|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***REPUBLIQUE DU CAMEROUN***  ***Paix – Travail – Patrie***  ***----------------*** |  | ***REPUBLIC OF CAMEROON***  ***Peace – Work – Fatherland***  ***----------------*** |
| ***MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE***  ***----------------*** |  | ***MINISTRY OF PUBLIC HEALTH***  ***----------------*** |
|  |  |  |

**Cadre Stratégique de Performance du Ministère de la Santé publique 2022-2030**

Validation juin 2021

**Table des matières**

[**CHAPITRE 1 : EVALUATION DES 04 PROGRAMMES ACTUELS MIS EN ŒUVRE** 7](#_Toc75267248)

[**1.1.** **Rappel de la Cartographie des programmes actuels** 7](#_Toc75267249)

[**1.2.** **Evaluation de la démarche de construction des programmes** 13](#_Toc75267250)

[**1.3.** **Evaluation de la Structuration des programmes** 13](#_Toc75267251)

[**1.4.** **Appréciation de la qualité du dispositif de suivi-évaluation de la performance** 14](#_Toc75267252)

[**1.5.** **Leçons tirées** 16](#_Toc75267253)

[**CHAPITRE 2 : ORIENTATIONS STRATEGIQUES POUR LA PERFORMANCE DE L’ADMINISTRATION** 17](#_Toc75267254)

[**2.1** **Objectifs Globaux et Sectoriels** 17](#_Toc75267255)

[2.1.1 Objectifs globaux 17](#_Toc75267256)

[2.1.2 Objectifs sectoriels 18](#_Toc75267257)

[**2.2** **Orientations Stratégiques pour l’administration** 19](#_Toc75267258)

[**2.3** **Réformes majeures** 25](#_Toc75267259)

[**CHAPITRE 3 : CARTOGRAPHIE DES PROGRAMMES 2022-2030** 27](#_Toc75267260)

[**3.1 Motifs de reformulation/reconfiguration des programmes** 27](#_Toc75267261)

[**3.2.** **Présentation des Programmes** 27](#_Toc75267262)

[**3.3.** **Caractérisation des programmes** 30](#_Toc75267263)

[**3.4.** **Identification des activités majeures** 52](#_Toc75267264)

[**CHAPITRE 4 : DISPOSITIF DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI-EVALUATION** 94](#_Toc75267265)

[**4.1** **Pilotage, Coordination et Synergie d’action** 94](#_Toc75267266)

[**4.2** **Dispositif Statistique** 95](#_Toc75267267)

[**4.3** **Tableau de bord de pilotage des indicateurs de performance** 96](#_Toc75267268)

[**4.4** **Ressources Humaines pour le Suivi-Evaluation de la performance** 96](#_Toc75267269)

[**ANNEXE : FICHES D’OPERATIONALISATION DES INDICATEURS** 97](#_Toc75267270)

[**Annexe 1 : Prévention de la Maladie** 97](#_Toc75267271)

[Indicateur N°3 du programme « Prévention de la maladie » 97](#_Toc75267272)

[1. Identification de l’indicateur 2 98](#_Toc75267273)

[1. Identification de l’indicateur 3 99](#_Toc75267274)

[1. Identification de l’indicateur Action 1 100](#_Toc75267275)

[1. Identification de l’indicateur Action 2 102](#_Toc75267276)

[1. Identification de l’indicateur Action 3 103](#_Toc75267277)

[Identification de l’indicateur de l’Action 4 104](#_Toc75267278)

[**Annexe2 : Promotion de la Sante et Nutrition** 106](#_Toc75267279)

[Indicateur N°1 du programme 528 106](#_Toc75267280)

[Indicateur N°2 du programme 528 108](#_Toc75267281)

[Opérationnalisation de l’indicateur de l’action 1 110](#_Toc75267282)

[Indicateur N°1 de l’action 2 112](#_Toc75267283)

[Indicateur N°2 de l’action 2 114](#_Toc75267284)

[Opérationnalisation de l’indicateur de l’action 3 116](#_Toc75267285)

[Opérationnalisation de l’indicateur de l’action 4 118](#_Toc75267286)

