une MILDA pour 2 personnes : 50.2%	
TAUX DE RÉALISATION DE L'INDICATEUR	94,6	
DOTATION DE CRÉDITS RÉVISÉS:	AE 16 481 410 467	CP 16 481 410 467
(écarts = Dot.init - Dot.rev)	Ecart AE 17 861 813 767	Ecart CP 17 861 813 767
CRÉDITS CONSOMMÉS	AE 15 325 143 535	CP 15 325 143 535
TAUX DE CONSOMMATION	92,98 %	92,98 %
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES	Les résultats obtenus en 2016 peuvent se justifier de la manière suivante : - Les ménages n'ont pas été dénombrés et ceux qui l'ont été ne sont pas tous venus retirer les MILDA ; - La faible fréquentation des femmes enceintes en CPN ; - La faible rétention des femmes enceintes sous TARV (autour de 51%) ; - Le retard dans l'approvisionnement en ARV des CAPR/FRPS vers les sites PTME surtout dans les Régions de l'Extrême-Nord et du Nord-Ouest ; - L'insuffisance de la complétude des données dans les FOSA ; Le faible taux de mise en œuvre des activités de la vaccination, consécutif à une mobilisation insuffisante et tardive des fonds attendus.	
PERSPECTIVES 2017	- Cibler davantage les groupes mal dénombrés lors de la campagne de distribution des MILDA (Internats, mini-cités, les campements de nomades etc.) ; - Renforcer la vaccination de routine ; - Mettre en place et suivre les stratégies/actions opérationnelles pour améliorer le dépistage et la rétention des patients en soins en vue d'atteindre les « 90-90-90 ».	

2.2.4. PERFORMANCES DÉTAILLÉES DU PROGRAMME PAR ACTIONS POUR L'ANNÉE 2016

Action 01 Prévention du paludisme

OBJECTIF	Augmenter la cible des femmes enceintes qui sont sous un traitement préventif intermittent du paludisme							
Indicateur	Intitulé:	Proportion des femmes enceintes fréquentant les centres de consultation prénatales et ayant reçu trois doses de TPI					TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE	
	Unité de mesure	%						
	Année de référence:	2015						
	Valeur de référence:	26.0						
	Année cible:	2018						
	Valeur Cible	33.0					46.8	
	Réalisation exercice (Résultat technique):	32.8						
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP
	30 532 424 234	30 532 424 234	12 755 770 467	12 755 770 467	30 284 500 210	30 284 500 210	99 %	99 %
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION	L'année 2016 a été marquée par la mise en œuvre de la Campagne de distribution de masse des MILDA dans 6 régions (Adamaoua, Centre, Littoral, Nord, Extrême-nord, et Ouest) et de la Chimioprévention du paludisme Saisonnier (CPS) dans l'Extrême-nord et du Nord.							
ACTIVITES MAJEURES REALISEES (présentation des extrants)	- Acquisition et Distribution des MILDA ; - Administration de la SP aux femmes enceintes pendant la CPN ; - Chimio prévention saisonnière du paludisme.							
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extrants)	Les données sont collectées mensuellement à partir des registres de consultation prénatales des formations sanitaires publiques et privées agréées. La performance obtenue s'explique par la disponibilité de la sulfadoxine pyriméthamine dans les formations sanitaires. L'on note que 89% des formations sanitaires publiques ou privées n'ont pas connu de rupture de stock de ce médicament au cours de l'année 2016. Les principaux extrants obtenus sont les suivants : - 9 282 366 MILDA distribuées à la population générale dans les régions du Nord, de l'Extrême-Nord, de l'Adamaoua, du Littoral, de l'Ouest et du Centre au cours des phases 2 et 3 de la campagne MILDA ; - 1 326 366 enfants de 03 à 59 mois soit 85,6% de la cible ont complété les 3 cycles de la Chimioprévention du paludisme saisonnier dans les régions de l'Extrême-Nord et du Nord. - 551 202 femmes enceintes sont venues CPN et parmi 180 578 soit 32,8% ont reçu au moins 3 doses de TPI. Cependant, la couverture de la cible attendue des femmes enceintes (1 135 495 en 2016) par le TPI 3 reste faible et s'explique par : - le recours tardif au service de CPN par les femmes enceintes ; - la faible fréquentation de la CPN ; - la faible assiduité des femmes enceintes aux rendez-vous de la CPN ; - le faible pouvoir d'achat des ménages et le coût des prestations de service ; la faible adhésion des prestataires de soins aux directives nationales.							
Perspectives 2017	Ø Contribution financière et matérielle du PNLP à la mise en œuvre de la SASNIM ; Ø Mise en œuvre de la stratégie avancée de la CPN ; Ø Distribution aux ménages du reliquat des MILDA de la campagne 2015-2016 dans les régions du Centre, de l'Extrême-Nord, du Littoral, de l'Ouest et du Sud-Ouest ; Mise en œuvre de la CPS 2017 en quatre cycles.							

Action 02 Prévention du VIH/SIDA, Tuberculose, IST et hépatites virales

OBJECTIF	Réduire les nouveaux cas d'infection au VIH							
Indicateur	Intitulé:	Incidence du VIH dans la population					TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE	
	Unité de mesure	%						
	Année de référence:	2015						
	Valeur de référence:	2.4000000953674316						
	Année cible:	2018						
	Valeur Cible	2.200000047683716					110	
	Réalisation exercice (Résultat technique):	1,3						
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP
	47 000 000	47 000 000	37 600 000	37 600 000	46 000 000	46 000 000	97,8 %	97,8 %
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION	L'année 2016 a été marquée par de nouvelles approches en matière de lutte contre le VIH, notamment : - L'application du « Test and Treat » ; - La dispensation communautaire des ARVs par les OBC ; - L'élaboration et la mise en œuvre du Plan d'accélération de la thérapie ARV au Cameroun 2016-2018. Cette donnée est renseignée dans le cadre de l'évaluation finale du Plan Stratégique National (PSN) 2014-2017 sous financement Fonds Mondial de lutte contre le Sida, Paludisme et la Tuberculose							
ACTIVITES MAJEURES REALISEES (présentation des extrants)	- Accessibilité du diagnostic moléculaire ; - Dépistage VIH à toutes les portes d'entrée (stratégie Test and Treat) ; - Administration TARV chez Co infectés TB/VIH ; - Renforcement de la rétention et de l'adhérence au TARV des patients infectés ; -Renforcement de l'accompagnement psychosocial des PvVIH ; -Mise en place de la Dispensation communautaire des ARV.							
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extrants)	L'incidence du VIH est un indicateur d'impact dont les résultats sont obtenus au travers d'une étude qui n'est pas réalisée chaque année. Cependant, les estimations sont obtenus par le logiciel EPP (Estimation and projection pacquages) SPECTRUM recommandé par l'ONU SIDA au niveau du CNLS utilisé par tous les pays. Le budget sert principalement à l'acquisition des médicaments anti antirétroviraux qui sont gratuits, de même qu'une partie importante des antituberculeux et des intrants du dépistage. Principal extrant obtenu : 380 540 personnes testées au VIH connaissent leur statut sérologique.							
Perspectives 2017	Extension du diagnostic moléculaire au niveau du territoire national.							

Action 04 Prévention des Maladies à Potentiel Épidémique(MAPE)

OBJECTIF	Réduire la survenue des épidémies							
Indicateur	Intitulé:		Proportion des districts de santé ayant enregistré une épidémie des maladies sous surveillance pendant une période donnée				TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE	
	Unité de mesure		%					
	Année de référence:		2014					
	Valeur de référence:		39.0					
	Année cible:		2018					
	Valeur Cible		30.0				116	
	Réalisation exercice (Résultat technique):		3.7					
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP
	3 763 800 000	3 763 800 000	3 688 040 000	3 688 040 000	3 756 000 000	3 756 000 000	99,7 %	99,7 %
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION	Parmi les maladies à potentiel épidémiologique (MAPE), la rougeole est la plus courante et la plus récurrente et de ce fait est considérée comme le traceur d'entre les MAPE. La dernière campagne de suivi remonte à novembre 2015 ; elle se mène à intervalles de 3 ans. La littérature et les analyses statistiques montre que les susceptibles (non vaccinés et non immunisés) augmentent au fil du temps raison pour laquelle le nombre de Districts de Santé en épidémie peut augmenter entre deux campagnes de suivi.							
ACTIVITES MAJEURES REALISEES (présentation des extrants)	- Renforcement de la vaccination de routine ; - Campagnes de vaccination contre la polio chez les enfants de moins de 5 ans.							
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extrants)	La performance vaccinale dans les activités du Programme Elargi de Vaccination (PEV) ne donne pas les résultats escomptés. La couverture en Penta 3 et en Vaccin anti rougeoleux n'atteint pas les 90 % recommandés par L'OMS. Cette contreperformance s'explique par l'insuffisance de la complétude des données dans les FOSA et du faible taux de mise en œuvre des activités de vaccination consécutif à une mobilisation insuffisante et tardive des fonds attendus. Les activités de vaccination de routine devraient être renforcées. Principal extrant obtenu : 666 262 enfants âgés de 0 à 11 mois vaccinés au RR/VAR contre 655 901 en 2015.							
Perspectives 2017	Une bonne planification au niveau du PEV Une bonne gouvernance (coordination et renforcement des capacités des gestionnaires)							

2016

RAPPORT ANNUEL
DE PERFORMANCE

2.3. PROGRAMME 528

PROMOTION DE LA SANTE

Responsable du programme

Pr NG'AWONO NDZANA épse NKOA Thérèse
INSPECTEUR GENERAL DES SERVICES ADMINISTRATIFS

2.3.1. PRÉSENTATION DU PROGRAMME

Rappel de la problématique de la composante : Les interventions de promotion de la santé sont faiblement mises en œuvre au Cameroun à cause de la faible prise en compte des déterminants sociaux dans la résolution des problèmes de santé. Pourtant, ces interventions revêtent une importance capitale dans un pays où l'espérance de vie à la naissance n'est que de 57,30 ans. À l'analyse, on constate que le cadre de vie des populations est peu favorable à la santé et le secteur a du mal à leur faire acquérir les aptitudes et comportements sains favorables à leur santé. En outre, les populations participent peu à la résolution des problèmes de santé.

Objectif stratégique : « Amener la population à adopter les comportements sains et favorables à la santé d'ici 2027».

Objectifs spécifiques : sur ce plan, les quatre objectifs suivants ont été formulés :

- Renforcer les capacités institutionnelles, communautaires, et la coordination dans le domaine de la promotion de la santé dans 80% des districts de santé;
- Améliorer 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 ;
- D'ici 2027 amener les familles à adopter les pratiques familiales essentielles, notamment la planification familiale.