[Indicateur N°1 de l’action 5 120](#_Toc75267287)

[Indicateur N°2 de l’action 5 121](#_Toc75267288)

[**Annexe 3 Prise en charge des cas** 122](#_Toc75267289)

[FICHE Des indicateurs du Programme 122](#_Toc75267290)

[Indicateur 1 du programme 122](#_Toc75267291)

[FICHE. Des indicateurs du Programme 124](#_Toc75267292)

[Indicateur 2 du programme 124](#_Toc75267293)

[Pourcentage des PVVIH mis sous traitement 124](#_Toc75267294)

[Fiche Action 1. Mise en œuvre des interventions curatives à haut impact chez la mère, le nouveau-né, l'enfant et l'adolescent 126](#_Toc75267295)

[Pourcentage des nouveaux né ayant reçu les soins post nataux dans les 48 heures 126](#_Toc75267296)

[FICHE action 2. Prise en charge des urgences et des catastrophes 128](#_Toc75267297)

[Proportion des urgences de santé publique pour lesquelles le Système de gestion des Incidents a été activé 128](#_Toc75267298)

[FICHE action 3. Prise en charge du VIH /SIDA, Tuberculose, Hépatites virales et IST. 130](#_Toc75267299)

[FICHE action 4 : Prise en charge du paludisme. 132](#_Toc75267300)

[FICHE action 5 : Prise en charge des Maladies Chroniques Non Transmissibles (MNCT). 134](#_Toc75267301)

[FICHE action 6 : Prise en charge des Maladies Tropicales Négligées (MTN). 136](#_Toc75267302)

[**Annexe 4 : Renforcement du Système de Santé** 138](#_Toc75267303)

[FICHE .1 : Financement de la santé et partenariat. 138](#_Toc75267304)

[FICHE .2 : Amélioration de l’offre des soins et services de santé. 140](#_Toc75267305)

[FICHE 3 : Ressources Humaines en santé 144](#_Toc75267306)

[FICHE 4 : Gestion des médicaments, réactifs et dispositifs médicaux et autres produits pharmaceutiques. 146](#_Toc75267307)

[FICHE 5 : Information sanitaire et recherche en santé. 148](#_Toc75267308)

[FICHE 6 : Offre Infrastructurelles Et équipements des Formations Sanitaires. 152](#_Toc75267309)

[**Annexe 5 : Gouvernance et Pilotage Stratégique du secteur santé** 153](#_Toc75267310)

[FICHE N°1. Gouvernance et pilotage stratégique du secteur santé 153](#_Toc75267311)

[FICHE N°2. Coordination et suivi des activités des services du MINSANTE 155](#_Toc75267312)

[FICHE 3 : Planification et programmation stratégique 159](#_Toc75267313)

[FICHE 4 : Gestion budgétaire et financière 161](#_Toc75267314)

[FICHE 5 : Contrôle et audit des structures 162](#_Toc75267315)

[FICHE 6 : Renforcement du dispositif de veille stratégique et de résilience du système de santé 164](#_Toc75267316)

**CADRES STRATEGIQUES DE PERFORMANCE DES ADMINISTRATIONS**

**Administration : MINSANTE**

**INTRODUCTION**

* **Contexte**

Pour son développement économique et social, le Cameroun a adopté en 2009 la Vision de développement à l’horizon 2035 qui ambitionne de faire du Cameroun « Un pays émergent, démocratique et uni dans sa diversité ». La première phase de mise en œuvre de cette vision de développement à long terme a été opérationnalisée par le Document de Stratégie pour la Croissance et l’Emploi (DSCE) qui a constitué le cadre global de référence des actions du Gouvernement et des partenaires au développement pour la période 2010-2019.

Rendu au terme de la mise en œuvre du DSCE, il est nécessaire d’aligner les cadres stratégiques des administrations aux orientations de la deuxième phase de la Vision 2035. En effet, la mise en œuvre de la vision de développement du Cameroun à l’horizon 2035 est entrée dans une nouvelle phase, depuis l’adoption de la Stratégie Nationale de Développement (SND30). Cette situation impose une reconsidération des programmes des différentes administrations et l’élaboration de nouveaux cadres de performances.