Indicateur	**Intitulé :**	- Incidence des nouveaux nés de faible poids (proportion des nouveaux nés vivant, dont le poids est inférieur à 2 500 g par rapport au nombre total de naissances sur une période donnée) (1) - Pourcentage des adultes (18 ans et plus) présentant une élévation de la pression artérielle (TA) (2) - Taux de prévalence contraceptive moderne (3)
	Unité de mesure :	(1) % (2) % (3) %
	Valeur de référence	**(1)= 9** **(2)= 21** **(3)=21**
	Année de référence	(1) 2015 (2) 2015 (3) 2015
	Valeur cible	**(1)=8** **(2)= 28** **(3)= 25**

	Année cible	2018
Actions du programme	Action 01 : Promotion des comportements favorables à la santé Action 02 : Renforcement de la planification familiale Action 03 : Amélioration du milieu de vie des populations Action 04 : Renforcement de la participation communautaire Action 05 : Promotion de la santé de l'adolescent	
Dotations initiales	AE : 27 450 097 360	CP : 27 450 097 360
Responsable du programme	**Pr NG'AWONO NDZANA épse NKOA Thérèse, Conseiller Technique N°2**	

OBJECTIF	Agir sur les déterminants de la santé et donner aux individus les moyens de maitriser et d'améliorer leur état de santé	
Indicateur	Intitulé:	Incidence des nouveaux nés de faible poids (proportion des nouveaux nés vivant dont le poids est inférieur à 2 500 g par rapport au nombre total de naissances sur une période donnée)
	Unité de mesure	%
	Valeur de référence: Année de référence:	9.0 2016
	Valeur Cible Année cible:	8.0 2018
Indicateur	Intitulé:	Pourcentage des adultes (18 ans et plus) présentant une élévation de la pression artérielle (TA)
	Unité de mesure	%
	Valeur de référence: Année de référence:	21.0 2016
	Valeur Cible Année cible:	28.0 2018
Indicateur	Intitulé:	Taux de prévalence contraceptive moderne
	Unité de mesure	%
	Valeur de référence: Année de référence:	21.0 2016
	Valeur Cible Année cible:	25.0 2018
ACTIONS DU PROGRAMME	Action 01: PROMOTION DES COMPORTEMENTS FAVORABLES À LA SANTÉ Action 02: RENFORCEMENT DE LA PLANIFICATION FAMILIALE Action 03: AMÉLIORATION DU MILIEU DE VIE DES POPULATIONS Action 04: RENFORCEMENT DE LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE Action 05: PROMOTION DE LA SANTÉ DE L'ADOLESCENT	
DOTATIONS INITIALES	AE 27 450 097 360	CP 27 450 097 360
RESPONSABLE DU PROGRAMME	Pr NG'AWONO NDZANA épse NKOA Thérèse, INSPECTEUR GENERAL DES SERVICES ADMINISTRATIFS	

2.3.2. CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DU PROGRAMME

Contexte de l'exécution du programme 528

La mise en œuvre de l'exécution du Programme 528 Promotion de la Santé s'est faite dans le cadre de l'arrimage aux Objectifs de Développement Durable (ODD), de la poursuite de la mise en œuvre des activités de promotion de la santé au cours du triennat 2016-2018 du Budget-Programme, de la désignation des membres de la plate-forme de dialogue du Budget-Programme au sein du Ministère de la Santé Publique et de l'engagement du Cameroun dans le processus de mise en place de la Couverture Santé Universelle.

2.3.3. PERFORMANCE GLOBALE DU PROGRAMME EN 2016

RESULTAT TECHNIQUE OBTENU	**(1)= NA** **(2)= NA** **(3)= NA**	
TAUX DE REALISATION DE L'INDICATEUR	NA, indicateurs d'impact attente enquête EDS 2018 Les activités de ces indicateurs ont été réorientées dans d'autres programmes Prévention de la maladie et Prise en charge des cas	
DOTATION DE CREDITS REVISES (écarts)	AE : 27 450 097 360	CP : 27 450 097 360
CREDITS CONSOMMES	AE : 27 392 770 000	CP : 27 392 770 000
TAUX DE CONSOMMATION	99 ,79 %	99 ,79 **%**
JUSTIFICATION DU RESULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES	L'année 2016 est celle qui marque le début des activités du Programme 528 « Promotion de la Santé » en tant que Programme car dans la SSS 2001-2015, la Promotion de la Santé était une action du Programme « Lutte contre la maladie et promotion de la santé ». Le démarrage des activités de promotion de la santé s'est fait de manière progressive dans le but d'amener les différents acteurs du programme à s'approprier les objectifs des actions et du programme pour contribuer à la performance du MINSANTE. Les difficultés rencontrées résident d'une part dans le choix des indicateurs du programme qui ne correspondaient pas aux objectifs du programme et, d'autre part, pour les acteurs ; la difficile transition entre le budget de moyen et celui programme.	

PERSPECTIVES POUR 2017	- Renforcer les capacités des acteurs du Programme 528 sur les mécanismes de pilotage de la gestion du Budget-Programme ; - Organiser la sensibilisation des responsables régionaux sur la nouvelle cartographie des programmes du MINSANTE afin de renseigner les indicateurs du Programme Promotion de la Santé ; - Mise en place du protocole de gestion ; - Désignation des Référents des Responsables d'actions ; - Atteindre les objectifs fixés par action ; - Mener le plaidoyer pour l'augmentation du budget alloué à la promotion de la santé.

RÉSULTAT TECHNIQUE OBTENU	**(1)= NON APPLICABLE** **(2)=NON APPLICABLE** **(3)= NON APPLICABLE**	
TAUX DE RÉALISATION DE L'INDICATEUR	ND	
DOTATION DE CRÉDITS RÉVISÉS:	AE 5 222 960 000	CP 5 222 960 000
(écarts = Dot.init - Dot.rev)	Ecart AE 27	Ecart CP 27
CRÉDITS CONSOMMÉS	AE 5 137 121 625	CP 5 137 121 625
TAUX DE CONSOMMATION	98,36 %	98,36 %
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES	L'année 2016 est celle qui marque le début des activités du Programme 528 « Promotion de la Santé » en tant que Programme car dans la SSS 2001-2015, la Promotion de la Santé était une action du Programme « Lutte contre la maladie et promotion de la santé ». Le démarrage des activités de promotion de la santé s'est fait de manière progressive dans le but d'amener les différents acteurs du programme à s'approprier les objectifs des actions et du programme pour contribuer à la performance du MINSANTE. Les difficultés rencontrées résident d'une part dans le choix des indicateurs du programme qui ne correspondaient pas aux objectifs du programme et, d'autre part, pour les acteurs ; la difficile transition entre le budget de moyen et celui programme.	
PERSPECTIVES 2017	- Renforcer les capacités des acteurs du Programme 528 sur les mécanismes de pilotage de la gestion du Budget-Programme ; - Organiser la sensibilisation des responsables régionaux sur la nouvelle cartographie des programmes du MINSANTE afin de renseigner les indicateurs du Programme Promotion de la Santé ; - Mise en place du protocole de gestion ; - Désignation des Référents des Responsables d'actions ; - Atteindre les objectifs fixés par action ; Mener le plaidoyer pour l'augmentation du budget alloué à la promotion de la santé.	

2.3.4. PERFORMANCES DÉTAILLÉES DU PROGRAMME PAR ACTIONS POUR L'ANNÉE 2016

Action 01 PROMOTION DES COMPORTEMENTS FAVORABLES À LA SANTÉ

L'objectif a été atteint et dépassé à plus de 10.15% grâce à l'apport des FINEX qui ont permis de couvrir toutes les activités non financées par l'Etat.

OBJECTIF	Cette action a pour objectif d'amener la population à adopter des comportements favorables à la santé.							
Indicateur	Intitulé:		Taux de malnutrition chronique chez les moins de 5 ans 2014 (MICS5)				TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE	
	Unité de mesure		%					
	Année de référence:		2014					
	Valeur de référence:		31.700000762939453					
	Année cible:		2018					
	Valeur Cible		30.0				129.69	
	Réalisation exercice (Résultat technique):		35					
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP
	4 979 000 000	4 979 000 000	4 901 200 000	4 901 200 000	4	4	99 %	99 %
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION	L'élaboration de la Nouvelle Stratégie Sectorielle de la Santé 2016-2027 a mis en œuvre le Programme Promotion de la Santé. Ce programme se traduit à travers cinq Actions parmi lesquelles l'Action Promotion des comportements favorables à la santé. Elle vise à amener la population à adopter des comportements favorables à la santé à travers la promotion de l'hygiène corporelle, de l'hygiène hospitalière, et la promotion des comportements sains.							
ACTIVITES MAJEURES REALISEES (présentation des extrants)	- 02 missions de suivi du fonctionnement des Mutuelles de Santé effectuées ; - 100 acteurs des différents secteurs au niveau national sont formés sur la CSU ; - L'architecture du système CSU est définie ; - L'étude d'évaluation organisationnelle et institutionnelle est fait ; - 01Journée Mondiale de la Santé Mentale Célébrée ; - 03 évènements sportifs organisés ; - 02 kits d'équipements acquis ; - Produits alimentaires et articles non alimentaires de qualité en quantité suffisante et en toute sécurité aux filles et garçons ciblés distribués; Renforcement des capacités et sensibilisation grâce aux mesures/programmes de formation du PAM non tenu.							
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extrants)	L'objectif a été atteint et dépassé à plus de 10.15% grâce à l'apport des FINEX qui ont permis de couvrir toutes les activités non financées par l'Etat.							

Perspectives 2017	- Mener la communication en faveur de la lutte contre la mortalité maternelle néonatale et infanto juvénile avec les activités du Programme multisectoriel de Lutte contre la Mortalité maternelle néonatale et Infanto juvénile (PLMI) et la production du Manuel SMI; - Mener la communication pour le changement de comportement (CCC) à travers l'élaboration et la diffusion des micro-programmes de lutte contre la Tuberculose, le Choléra, le Paludisme et la mise en place du site web pour la dématérialisation; - Organiser les campagnes de sensibilisation en milieu scolaire et non scolarisé; - Organiser des Journées mondiales de la Santé Mentale, de l'Alimentation, de l'Allaitement Maternel, de l'Assainissement et de la Lutte contre le Tabac. - Mener le Plaidoyer pour la mobilisation à temps des financements pour la réalisation des activités ;

Action 02 RENFORCEMENT DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

Indicateur d'impact, la dernière enquête MICS5 date de 2014 ce qui ne nous permet pas de renseigner la réalisation de l'exercice 2016, d'où l'affichage du résultat de 2014 en attente de l'EDS 2018

L'objectif a été atteint et dépassé à plus de 4.20% grâce à l'apport des FINEX qui ont permis de couvrir toutes les activités non financées par l'Etat et la prise de conscience des populations cibles.

OBJECTIF	Améliorer l'accès et l'utilisation des services de planification familiale.							
Indicateur	Intitulé:		Pourcentage des femmes en âge de procréer (15 – 49 ans) mariées ou en couple qui utilisent ou dont le partenaire sexuel utilise au moins une méthode contraceptive Année				TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE	
	Unité de mesure		%					
	Année de référence:		2014					
	Valeur de référence:		21.0					
	Année cible:		2018					
	Valeur Cible		25.0				105%	
	Réalisation exercice (Résultat technique):		21					
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP
	22 114 397 360	22 114 397 360	6 400 000	6 400 000	22	22	99 %	99 %
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION	En vue de contribuer à la réduction du taux de mortalité maternelle et infantile, et de favoriser l'espacement des naissances, le Ministère de la Santé Publique s'est engagé à sensibiliser les populations sur l'utilisation des méthodes contraceptives à travers la mise en œuvre de la Planification Familiale.							
ACTIVITES MAJEURES REALISEES (présentation des extrants)	2085 sur 3379 formations sanitaires ont été renforcées en Planification Familiale (soit 61,7 %). En marge des services de contraception, elles offrent désormais des services de dépistage des cancers génésiques, de prise en charge de l'infertilité, de PTME et de prévention et prise en charge des IST.							
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extrants)	Indicateur d'impact, la dernière enquête MICS5 date de 2014 ce qui ne nous permet pas de renseigner la réalisation de l'exercice 2016, d'où l'affichage du résultat de 2014 en attente de l'EDS 2018 L'objectif a été atteint et dépassé à plus de 4.20% grâce à l'apport des FINEX qui ont permis de couvrir toutes les activités non financées par l'Etat et la prise de conscience des populations cibles.							
Perspectives 2017	- Acquisition des contraceptifs - Sensibilisation de la population au niveau communautaire sur la PF. Mener le Plaidoyer pour la mobilisation à temps des financements internes pour la réalisation des activités ;							

Action 03 AMÉLIORATION DU MILIEU DE VIE DES POPULATIONS

La cible de 2016 ; 11% qui a été mal déterminée tenait compte des 87 DS au lieu de 189 d'où la performance de 40,22% pour les 189 DS.

OBJECTIF	Améliorer le milieude vie des populations.							
Indicateur	Intitulé:		L'indicateur de mesure est le pourcentage de districts de santé implémentant l'Assainissement Total Piloté par la Communauté(ATPC)				TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE	
	Unité de mesure		%					
	Année de référence:		2015					
	Valeur de référence:		0.0					
	Année cible:		2018					
	Valeur Cible		50.0				366%	
	Réalisation exercice (Résultat technique):		40.22					
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP
	140 000 000	140 000 000	128 400 000	128 400 000	135	135	96 %	96 %
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION	L'amélioration de l'état de santé des populations demeure, plus que jamais, un objectif de développement social et de croissance économique pour le gouvernement camerounais conformément aux orientations du DSCE et de la Stratégie Sectorielle de Santé. Ceci témoigne clairement la volonté des autorités de garantir de manière pérenne la promotion de la santé à travers l'appropriation et la mise en pratique des mesures d'hygiène par la population en termes de prévention des maladies du péril fécal. Face aux nombreux défis en santé publique, l'hygiène en général semble avoir toujours été perçue comme un sujet de second rang. Et pourtant elle est le fondement même de l'amélioration de l'état de santé .Elle contribue également de manière efficace aux prestations des soins et des services de qualité. Plus que des ressources, l'hygiène demande une discipline individuelle, collective, et des comportements appropriés appuyés sur des structures chargées de sa promotion Les infections contractées dans l'environnement humain ont des répercussions particulièrement préoccupantes sur le développement économique et social au regard des coûts temporels, matériels, financiers et moraux qu'elles engendrent. Au Cameroun, les conditions sont telles que les pratiques et comportements courants des populations militent en faveur des risques importants de contamination du fait de l'environnement physique essentiellement malsain et les comportements des populations notamment la défécation à l'air libre. Pour parvenir à renverser la tendance, le Gouvernement à travers le Ministère de la Santé Publique a élaboré des outils de vulgarisation de techniques d'assainissement de base notamment l'ATPC et l'hygiène environnementale pour la communication dans le sens du développement, l'appropriation par les populations en vue de l'application des mesures qui y sont contenues. A ce jour, des guides pratiques et des aides en procédures devant meubler les éléments liés à la recherche du changement des comportements des populations sont insuffisants. Ceci explique la nécessité pour le Ministère de la Santé Publique de renforcer les capacités des Equipes cadres des Districts de Santé, Services municipaux d'hygiène et membres de la communauté en matière de vulgarisation de l'ATPC.							
ACTIVITES MAJEURES REALISEES (présentation des extrants)	22.01%, soit 35 sur 159 Districts de Santé implémentent l'Assainissement Total Piloté par la Communauté dont les services offerts sont l'amélioration du respect des règles d'hygiène avec pour corollaire la diminution des maladies hydriques et diarrhéiques notamment dans la partie septentrionale du pays. Le recrutement de 45 cadres du Génie sanitaire par concours de la Fonction Publique nous permettra en 2017 de porter à échelle cette politique.							

JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extrants)	La cible de 2016 ; 11% qui a été mal déterminée tenait compte des 87 DS au lieu de 189 d'où la performance de 40,22% pour les 189 DS.
Perspectives 2017	- Inspecter et contrôler les denrées alimentaires et boissons notamment au niveau des entreprises agro-alimentaires, les industries polluantes et les analyses des échantillons prélevés ; - Vulgariser l'assainissement total piloté par la communauté (ATPC) à travers les activités de mise en œuvre du processus ATPC et la construction des latrines dans les ménages. Mener le Plaidoyer pour la mobilisation à temps des financements pour la réalisation des activités ;

Action 04 RENFORCEMENT DE LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE

Par rapport à la cible de 2016 qui est de 75% soit 142/189, l'objectif a été réalisé et dépassé. Les 189 DS seront couverts en 2018, pour le nouveau triennat il s'agira de poursuivre avec le suivi de l'implémentation de l'ATPC.

OBJECTIF	renforcer la participation communautaire dans la résolution des problèmes de santé.							
Indicateur	Intitulé:		Proportion de districts de santé disposant d'un Comité de Santé du District (COSADI) fonctionnel				TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE	
	Unité de mesure		%					
	Année de référence:		2014					
	Valeur de référence:		65.0					
	Année cible:		2018					
	Valeur Cible		80.0				109.33%	
	Réalisation exercice (Résultat technique):		82					
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP
	201 200 000	201 200 000	174 560 000	174 560 000	185	185	91 %	91 %
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION	Dans le cadre d'amener les populations à prendre conscience de leur état de santé, le MINSANTE a pris l'option de créer les structures de dialogue. L'une des causes majeures du dysfonctionnement de ces structures de dialogue est la méconnaissance des rôles par les différents membres. Pour une meilleure appropriation de la participation communautaire, notamment des rôles des parties, une sensibilisation et une participation effective des membres est nécessaire.							
ACTIVITES MAJEURES REALISEES (présentation des extrants)	500 ASC /ARC formés aux interventions de santé communautaire							
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extrants)	Par rapport à la cible de 2016 qui est de 75% soit 142/189, l'objectif a été réalisé et dépassé. Les 189 DS seront couverts en 2018, pour le nouveau triennat il s'agira de poursuivre avec le suivi de l'implémentation de l'ATPC.							
Perspectives 2017	- Renforcer de l'approche de prévention basée sur la famille et la communauté à travers les réunions des sous-comités de lutte contre la Drogue et autres substances psychoactives, les formations à la prise en charge des toxicomanes et, l'organisation d'une Journée internationale de lutte contre la Drogue ; - Amener 100% des FRPS, DS, AS, HD à rendre fonctionnel les structures de dialogue ; Mener le Plaidoyer pour la mobilisation à temps des financements pour la réalisation des activités.							

Action 05 PROMOTION DE LA SANTÉ DE L'ADOLESCENT

Indicateur d'impact, la dernière enquête MICS5 date de 2014 ce qui ne nous permet pas de renseigner la réalisation de l'exercice 2016, d'où l'affichage du résultat de 2014 en attente de l'EDS 2018.

OBJECTIF	Réduire les comportements à risque chez les adolescents (de 10 à 19 ans)							
Indicateur	Intitulé:		Prévalence des grossesses chez les adolescents				TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE	
	Unité de mesure		%					
	Année de référence:		2014					
	Valeur de référence:		25.200000762939453					
	Année cible:		2018					
	Valeur Cible		22.0				126%	
	Réalisation exercice (Résultat technique):		25.2					
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP
	15 500 000	15 500 000	12 400 000	12 400 000	12	12	79 %	79 %
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION	Les adolescents et jeunes (10-24 ans) constituent 34.1% de la population nationale. Ces jeunes se trouvent confrontés à plusieurs problèmes de santé sexuelle et reproductive tels que : les IST/VIH /SIDA, les grossesses précoces entraînant les avortements, la faible utilisation des méthodes contraceptives, de l'alcoolisme, la toxicomanie etc. Tous ces problèmes menacent la santé des adolescents et jeunes. En plus, Ils doivent surmonter de nombreux obstacles pour obtenir les services de santé et produits de base dont ils ont besoin. Pour ces raisons, il est important de promouvoir leur santé à travers l'offre des services de santé adaptés aux adolescents.							
ACTIVITES MAJEURES REALISEES (présentation des extrants)	- 54 prestataires de soins ont été formés à l'offre de service de Santé de Reproduction des Adolescents (SRA) - 03 missions de supervisions formatives et intégrées des prestataires de soins ont eu lieu dans 04 Régions du Pays.							
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extrants)	Indicateur d'impact, la dernière enquête MICS5 date de 2014 ce qui ne nous permet pas de renseigner la réalisation de l'exercice 2016, d'où l'affichage du résultat de 2014 en attente de l'EDS 2018.							
Perspectives 2017	- Renforcer de l'offre de service en SRA de qualité à travers les supervisions formatives des prestataires formés en SRA. - Prévoir de changer les indicateurs d'impact pour le triennat en cours indicateur de processus pour le triennat 2019-2022.							