La relecture des cadres stratégiques est donc nécessaire, pour asseoir l’alignement des programmes des administrations sur les options retenues. Elle exige une prise en compte des propositions formulées dans le cadre de l’évaluation générale du DSCE et de l’actualisation de la Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027. En effet, la Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) 2020-2030 qui est le cadre d’orientation de l’action gouvernementale en matière de santé avait elle aussi été révisée et adossée aux orientations de la SND30. Ces efforts d’alignement stratégiques sont principalement dû à :

* La nécessité d’une meilleure couverture des champs de responsabilités économiques et sociales des administrations, en considérant les nomenclatures économiques et budgétaires de référence (SCN, CITI, CEMAC) ;
* La nécessité d’une meilleure internalisation des enjeux et des problématiques stratégiques nationales et sectorielles, grâce à une bonne appropriation et à l’adhésion des responsables à divers niveaux de la chaine des résultats (Cf. GAR) à savoir les acteurs du niveau périphérique, intermédiaire et central du système de santé;
* La nécessité de renforcer le traitement des problématiques transversales et de l’organisation des complémentarités opérationnelles aux niveaux intra et interministériels en vue de la convergence des efforts vers des points d’impact confluents ;
* La nécessité de renforcer l’ancrage des contenus des programmes aux objectifs, de corriger l’insuffisante formulation des indicateurs due parfois à l’hétérogénéité dans le contenu des programmes, l’absence des cadres de mesure de rendement, l’absence d’une planification statistique conséquente, d’améliorer la dynamique d’évaluation corrective et des efforts de recherche développement systématique ;
* La nécessité de corriger la faible prise en compte des structures sous-tutelles et rattachées au MINSANTE dans la formulation des programmes entrainant un risque de sous-lisibilité, d’efficacité et d’efficience de l’action publique dans les domaines de compétence ;
* La nécessité de prendre en compte de manière conséquente les évolutions institutionnelles concernant notamment la décentralisation, dans la formulation des stratégies-programmes.

Ces travaux serviront de base pour la planification du triennat 2022-2024 et la budgétisation de l'exercice 2022.

* **Missions du Ministère de la Santé Publique :**

Conformément au Décret n° 2013/093 du 03 avril 2013 portant organigramme du Ministère de la Santé Publique, le MINSANTE est responsable de l’élaboration et de la mise en œuvre de la politique du Gouvernement en matière de santé publique. A ce titre, il est chargé :

* D’assurer l’organisation, la gestion et le développement des formations sanitaires publiques ;
* D’assurer le contrôle technique des formations sanitaires privées ;
* De veiller au développement des actions de prévention et de lutte contre les épidémies et pandémies ;
* De veiller à l'extension de la couverture sanitaire du Territoire;
* De veiller au développement des actions de prévention et de lutte
* De lutter contre les épidémies et les pandémies ;
* De mettre en œuvre la médecine préventive;
* De veiller à la qualité des soins et à l'amélioration du plateau technique des formations sanitaires publiques et privées;
* D'assurer la promotion des infrastructures sanitaires en liaison avec les Administrations concernées;
* D'assurer la coopération médicale et sanitaire internationale en liaison avec le Ministère des Relations Extérieures;
* Du suivi des activités des organismes et comités techniques spécialisés relevant de son secteur de compétence;
* D’assurer le suivi de la médecine sportive et de la médecine du travail, en liaison avec les administrations concernées;
* D'assurer le suivi du développement de la médecine traditionnelle, en liaison avec le Ministère de la Recherche Scientifique et de l'Innovation;
* De concourir à la formation des médecins, pharmaciens et personnels paramédicaux, ainsi qu'à leur recyclage permanent;
* 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 du secteur de la santé publique :

* 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).
* **Déroulement de l’activité de refonte/actualisation des programmes**

Après la réunion de lancement de l’activité par le MINEPAT, le déroulement de l’activité de refonte des programmes au MINSANTE a été ponctué par les 06 principales étapes que sont :