2016

RAPPORT ANNUEL
DE PERFORMANCE

2.4. PROGRAMME 530

GOUVERNANCE ET APPUI INSTITUTIONNEL DANS LE SECTEUR SANTE

Responsable du programme

Pr KOULLA SHIRO SINATA
INSPECTEUR GENERAL DES SERVICES PHARMACEUTIQUES

2.4.1. PRÉSENTATION DU PROGRAMME

Objectif	Améliorer la coordination des services et assurer la bonne mise en oeuvre des Programmes	
Indicateur 1	**Intitulé :**	**Taux de réalisation des activités budgétisées au sein du MINSANTE**
	Unité de mesure :	Pourcentage
	Valeur de référence	88%
	Année de référence	2014
	Valeur cible	100%
	Année cible	2016
Actions du programme	Action 01 : **Gestion des médicaments, réactifs de laboratoire, dispositifs médicaux et autres produits pharmaceutiques** Action 02 : **Amélioration de l'offre de soins et services de santé** Action 03 : **Développement des Ressources humaines en santé** Action 04 : **Renforcement du financement de la Santé et du Partenariat** Action 05 : **Développement du système d'information sanitaire et la recherche en santé** Action 06 : **Pilotage stratégique du secteur** Action 07 : **Contrôle et audit interne des structures**	
Dotations initiales	AE : **33 171 247 380**	CP : **33 171 247 380**
Responsable du programme	**Professeur KOULLA SHIRO Sinata, Secrétaire Générale**	

OBJECTIF	Améliorer la coordination des services et assurer la bonne mise en œuvre des programmes	
Indicateur	Intitulé:	Taux de réalisation des activités budgétisées au sein du MINSANTE
	Unité de mesure	%
	Valeur de référence: Année de référence:	88.0 2014
	Valeur Cible Année cible:	90.0 2018
Indicateur	Intitulé:	Pourcentage de structures sanitaires publiques disposant d'au moins 50 % de personnels selon les normes.
	Unité de mesure	%
	Valeur de référence: Année de référence:	 2015
	Valeur Cible Année cible:	30.0 2018
Indicateur	Intitulé:	Pourcentage de districts de santé sous contrat de financement basé sur la performance
	Unité de mesure	%
	Valeur de référence: Année de référence:	13.600000381469727 2014
	Valeur Cible Année cible:	40.0 2018
ACTIONS DU PROGRAMME	Action 01: GESTION DES MÉDICAMENTS, RÉACTIFS ET DISPOSITIFS MÉDICAUX Action 02: AMÉLIORATION DE L'OFFRE DE SOINS ET SERVICES DE SANTÉ Action 03: RENFORCEMENT DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ ET DU PARTENARIAT Action 04: DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ Action 05: DÉVELOPPEMENT DU SYSTÈME D'INFORMATION SANITAIRE ET LA RECHERCHE OPÉRATIONNELLE EN SANTÉ Action 06: PILOTAGE STRATÉGIQUE DU SECTEUR Action 07: CONTRÔLE ET AUDIT INTERNE DES STRUCTURES	
DOTATIONS INITIALES	AE 33 171 247 380	CP 33 171 247 380
RESPONSABLE DU PROGRAMME	Pr KOULLA SHIRO SINATA, INSPECTEUR GENERAL DES SERVICES PHARMACEUTIQUES	

2.4.2. CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DU PROGRAMME

En 2009, le Cameroun s'est doté d'une vision à l'horizon 2035 : « Le Cameroun : un pays émergent, démocratique et uni dans sa diversité ». Dans cette vision, le pays s'est assigné quatre objectifs généraux parmi lesquels celui de « Réduire la pauvreté à un niveau socialement acceptable ».

La réalisation de cet objectif dans le domaine de la santé passe par l'amélioration de l'offre de soins et de services et garantir l'accès de la majorité aux services de santé de qualité.

Outre les résultats positifs enregistrés par le MINSANTE ces dernières années, le diagnostic du secteur Santé a permis d'identifier la piètre gouvernance et l'insuffisance du pilotage stratégique comme les principaux goulots d'étranglement dans le système de santé au Cameroun.

En ce qui concerne la gouvernance, elle est caractérisée par: l'insuffisance du cadre législatif et règlementaire; la faible transparence et redevabilité ; la participation insuffisante des

bénéficiaires au processus gestionnaire et l'insuffisance des compétences des gestionnaires.

Pour ce qui est du pilotage stratégique, il est caractérisé par: un dispositif institutionnel inapproprié ; un fonctionnement inadéquat de la chaine « planification, programmation, budgétisation et suivi-évaluation » ; une faiblesse de la veille stratégique ; une lenteur du processus de déconcentration/décentralisation et une gestion non-optimale du partenariat national et international.

On note également une faible performance des autres piliers du système de Santé, ce qui affecte la performance globale. Une analyse de chacun de ces piliers permet d'avoir les résultats suivants :

- Financement de la Santé, (i) Le pays ne dispose pas d'une stratégie nationale de financement de la santé ; (ii) Les différentes fonctions du financement (collecte des ressources, mécanismes de partage des risques, et achat des services de santé) ne répondent donc pas à un cadre logique national ; (iii) La Santé reste sous financée à travers le budget national (moins de 6% du budget national alloué à la santé) et les ménages en supportent une part importante à travers les payements directs (52 % d'après les résultats des comptes nationaux de 2011). (iv) Le taux d'exécution budgétaire (base engagement) a oscillé entre 88% et 96% sur la période 2010-2016.
- Offre des services et Soins de Santé, (i) Les Hôpitaux de 1ère et de 2ème catégorie ne parviennent pas à jouer pleinement leur rôle de structures de référence, du fait de l'insuffisance des plateaux techniques appropriés et des références tardives ; (ii) Ces Hôpitaux censés apporter un appui spécialisé aux FOSA du niveau déconcentré délivrent plutôt les Paquets Minimum et Complémentaire d'Activité (PMA et PCA) au même titre que les Hôpitaux de Districts et certains CMA ;(iii) Afin d'améliorer l'accessibilité aux soins, des efforts sont faits pour subventionner la prise en charge de certaines maladies chroniques dans ces structures sanitaires, notamment les insuffisances rénales terminales nécessitant une dialyse et certains cancers. (iv)La plupart des structures de santé au niveau opérationnel n'ont pas un niveau de développement infrastructurel et technique leur permettant d'offrir de manière optimale le PMA et le PCA aux populations. A titre d'illustration, les résultats de l'enquête PETS II conduite au niveau des Districts de santé montrent que 24,5% des formations sanitaires ne disposaient pas de boite d'accouchement, 39,5% manquaient de système de stérilisation à sec, 67,5% manquaient de boite de césarienne, 11,6% manquaient de microscopes fonctionnels ; (v) La maintenance des équipements biomédicaux n'est pas assurée à cause du manque de personnel multidisciplinaire compétent dédié à cette tâche ; (vi) Les crédits de fonctionnement alloués aux formations sanitaires sont insuffisants et difficiles à mobiliser au regard des procédures administratives en vigueur. L'analyse de ce pilier démontre la vulnérabilité de notre système de soin qui pourrait être amélioré par une allocation suffisante des ressources financières au MINSANTE et le développement de « l'achat stratégique » des interventions de santé.
- **Secteur Pharmaceutique, laboratoire, médicaments et autres produits médicaux**, (i) Le ratio pharmacien par habitant varie de 1 pour 6 920 à 1 pour 177 051 habitants en fonction des régions. (ii) La durée moyenne de rupture de stock de médicaments traceurs au premier

semestre 2015 était de 18 jours[i] ; (iii) Certaines classes thérapeutiques sont délivrées gratuitement ou sont subventionnées (antituberculeux, antirétroviraux de 1ère et 2eme lignes, combinaisons antipaludiques ACT, Artesunate et Artémether injectable pour les enfants de 0 à 5 ans, anti-lépromateux, certains anti-cancéreux etc.). Le contrôle de qualité qui est assuré par le LANACOME n'est malheureusement pas systématique pour les lots de médicaments importé s. Par ailleurs, l'inspection des établissements pharmaceutiques reste irrégulière. (iv) Le phénomène de l'offre informelle pharmaceutique s'est développé de façon exponentielle exposant le consommateur à la consommation de produits sous dosés, contrefaits et parfois périmés.

- **Ressources Humaines en Santé** : Le secteur de la santé en 2012 comptait 27 534 agents de santé toutes catégories confondues. (i) Le Plan stratégique de développement des ressources humaines pour la santé (PDRH 2013-2020) relevait une insuffisance de personnel dans les catégories suivantes : médecins, pharmaciens, infirmiers qualifiés et sages-femmes. Par ailleurs, on notait leur concentration dans les centres urbains, en particulier Yaoundé et Douala. On avait en outre les ratios suivants : (i) Un médecin pour 28 466 habitants en 2012, ce qui est inférieur aux normes de l'OMS qui recommande un médecin pour 10 000 habitants (ii) Un Infirmier Diplômé d'Etat pour 12 903 habitants, (iii) Une Sage-femme pour 9 596 femmes en âge de procréer, (iv) Un infirmier qualifié (toute catégorie confondue) pour 2 442 habitants en 2012 pour une norme OMS d'un pour 3000 habitants.(v) La multitude des écoles de formation médicale et paramédicale devrait aboutir à une surproduction des professionnels de santé au cours des cinq prochaines années. Cette situation poserait alors un réel problème d'absorption du personnel formé avec un risque potentiel de mauvaises pratiques ; (vi) on note également une instabilité du personnel de santé au poste de travail. Les salaires pratiqués à ce jour dans la fonction publique ne favorisent pas la rétention du personnel et expliquent en partie la fuite des cerveaux ; (vii) en effet, le niveau de rémunération des RHS est bas quelles que so ient la catégorie et le corps considérés. En outre, avec la gratuité des soins pour les cibles mère et enfant, dans les formations sanitaires publiques, le personnel d'appui et de certains prestataires des soins pourtant indispensable et qui est rémunéré sur la base du recouvrement des coûts devient une préoccupation majeure.

Système d'information sanitaire et la recherche opérationnelle en santé, on note :

- D'une part, pour le Système National d'Informations Sanitaires (SNIS) (i) un cadre institutionnel et organisationnel qui reste faible, (ii) l'absence d'un plan stratégique de renforcement et d'un manuel de procédures de gestion du SNIS, (iii) la remontée des données dont la qualité reste à vérifier.
- Et d'autre part, pour la Recherche opérationnelle en Santé et la Recherche en Santé, (i) on note le nom respect du cadre réglementaire légal régissant la pratique de la Recherche en Santé, (ii) l'insuffisance des ressources financières allouées au fonctionnement des instances de régulation, (iii) l'absence d'une liste nationale des priorités de recherche en santé, (iv) la faible culture de la recherche, (v) la faible disponibilité des bases factuelles fiables.

La mise en œuvre, au cours de l'exercice 2016, des quatre programmes déclinés en actions prioritaires, en activités et extrants, a été effectuée dans l'esprit du budget programme d'une

part, et dans la logique de la performance d'autre part. Les actions prioritaires qui ont été menées, sont somme toute, en cohérence avec la vision 2035 en général, et avec l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement, contenus dans le DSCE.

La performance globale qui a été atteinte ne pourra être définitivement mesurée et validée qu'au terme d'enquêtes de santé qui ne sont effectuées que dans un minimum de trois années d'écart, et dont sont tributaires la mesure de certains indicateurs d'actions et de programmes.

Il convient toutefois de signaler qu' en matière d'accroissement des ressources internes allouées à la Santé, dans l'optique de l'atteinte de la proportion de 15% du budget national en faveur des interventions de santé, conformément aux engagements pris par les Chefs d'Etat à Abuja en 2000, le Cameroun est toujours en deçà de ce seuil.

De même, la mobilisation effective et à bonne date des Fonds de contrepartie exigibles pour les financements extérieurs est encore à améliorer. La plupart de nos partenaires techniques et financiers (PTFs) ne cessent de rappeler que pour prétendre à des appuis internationaux accrus, notre pays doit désormais faire montre de sa bonne volonté d'appropriation des mécanismes modernes en la matière, pour une allocation conséquente des ressources domestiques au secteur santé. Cette exigence est d'autant plus pressante que le contexte est celui du retrait à moyen terme des PTFs, notamment GAVI Alliance et le Fonds Mondial. Deux PTFs stratégiques sans lesquels nos politiques publiques de gratuité de la vaccination, de prise en charge gratuite des ARV, Antituberculeux, et Antipaludiques ne peuvent survivre.

Dans cette perspective, notre pays court le risque de suspension des aides internationales, parce que l'engagement du Cameroun à mobiliser les Fonds de Contrepartie de montant de FCFA 14 milliards pour compléter l'appui de plus de 80 milliards de FCFA sous forme de dons, n'est pas encore effectif.

C'est pourquoi, dans la continuité de son plaidoyer depuis le début du triennat 2016-2018, le MINSANTE souhaite que non seulement la contrepartie camerounaise soit disponible dans les délais mais aussi que son enveloppe budgétaire soit relevée pour permettre au Cameroun d'honorer convenablement ses engagements sur le plan international. Cela constituerait d'ailleurs, une avancée sérieuse vers le respect des engagements pris à Abuja.

2.4.3. PERFORMANCE GLOBALE DU PROGRAMME EN 2016

RESULTAT TECHNIQUE OBTENU	98.90	
TAUX DE REALISATION DE L'INDICATEUR	98,90%	
DOTATION DE CREDITS REVISES (écarts)	40%	40%
CREDITS CONSOMMES	AE : **(33 171 247 380)**	AE : **(33 171 247 380)**
TAUX DE CONSOMMATION	98,68%	98,68%

JUSTIFICATION DU RESULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES	Ce programme contribue à l'amélioration la performance globale du système de santé. Pour cela les Actions ci-après ont été mises en œuvre : - Action 01 :**Gestion des médicaments, réactifs de laboratoire, dispositifs médicaux et autres produits pharmaceutiques** - Action 02 : **Amélioration de l'offre de soins et services de santé** - Action 03 : **Développement des Ressources humaines en santé** - Action 04 : **Renforcement du financement de la Santé et du Partenariat** - Action 05 : **Développement du système d'information sanitaire et la recherche en santé** - Action 06 : **Pilotage stratégique du secteur** - Action 07 : **Contrôle et audit interne des structures** Les résultats ci-dessous ont été enregistrés au cours de l'année 2016 : ü **Offre de soins et services de santé :** - le processus de réforme hospitalière a été redynamisé et ses 12 chantiers définis pour la période 2017-2021 ; - L'offre en infrastructures de santé s'est améliorée et les plateaux techniques de plusieurs formations sanitaires ont été renforcés (la mise en service du Centre d'imagerie médicale de Limbe, du Laboratoire National de Santé Publique ou encore du Centre de Recherche et d'Application en Chirurgie Endoscopique et Reproduction Humaine (CHRACERH) ; - La disponibilité des médicaments-traceurs dans les formations sanitaires a été légèrement améliorée ; - La Politique Nationale de la Transfusion sanguine a été validée et le processus de mise en place du centre national de transfusion sanguine a été enclenché. ü **Renforcement du financement de la Santé et du Partenariat :** - 103 Contrats d'exécution ont été signés entre le MINSANTE et 14 Hôpitaux Privés jouant le rôle d'Hôpital de District, 53 Associations, 26 formations sanitaires confessionnelles et 10 Sociétés Savantes ; - 17 conventions ont été signées avec des partenaires dont Africa Eye Foundation, HCR, HKI, GIZ, Banque Mondiale, ODELGA et BID ;

- 01 accord de crédit avec la Banque Mondiale au titre du passage à échelle du Financement Basé sur la Performance et la mise en œuvre du Global Financing Facility (GFF) ;
- 02 conventions avec les firmes pharmaceutiques GILEAD et MYLAN qui ont permis une baisse significative du coût du traitement de l'Hépatite virale C ;
- L'organisation/supervision par le MINSANTE au Cameroun de rencontres internationales notamment la conférence des Ministres de la Santé des pays membres de la CEMAC sur la lutte coordonnée contre les faux médicaments et le circuit illicite des médicaments en Afrique Centrale.

ü **Ressources humaines en santé :**

- le MINSANTE a été doté de 1 322 dont 347 personnels intégrés (254 Médecins généralistes, 31 Pharmaciens, 31 Chirurgiens-dentistes, et 31 Administrateurs Principaux de la Santé Publique) et 975 recrutés par voie de concours et mis à la disposition du MINSANTE ;
- 778 personnels ont été admis à faire valoir leurs droits à la retraite. Dans le cadre du projet de fidélisation des personnels, 318 personnels sont à leurs postes dans les zones rurales et d'accès difficile des régions du Septentrion et du Sud-ouest ;
- Le dialogue permanent est maintenu avec les Syndicats des personnels de santé pour apporter des réponses soutenables à leurs préoccupations.

ü **Système d'information sanitaire et recherche en santé :**

- les Comptes Nationaux de la santé de 2012 ont été publiés, ainsi que les résultats de l'enquête MICS 5 ;
- La mise à jour de la carte sanitaire à travers le logiciel DHIS 2 et l'élaboration de la cartographie des aires et districts de santé du Cameroun ont été effectuées ;
- Une enquête Démographique et de Santé (EDS) est en cours et les résultats sont attendus mi-2017 notamment sur la prévalence du VIH et la mortalité maternelle ;
- Mise en place des bases de données sanitaires DHIS2 à l'adresse;
- Présentation officielle des résultats de l'enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS 5).

ü **Contrôle et l'audit interne des structures :**

	- 375 structures sanitaires (publiques et privées) ont fait l'objet d'inspection/investigation/contrôle/audit ; - 106 dénonciations sur 143 enregistrées ont fait l'objet d'investigations et sur cette base 126 personnels ont été sanctionnés négativement ; - Des faux médicaments d'une valeur d'environ un milliard de francs CFA ont été saisis et détruits. ü **Pilotage Stratégique du secteur :** - Le document de Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027 est édité et disponible en version française et anglaise ; - Le site web du MINSANTE a été réactivé avec des interfaces sur les réseaux sociaux notamment Facebook. Plusieurs actions de communication institutionnelle ont été menées.

PERSPECTIVES POUR 2017	- Passager à échelle de la mise en œuvre du logiciel DHIS2 avec la mise à disposition des RMA à toutes les catégories des FOSA ; - Renforcer la gouvernance et du respect de l'éthique de la recherche en santé humaine ; - Financer les activités de manière cohérentes (éviter le saupoudrage dans l'arbitrage priorisation financière) ; - Promouvoir l'industrie pharmaceutique nationale avec l'élaboration du plan stratégique ; - Développer un système d'assurance Qualité ; - Mettre en place un réseau national des laboratoires ; - Poursuivre le plaidoyer pour le recrutement des personnels de santé et spécialement les sages-femmes/maïeuticiens ; - Poursuivre la formation des personnels pour le Plan d'Urgence du Chef de l'Etat ; - Former les acteurs de la chaine PPBS sur les mécanismes de mise en œuvre du Budget Programme ; - Poursuivre le Projet de fidélisation des personnels de santé dans les zones d'accès difficiles ; - Accélérer la lutte contre la vente illicite des médicaments contrefaits et organiser des opérations de saisie, destruction des médicaments de la rue à la faveur du nouveau code pénal ; - Développer et faire fonctionner les outils performants de suivi/évaluation de la mise en œuvre des activités planifiées dans le PTA des structures ; - Renforcer les missions de suivi/évaluation des activités programmées dans le PTA consolidé ; - Démarrer de l'enquête EDS-V ; - Améliorer la qualité des données du SNIS ; - Elaborer les comptes nationaux de la Santé (2013/2014) ; - Diffuser les documents normatifs et suivre de leur mise en œuvre ; - Poursuivre, moderniser et actualiser le cadre normatif avec notamment l'élaboration des textes relatifs à la réforme hospitalière, aux dons et transplantation d'organes humains, l'élaboration de la stratégie nationale de la maintenance hospitalière et la Couverture Santé Universelle.

RÉSULTAT TECHNIQUE OBTENU	98.90%	
TAUX DE RÉALISATION DE L'INDICATEUR	ND	
DOTATION DE CRÉDITS RÉVISÉS:	AE 84 707 853 133	CP 84 707 853 133
(écarts = Dot.init - Dot.rev)	Ecart AE 40	Ecart CP 40
CRÉDITS CONSOMMÉS	AE 83 054 748 772	CP 83 054 748 772
TAUX DE CONSOMMATION	98,05 %	98,05 %

JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES

Ce programme contribue à l'amélioration la performance globale du système de santé. Pour cela les Actions ci-après ont été mises en œuvre :

- Action 01 :**Gestion des médicaments, réactifs de laboratoire, dispositifs médicaux et autres produits pharmaceutiques**
- Action 02 : **Amélioration de l'offre de soins et services de santé**
- Action 03 : **Développement des Ressources humaines en santé**
- Action 04 : **Renforcement du financement de la Santé et du Partenariat**
- Action 05 : **Développement du système d'information sanitaire et la recherche en santé**
- Action 06 : **Pilotage stratégique du secteur**
- Action 07 : **Contrôle et audit interne des structures**

Les résultats ci-dessous ont été enregistrés au cours de l'année 2016 :

ü **Offre de soins et services de santé :**

- le processus de réforme hospitalière a été redynamisé et ses 12 chantiers définis pour la période 2017-2021 ;
- L'offre en infrastructures de santé s'est améliorée et les plateaux techniques de plusieurs formations sanitaires ont été renforcés (la mise en service du Centre d'imagerie médicale de Limbe, du Laboratoire National de Santé Publique ou encore du Centre de Recherche et d'Application en Chirurgie Endoscopique et Reproduction Humaine (CHRACERH) ;
- La disponibilité des médicaments-traceurs dans les formations sanitaires a été légèrement améliorée ;
- La Politique Nationale de la Transfusion sanguine a été validée et le processus de mise en place du centre national de transfusion sanguine a été enclenché.

ü **Renforcement du financement de la Santé et du Partenariat :**

- 103 Contrats d'exécution ont été signés entre le MINSANTE et 14 Hôpitaux Privés jouant le rôle d'Hôpital de District, 53 Associations, 26 formations sanitaires confessionnelles et 10 Sociétés Savantes ;
- 17 conventions ont été signées avec des partenaires dont Africa Eye Foundation, HCR, HKI, GIZ, Banque Mondiale, ODELGA et BID ;
- 01 accord de crédit avec la Banque Mondiale au titre du passage à échelle du Financement Basé sur la Performance et la mise en œuvre du Global Financing Facility (GFF) ;
- 02 conventions avec les firmes pharmaceutiques GILEAD et MYLAN qui ont permis une baisse significative du coût du traitement de l'Hépatite virale C ;
- L'organisation/supervision par le MINSANTE au Cameroun de rencontres internationales notamment la conférence des Ministres de la Santé des pays membres de la CEMAC sur la lutte coordonnée contre les faux médicaments et le circuit illicite des médicaments en Afrique Centrale.

ü **Ressources humaines en santé :**

- le MINSANTE a été doté de 1 322 dont 347 personnels intégrés (254 Médecins généralistes, 31 Pharmaciens, 31 Chirurgiens-dentistes, et 31 Administrateurs Principaux de la Santé Publique) et 975 recrutés par voie de concours et mis à la disposition du MINSANTE ;
- 778 personnels ont été admis à faire valoir leurs droits à la retraite. Dans le cadre du projet de fidélisation des personnels, 318 personnels sont à leurs postes dans les zones rurales et d'accès difficile des régions du Septentrion et du Sud-ouest ;

	- Le dialogue permanent est maintenu avec les Syndicats des personnels de santé pour apporter des réponses soutenables à leurs préoccupations. ü **Système d'information sanitaire et recherche en santé :** - les Comptes Nationaux de la santé de 2012 ont été publiés, ainsi que les résultats de l'enquête MICS 5 ; - La mise à jour de la carte sanitaire à travers le logiciel DHIS 2 et l'élaboration de la cartographie des aires et districts de santé du Cameroun ont été effectuées ; - Une enquête Démographique et de Santé (EDS) est en cours et les résultats sont attendus mi-2017 notamment sur la prévalence du VIH et la mortalité maternelle ; - Mise en place des bases de données sanitaires DHIS2 à l'adresse; - Présentation officielle des résultats de l'enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS 5). ü **Contrôle et l'audit interne des structures :** - 375 structures sanitaires (publiques et privées) ont fait l'objet d'inspection/investigation/contrôle/audit ; - 106 dénonciations sur 143 enregistrées ont fait l'objet d'investigations et sur cette base 126 personnels ont été sanctionnés négativement ; - Des faux médicaments d'une valeur d'environ un milliard de francs CFA ont été saisis et détruits. ü **Pilotage Stratégique du secteur :** - Le document de Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027 est édité et disponible en version française et anglaise ; Le site web du MINSANTE a été réactivé avec des interfaces sur les réseaux sociaux notamment Facebook. Plusieurs actions de communication institutionnelle ont été menées.
PERSPECTIVES 2017	- Passager à échelle de la mise en œuvre du logiciel DHIS2 avec la mise à disposition des RMA à toutes les catégories des FOSA ; - Renforcer la gouvernance et du respect de l'éthique de la recherche en santé humaine ; - Financer les activités de manière cohérentes (éviter le saupoudrage dans l'arbitrage priorisation financière) ; - Promouvoir l'industrie pharmaceutique nationale avec l'élaboration du plan stratégique ; - Développer un système d'assurance Qualité ; - Mettre en place un réseau national des laboratoires ; - Poursuivre le plaidoyer pour le recrutement des personnels de santé et spécialement les sages-femmes/maïeuticiens ; - Poursuivre la formation des personnels pour le Plan d'Urgence du Chef de l'Etat ; - Former les acteurs de la chaine PPBS sur les mécanismes de mise en œuvre du Budget Programme ; - Poursuivre le Projet de fidélisation des personnels de santé dans les zones d'accès difficiles ; - Accélérer la lutte contre la vente illicite des médicaments contrefaits et organiser des opérations de saisie, destruction des médicaments de la rue à la faveur du nouveau code pénal ; - Développer et faire fonctionner les outils performants de suivi/évaluation de la mise en œuvre des activités planifiées dans le PTA des structures ; - Renforcer les missions de suivi/évaluation des activités programmées dans le PTA consolidé ; - Démarrer de l'enquête EDS-V ; - Améliorer la qualité des données du SNIS ; - Elaborer les comptes nationaux de la Santé (2013/2014) ; - Diffuser les documents normatifs et suivre de leur mise en œuvre ; Poursuivre, moderniser et actualiser le cadre normatif avec notamment l'élaboration des textes relatifs à la réforme hospitalière, aux dons et transplantation d'organes humains, l'élaboration de la stratégie nationale de la maintenance hospitalière et la Couverture Santé Universelle.

2.4.4. PERFORMANCES DÉTAILLÉES DU PROGRAMME PAR ACTIONS POUR L'ANNÉE 2016

Action 01 GESTION DES MÉDICAMENTS, RÉACTIFS ET DISPOSITIFS MÉDICAUX

La maitrise de la gestion des produits traceurs y compris les produits des programmes est mieux maitrisée par certaines structures du SYNAME et par contre certaines régions sont encore en arrières.

Cependant pour améliorer la performance de cet indicateur, sa valeur cible 2018 qui était de 16 jours a été modifiée et revue à la hausse dans la Revue et actualisation des programmes. La nouvelle valeur cible à atteindre en 2018 est de 10 jours.

OBJECTIF	cette action est d'améliorer la disponibilité et l'utilisation des médicaments essentiels de qualité							
Indicateur	Intitulé:		Durée moyenne de rupture de stock des médicaments traceurs; La valeur de base est de 18 jours (FDR Premier semestre 2015) et la valeur cible à l'horizon 2018 est de 16 jours.				TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE	
	Unité de mesure		j					
	Année de référence:		2015					
	Valeur de référence:		18.0					
	Année cible:		2018					
	Valeur Cible		16.0				76.8	
	Réalisation exercice (Résultat technique):		12.3					
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP
	1 793 600 052	1 793 600 052	958 788 398,6	958 788 398,6	1 787 072 000	1 787 072 000	99 %	99 %
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION	Le ratio pharmacien par habitant varie de 1 pour 6 920 à 1 pour 177 051 habitants en fonction des régions d'une part. D'autre part, la durée moyenne de rupture de stock de médicaments traceurs au premier semestre 2015 était de 18 jours; il convient de relever que certaines classes thérapeutiques sont délivrées gratuitement ou sont subventionnées (antituberculeux, antirétroviraux de 1ère et 2eme lignes, combinaisons antipaludiques ACT, Artesunate et Artémether injectable pour les enfants de 0 à 5 ans, anti-lépromateux, certains anti-cancéreux etc.). Le contrôle de qualité qui est assuré par le LANACOME n'est malheureusement pas systématique pour les lots de médicaments importés.Par ailleurs, l'inspection des établissements pharmaceutiques reste irrégulière. Conséquence, le phénomène de l'offre informelle pharmaceutique s'est développé de façon exponentielle exposant le consommateur à la consommation de produits sous dosés, contrefaits et parfois périmés qui détériorent la santé des populations.							
ACTIVITES MAJEURES REALISEES (présentation des extrants)	- la disponibilité des médicaments-traceurs dans les formations sanitaires a été légèrement améliorée. - La Politique Nationale de la Transfusion sanguine a été validée - le processus de mise en place du centre national de transfusion sanguine a été enclenché - des projets d'Arrêté et de guide de bonnes pratiques de pharmacovigilance ont été élaborés ; - 02 missions de contrôle de gestion et de collecte statistique des stupéfiants et psychotropes ont été conduites et une session de la Commission Nationale d'Homologation des Médicaments tenue ; - l'élaboration de l'algorithme de la transfusion sanguine ; - l'organisation de 52 campagnes de collecte de sang sur tout l'étendue du territoire ; - La codification des médicaments et réactifs des laboratoires et autres produits pharmaceutiques est effective dans les dix régions ; - La dotation dans le cadre du Système Informatisé de Gestion des Laboratoires (SIGL) dans les 10 régions du logiciel « SAGE et SARRI » relatif à la gestion des médicaments ; L'intégration dans le DHIS du volet gestion du médicament.							

JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extrants)	La maitrise de la gestion des produits traceurs y compris les produits des programmes est mieux maitrisée par certaines structures du SYNAME et par contre certaines régions sont encore en arrières. Cependant pour améliorer la performance de cet indicateur, sa valeur cible 2018 qui était de 16 jours a été modifiée et revue à la hausse dans la Revue et actualisation des programmes. La nouvelle valeur cible à atteindre en 2018 est de 10 jours.
Perspectives 2017	- Développer un système d'assurance Qualité ; - Mettre en place un réseau national des laboratoires ; - Renforcer de la régulation du secteur pharmaceutique ; - Promouvoir l'industrie pharmaceutique nationale avec l'élaboration du plan stratégique ; - Développer un système d'assurance Qualité.

Action 02 AMÉLIORATION DE L'OFFRE DE SOINS ET SERVICES DE SANTÉ

- Les données n'ont pas pu être collectées auprès des DRSP et des DS à cause de l'insuffisance des ressources humaines et financières.
- La remontée des données selon le circuit habituel n'a pas été possible.

Il y a eu une insuffisance de ressources pour sensibiliser tous les acteurs de la filière.

OBJECTIF	Améliorer l'offre des soins et des services tant en milieu hospitalier que communautaire.							
Indicateur	Intitulé:		Proportion de la population résidant dans un rayon de moins de 5 km de la formation sanitaire; La valeur de base est de 58% (CDMT) et la valeur cible à l'horizon 2018 est de 70%.				TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE	
	Unité de mesure		%					
	Année de référence:		2015					
	Valeur de référence:		58.0					
	Année cible:		2018					
	Valeur Cible		70.0				ND	
	Réalisation exercice (Résultat technique):		ND					
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP
	2 312 650 000	2 312 650 000	2 167 503 071	2 167 503 071	2 266 927 000	2 266 927 000	98 %	98 %
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION	Les Hôpitaux de 1ère et de 2ème catégorie ne parviennent pas à jouer pleinement leur rôle de structures de référence, du fait de l'insuffisance des plateaux techniques appropriés et des références tardives. Ces Hôpitaux sensés apporter un appui spécialisé aux FOSA du niveau déconcentré délivrent plutôt les Paquets Minimum et Complémentaire d'Activité (PMA et PCA) au même titre que les Hôpitaux de Districts et certains CMA. Afin d'améliorer l'accessibilité aux soins, des efforts sont faits pour subventionner la prise en charge de certaines maladies chroniques dans ces structures sanitaires notamment : les insuffisances rénales terminales nécessitant une dialyse et certains cancers. La plupart des structures de santé au niveau opérationnel n'ont pas un niveau de développement infrastructurel et technique leur permettant d'offrir de manière optimale le PMA et le PCA aux populations. A titre d'illustration, les résultats de l'enquête PETS II conduite au niveau des Districts de santé montrent que 24,5% des formations sanitaires ne disposaient pas de boite d'accouchement, 39,5% manquaient de système de stérilisation à sec, 67,5% manquaient de boite de césarienne, 11,6% manquaient de microscopes fonctionnels. La maintenance des équipements biomédicaux n'est pas assurée à cause du manque de personnel multidisciplinaire compétent dédié à cette tâche. Les crédits de fonctionnement alloués aux formations sanitaires sont insuffisants et difficiles à mobiliser au regard des procédures administratives en vigueur. L'analyse de ce pilier démontre la vulnérabilité de notre système de soin qui pourrait être amélioré par une allocation suffisante des ressources financières au MINSANTE et le développement de « l'achat stratégique » des interventions de santé.							

ACTIVITES MAJEURES REALISEES (présentation des extrants)	- le processus de réforme hospitalière a été redynamisé et ses 12 chantiers définis pour la période 2017-2021. - L'offre en infrastructures de santé s'est améliorée et les plateaux techniques de plusieurs formations sanitaires ont été renforcés notamment la mise en service du Centre d'imagerie médicale de Limbe, du Laboratoire National de Santé Publique ou encore du Centre de Recherche et d'Application en Chirurgie Endoscopique et Reproduction Humaine (CHRACERH). - Contribution à l'élaboration en collaboration avec l'ANOR du Programme d'évaluation de la conformité des marchandises avant embarquement (PECAE) - Relance des travaux du Groupe de travail interministériel chargé de l'élaboration de la Loi hospitalière et des textes d'application - 03 Ateliers de la Cellule Technique du Groupe de travail interministériel en vue de la préparation de trois projets de décrets portant sur l'organisation et le fonctionnement, la gestion financière, la tarification dans les FOSA publiques - 06 Réunions du comité de suivi de l'assurance maladie des membres du gouvernement - 100% des marchés de construction des logements d'astreinte pour les personnels de santé ont été passés et sont en cours de finalisation des réalisations - 55% de réalisation du chantier du Bureau OMS Cameroun; - Finalisation et validation du Document de politique nationale de Santé Communautaire - Actualisation du Guide d'Intégration des Interventions sous directives communautaires - Contribution à l'élaboration en collaboration avec le MINMIDT du GUIDE d'inspections conjointes d'établissements classés dangereux, insalubres et incommodes - Contribution à l'élaboration en collaboration avec le FEICOM et le PADDL du GUIDE d'exercice des compétences transférées aux communes dans le domaine de la santé ; - 836 Agents de Santé Communautaires Polyvalents formés dans sept (07) Districts de santé de l'Extrême-Nord et deux (02) District de Santé du Nord sur les Interventions sous directives communautaires ; - 08 missions de Suivi évaluation des activités curatives des FOSA de 4ème à 7ème catégorie sont réalisées 03 Documents de normes et directives actualisés dont le Guide d'intégration des interventions sous directives communautaires, le document de politique nationale de la santé communautaire au Cameroun, le cadre conceptuel d'un District de Santé Viable.
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extrants)	- Les données n'ont pas pu être collectées auprès des DRSP et des DS à cause de l'insuffisance des ressources humaines et financières. - La remontée des données selon le circuit habituel n'a pas été possible. - Il y a eu une insuffisance de ressources pour sensibiliser tous les acteurs de la filière.
Perspectives 2017	- Poursuivre, moderniser et actualiser le cadre normatif avec notamment l'élaboration des textes relatifs à la réforme hospitalière, aux dons et transplantation d'organes humains, l'élaboration de la stratégie nationale de la maintenance hospitalière et la Couverture Santé Universelle. - Améliorer la qualité des services dans les structures hospitalières ; - Accélérer le processus de réformes hospitalières ; Elaborer les textes règlementaires (outils juridiques) pour les acteurs et participation communautaire.

Action 03 RENFORCEMENT DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ ET DU PARTENARIAT

Alourdissement du processus de formalisation des accords impliquant l'Etat et les partenaires extérieurs

OBJECTIF	Accroitre la contribution de l'Etat au financement de la santé.							
Indicateur	Intitulé:		Pourcentage du budget national alloué à la santé; La valeur de base est de 7% et la valeur cible à l'horizon 2018 est de 09%.				TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE	
	Unité de mesure		%					
	Année de référence:		2015					
	Valeur de référence:		7.0					
	Année cible:		2018					
	Valeur Cible		9.0				79.71	
	Réalisation exercice (Résultat technique):		5.58					
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP
	2 808 800 947	2 808 800 947	2 664 752 680,6	2 664 752 680,6	2 808 800 947	2 808 800 947	99 %	99 %
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION	Le pays ne dispose pas d'une stratégie nationale de financement de la santé. Les différentes fonctions du financement (collecte des ressources, mécanismes de partage des risques, et achat des services de santé) ne répondent donc pas à un cadre logique national. La Santé reste sous financée à travers le budget national (moins de 6% du budget national alloué à la santé) et les ménages en supportent une part importante à travers les payements directs (52 % d'après les résultats des comptes nationaux de 2011). Le taux d'exécution budgétaire (base engagement) a oscillé entre 88% et 96% sur la période 2010-2016.							

ACTIVITES MAJEURES REALISEES (présentation des extrants)	- 103 Contrats d'exécution ont été signés entre le MINSANTE et 14 Hôpitaux Privés jouant le rôle d'Hôpital de District, 53 Associations, 26 formations sanitaires confessionnelles et 10 Sociétés Savantes. 17 conventions ont été signées avec des partenaires dont Africa Eye Foundation, HCR, HKI, GIZ, Banque Mondiale, ODELGA et BID ; - 01 accord de crédit avec la Banque Mondiale au titre du passage à échelle du Financement Basé sur la Performance et la mise en œuvre du Global Financing Facility (GFF) ; - 02 conventions avec les firmes pharmaceutiques GILEAD et MYLAN qui ont permis une baisse significative du coût du traitement de l'Hépatite virale C. - L'organisation/supervision par le MINSANTE au Cameroun de rencontres internationales notamment la conférence des Ministres de la Santé des pays membres de la CEMAC sur la lutte coordonnée contre les faux médicaments et le circuit illicite des médicaments en Afrique Centrale. - 36 demandes d'exonérations ont été traitées et transmises au MINFI avec avis favorables ; - L'élaboration du document de stratégie de coopération entre l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le MINSANTE ; - L'élaboration du document de stratégie de coopération entre l'UNICEF et le MINSANTE ; - 32 audiences préparées et couvertes avec les Partenaires Techniques et Financiers du MINSANTE ; - L'organisation de la cérémonie d'au revoir et de remise des attestations de travail aux 45 membres de la 17ème Mission Médicale, et d'accueil de la 18ème Mission Médicale Chinoise au Cameroun ; - Formation de 13 Responsables du MINSANTE sur l'approche HACT mise en œuvre par les partenaires EXCOM du système des Nations Unies ; - lancement du PBF dans le septentrion ; - Réception de 10 couveuses offertes par UBIPHARM ; Lancement du programme d'accès aux services de la santé de reproduction mise en œuvre par ACMS sur la base d'un contrat de financement entre le Gouvernement de la République du Cameroun et le la KfW.
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extrants)	Alourdissement du processus de formalisation des accords impliquant l'Etat et les partenaires extérieurs
Perspectives 2017	- Rechercher d'autres niches de financements (financements innovants et extérieurs) pour les activités de santé ; - Accélérer la mise en place du processus de la CSU - Coordination et cadre de redevabilité des partenaires techniques et financiers à renforcer. - Nouvelle approche de financement des FOSA (Financement basé sur la performance) est en cours d'extension sur l'ensemble des FOSA du pays ; - Allocation de moins de crédits au niveau central au bénéfice du niveau régional.

Action 04 DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ

Le plan pluriannuel de recrutement des sages-femmes n'est pas mis en œuvre depuis 2016. Après les 179 sages-femmes recrutées en 2015, aucun recrutement n'a plus été effectué.

OBJECTIF	Assurer la disponibilité et l'utilisation optimales des ressources humaines de qualité.							
Indicateur	Intitulé:		Proportion des districts de santé disposant d'une sage-femme/maïeuticien; la valeur de base est de 20% et la valeur cible à l'horizon 2018 est de 50%.				TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE	
	Unité de mesure		%					
	Année de référence:		2015					
	Valeur de référence:		20.0					
	Année cible:		2018					
	Valeur Cible		50.0				ND	
	Réalisation exercice (Résultat technique):		ND					
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP
	841 600 000	841 600 000	715 880 000	715 880 000	839 000 000	839 000 000	99 %	99 %

CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION

Le secteur de la santé en 2012 comptait 27 534 agents de santé toutes catégories confondues. Le Plan stratégique de développement des ressources humaines pour la santé (PDRH 2013-2020) relevait une insuffisance de personnel dans les catégories suivantes : médecins, pharmaciens, infirmiers qualifiés et sages-femmes. Par ailleurs, on notait leur concentration dans les centres urbains, en particulier Yaoundé et Douala. On avait en outre les ratios suivants :

- Un médecin pour 28 466 habitants en 2012, ce qui est inférieur aux normes de l'OMS qui recommande un médecin pour 10 000 habitants
- Un Infirmier Diplômé d'Etat pour 12 903 habitants, Une Sage-femme pour 9 596 femmes en âge de procréer, Un infirmier qualifié (toute catégorie confondue) pour 2 442 habitants en 2012 pour une norme OMS d'un pour 3000 habitants.

Par ailleurs, la multitude des écoles de formation médicale et paramédicale devrait aboutir à une surproduction des professionnels de santé au cours des cinq prochaines années. Cette situation poserait alors un réel problème d'absorption du personnel formé avec un risque potentiel de mauvaises pratiques. On note également une instabilité du personnel de santé au poste de travail.

Les salaires pratiqués à ce jour dans la fonction publique ne favorisent pas la rétention du personnel et expliquent en partie la fuite des cerveaux.

En effet, le niveau de rémunération des RHS est bas quel que soit la catégorie et le corps considérés. En outre, avec la gratuité des soins pour les cibles mère et enfant, dans les formations sanitaires publiques, le personnel d'appui et de certains prestataires des soins pourtant indispensable et qui est rémunéré sur la base du recouvrement des coûts devient une préoccupation majeure.

ACTIVITES MAJEURES REALISEES (présentation des extrants)	- le MINSANTE a été doté de 1 322 dont 347 personnels intégrés (254 Médecins généralistes, 31 Pharmaciens, 31 Chirurgiens-dentistes, et 31 Administrateurs Principaux de la Santé Publique) et 975 recrutés par voie de concours et mis à la disposition du MINSANTE. 778 personnels ont été admis à faire valoir leurs droits à la retraite. - Dans le cadre du projet de fidélisation des personnels, 318 personnels sont à leurs postes dans les zones rurales et d'accès difficile des régions du Septentrion et du Sud-Ouest. - Le dialogue permanent est maintenu avec les Syndicats des personnels de santé pour apporter des réponses soutenables à leurs préoccupations. - 11453 actes d'avancements et arrêtés de pension ont été signés et ventilés ; - La distribution de 838 cartes professionnelles des personnels des services centraux, des projets et Programmes du MINSANTE ; - Extension du réseau de traitement des actes te du courrier aux différents maillons de la chaînes SIGIPES (Cabinet MINSANTE, SDACL et Contrôle financier) ; - Mise à jour de la cartographie des postes du MINSANTE et établissement de la liste des utilisateurs cibles de l'application SIGIPES II ; - Le lancement du E-Learning pour les Sages-Femmes/Maïeuticiens ; - La définition des modalités pratiques de mise en œuvre du tutorat des sages-femmes / maïeuticiens par l'Université de Buéa ; - La production de 08 textes devant encadrer la formation des sages-femmes / maïeuticiens ; - Le lancement du projet de contractualisation des sages-femmes / maïeuticiens par les Communautés Territoriales Décentralisées ; - La production des versions anglaises des cours destinés à la plateforme de formation à distance pour les sages-femmes / maïeuticiens, « sagefemme zone » ; - La production et diffusion des résultats du concours d'entrée dans les écoles des formations des personnels médico sanitaires Sage femmes et infirmiers et techniciens médico-sanitaire du Cameroun ; soit 5920 élèves ; - 78 médecins spécialistes affectés dans les formations sanitaires publiques .
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extrants)	Le plan pluriannuel de recrutement des sages-femmes n'est pas mis en œuvre depuis 2016. Après les 179 sages-femmes recrutées en 2015, aucun recrutement n'a plus été effectué.
Perspectives 2017	- Plaidoyer en cours pour le recrutement de nouvelles sages-femmes - Poursuivre le plaidoyer pour le recrutement des personnels de santé et spécialement les sages-femmes/maïeuticiens ; - Poursuivre la formation des personnels pour le Plan d'Urgence du Chef de l'Etat ; - Former les acteurs de la chaine PPBS sur les mécanismes de mise en œuvre du Budget Programme ; - Poursuivre le Projet de fidélisation des personnels de santé dans les zones d'accès difficiles.

Action 05 DÉVELOPPEMENT DU SYSTÈME D'INFORMATION SANITAIRE ET LA RECHERCHE OPÉRATIONNELLE EN SANTÉ

La mise à disposition des rapports mensuels d'activités (RMA) à toutes les catégories des FOSA permettra d'améliorer la complétude à travers le logiciel DHIS2

OBJECTIF	Mettre en place un dispositif fonctionnel de remontée et de diffusion des informations sanitaires. (à réviser)							
Indicateur	Intitulé:		Taux de complétude des RMA. La valeur de base est de 0%et la valeur cible à l'horizon 2018 est de 50%.				TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE	
	Unité de mesure		%					
	Année de référence:		2015					
	Valeur de référence:		0.0					
	Année cible:		2018					
	Valeur Cible		50.0				67.5	
	Réalisation exercice (Résultat technique):		27					
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP
	658 300 000	658 300 000	1 355 970 660	1 355 970 660	649 500 000	649 500 000	98 %	98 %
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION	Pour lesystème d'information sanitaire et la recherche opérationnelle en santé, on note : D'une part, pour le Système National d'Informations Sanitaires (SNIS), un cadre institutionnel et organisationnel qui reste faible, l'absence d'un plan stratégique de renforcement et d'un manuel de procédure de gestion du SNIS, la remontée des données dont la qualité reste à vérifier. Et d'autre part, pour la Recherche opérationnelle en Santé et la Recherche en Santé, on note le nom respect du cadre réglementaire légal régissant la pratique de la Recherche en Santé, l'insuffisance des ressources financières allouées au fonctionnement des instances de régulation, l'absence d'une liste nationale des priorités de recherche en santé, la faible culture de la recherche et la faible disponibilité des bases factuelles fiables.							
ACTIVITES MAJEURES REALISEES (présentation des extrants)	- les Comptes Nationaux de la santé de 2012 ont été publiés, ainsi que les résultats de l'enquête MICS 5. - La mise à jour de la carte sanitaire à travers le logiciel DHIS 2 - l'élaboration de la cartographie des aires et districts de santé du Cameroun ont été effectuées. - Une enquête Démographique et de Santé (EDS) est en cours et les résultats sont attendus mi-2017 notamment sur la prévalence du VIH et la mortalité maternelle.							
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extrants)	La mise à disposition des rapports mensuels d'activités (RMA) à toutes les catégories des FOSA permettra d'améliorer la complétude à travers le logiciel DHIS2							
Perspectives 2017	- Passager à échelle de la mise en œuvre du logiciel DHIS2 avec la mise à disposition des RMA à toutes les catégories des FOSA ; - Démarrer de l'enquête EDS-V ; - Améliorer la qualité des données du SNIS ; Elaborer les comptes nationaux de la Santé (2013/2014) .							

Action 06 PILOTAGE STRATÉGIQUE DU SECTEUR

Proportion des directives des instances de coordination à tous les niveaux mises en oeuvre

OBJECTIF	Renforcer le pilotage stratégique du secteur santé.							
Indicateur	Intitulé:		Proportion des directives des instances de coordination à tous les niveaux mises en œuvre; La valeur de base est de est à déterminer. La valeur cible à l'horizon 2018 est de 50%.				TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE	
	Unité de mesure		%					
	Année de référence:		2015					
	Valeur de référence:		0.0					
	Année cible:		2018					
	Valeur Cible		50.0				80	
	Réalisation exercice (Résultat technique):		20					
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP
	24 092 796 381	24 092 796 381	76 322 268 362,8	76 322 268 362,8	24 070 080 000	24 070 080 000	99 %	99 %
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION	Le pilotage stratégique est caractérisé par: un dispositif institutionnel inapproprié ; un fonctionnement inadéquat de la chaine « planification, programmation, budgétisation et suivi-évaluation » ; une faiblesse de la veille stratégique ; une lenteur du processus de déconcentration /décentralisation et une gestion non-optimale du partenariat national et international							
ACTIVITES MAJEURES REALISEES (présentation des extrants)	- le document de Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027 est édité et disponible. - Le site web du MINSANTE a été réactivé avec des interfaces sur les réseaux sociaux notamment Facebook. Plusieurs actions de communication institutionnelle ont été menées.							
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extrants)	**Indicateur :** Proportion des directives des instances de coordination à tous les niveaux mises en oeuvre Indicateur créée en 2016							
Perspectives 2017	- Développer et faire fonctionner les outils performants de suivi/évaluation de la mise en œuvre des activités planifiées dans le PTA des structures ; - Renforcer les missions de suivi/évaluation des activités programmées dans le PTA consolidé ; Améliorer la coordination et planification des activités des partenaires nationaux et internationaux dans le Secteur de la Santé.							

Action 07 CONTRÔLE ET AUDIT INTERNE DES STRUCTURES

- Pour les régions 9 sont fonctionnelles excepté l'Extrême-Nord sur les 10 cellules attendues.
- Au niveau central toutes les cellules fonctionnelles sont disponibles

Difficultés à faire remonter les données issues des FOSA à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

OBJECTIF	Renforcer le contrôle et l'audit interne des structures sanitaires.							
Indicateur	Intitulé:		Proportion des structures sanitaires cibléesinspectées à tous les niveaux. La valeur de base est de reste à déterminer. La valeur cible à l'horizon 2018 est de 100%.				TAUX DE RÉALISATION TECHNIQUE	
	Unité de mesure		%					
	Année de référence:		2015					
	Valeur de référence:		0.0					
	Année cible:		2018					
	Valeur Cible		100.0				74	
	Réalisation exercice (Résultat technique):		74					
CRÉDITS	DOTATION INITIALE		DOTATION RÉVISÉE		CONSOMMATION		TAUX DE RÉALISATION FINANCIÈRE	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP
	663 500 000	663 500 000	522 689 960	522 689 960	658 430 000	658 430 000	99 %	99 %
CONTEXTE DE MISE EN OEUVRE DE L'ACTION	Le médicament constitue un élément incontournable des soins. Selon les comptes nationaux de santé 2011, il représente au Cameroun 43,3% des dépenses de santé des ménages. Le médicament fait par ailleurs l'objet de beaucoup de passions, d'interventions, d'intérêts souvent inavoués et d'affairisme. D'où la forte propension à sa contrefaçon et à son trafic. Au vu des dégâts effectués par le médicament d'origine et de qualité non contrôlées sur la santé des populations et sur l'économie nationale, le Gouvernement s'est engagé dans la lutte contre le trafic illicite des produits pharmaceutiques. Par ailleurs, une attention particulière est mise sur le contrôle du respect de l'éthique et de la déontologie au regard des dérives et exactions observées en milieu hospitalier contribuant à réduire la fréquentation des hôpitaux publics par les populations et à ternir l'image de l'Etat. Ce phénomène est matérialisé par le volume élevé des inspections (tous les trimestres). D'où l'importance, d'un suivi rapproché opéré dans le cadre des enquête et des investigations.							
ACTIVITES MAJEURES REALISEES (présentation des extrants)	- 375 structures sanitaires (publiques et privées) ont fait l'objet d'inspection/investigation/contrôle/audit. - 106 dénonciations sur 143 enregistrées ont fait l'objet d'investigations et sur cette base 126 personnels ont été sanctionnés négativement. Des faux médicaments d'une valeur d'environ un milliard de francs CFA ont été saisis et détruits.							
JUSTIFICATION DU RÉSULTAT ET DE L'UTILISATION DES RESSOURCES (extrants)	- Pour les régions 9 sont fonctionnelles excepté l'Extrême-Nord sur les 10 cellules attendues. - Au niveau central toutes les cellules fonctionnelles sont disponibles - Difficultés à faire remonter les données issues des FOSA à tous les niveaux de la pyramide sanitaire							
Perspectives 2017	Accélérer la lutte contre la vente illicite des médicaments contrefaits et organiser des opérations de saisie, destruction des médicaments de la rue à la faveur du nouveau code pénal ;							

3. BILAN STRATEGIQUE ET PERSPECTIVES

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

3.2. LEÇONS APPRISES

3.3. PERSPECTIVES 2017