* Les réunions d’évaluation des programmes ;
* La synthèse des évaluations effectuées au niveau de chaque programme;
* L’élaboration d’une proposition de cadre de référence par un groupe d’experts ;
* L’enrichissement au sein de chaque programme de la proposition de cadre de référence rendue disponible ;
* L’atelier de prise en compte et d’intégration des améliorations proposées ;
* La réunion d’adoption du cadre stratégique des performances du MINSANTE.
* **Structure du document**

Ce document est articulé autour des parties suivantes :

# **CHAPITRE 1 : EVALUATION DES 04 PROGRAMMES ACTUELS MIS EN ŒUVRE[[1]](#footnote-1)**

* 1. **Rappel de la Cartographie des programmes actuels**

Au cours de la mise en œuvre du DSCE, l’objectif visé par le Gouvernement en matière de santé était *de « garantir, de manière pérenne, l’accès universel aux services et soins de santé de qualité à travers l’amélioration de leur offre et le financement appropriée de la demande de santé*». Pour atteindre cet objectif la cartographie des programmes du MINSANTE a été définie sur la base de la Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027. Celle-ci a permis de retenir 03 programmes opérationnels et 01 programme support. Les programmes opérationnels étaient : Promotion de la Santé (N°528) ; Prévention de la Maladie (N°527) ; Prise en charge des cas (N°531). Le programme support quant à lui s’intitule : Gouvernance et appui institutionnel au secteur santé (Programme 530). Le tableau ci-après permet d’en faire la synthèse avec une brève présentation des indicateurs de programmes.

***Tableau 1: Cartographie des programmes et leurs objectifs***

| **Programme** | **Objectif** | **Indicateurs du programme** | **Sources de vérification** |
| --- | --- | --- | --- |
|
| Programme 527 Prévention de la maladie | Améliorer la couverture des interventions de prévention de la maladie | Pourcentage des femmes enceintes séropositives recevant un traitement ARV (pour réduire la TME pendant la grossesse et l'accouchement au cours des 12 derniers mois) | Plan de suivi évaluation CNLS  Rapport de suivi évaluation du CNLS |
| Taux de couverture vaccinale en PENTA 3 | Rapport Annuel PEV |
| Pourcentage des ménages ayant accès /possédant au moins une MILDA | Rapport Annuel PNLP |
| Programme 528  Promotion de la santé | Agir sur les déterminants de la santé et donner aux individus les moyens de maitriser et d’améliorer leur état de santé | Pourcentage des Districts de Santé dont les ménages disposent de toilettes améliorées | MICS, EDS, DHIS |
| Taux de malnutrition aigu global chez les enfants de moins de 5 ans | EDS, MICS, ECAM, SMART |
| Programme 531  Prise en charge des cas | Réduire la létalité hospitalière et communautaire des maladies prioritaires transmissibles, non-transmissibles ainsi que la mortalité maternelle et infanto-juvénile. | Pourcentage des patients mis sous TARV (Traitement Anti rétroviral) | SNIS, Rapports CNLS |
| Taux d’accouchement assisté au sein d’une FOSA | SNIS, EDS |
| Taux de mortalité péri opératoire dans les hôpitaux de 1ère, 2ème, 3ème et 4ème catégorie | SNIS |
| Programme 530  Gouvernance et appui institutionnel au secteur santé | Améliorer la coordination des services à tous les niveaux de la pyramide sanitaire | Taux de réalisation des activités budgétisées au sein du MINSANTE | Rapport annuel de Performance |
| Pourcentage de structures sanitaires disposant d’au moins 50 % de personnels selon les normes | Rapport DRH |

Les programmes ci-dessus présentés ont été déclinés en actions puis en activités. Chaque action ayant à sa tête un chef qui en assure le pilotage opérationnel à travers des indicateurs de suivi.

Tableau 2 : Présentation des programmes et de leurs actions

**Programme 527 : Prévention de la maladie**

| Programme 527 | Objectifs | Indicateurs | Unité (de mesure de l’indicateur) | Source de vérification |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|
| Action 1 : Prévention du paludisme | Augmenter la proportion des femmes enceintes sous traitement préventif intermittent (TPI) du paludisme | Proportion des femmes enceintes fréquentant les centres de consultation prénatales (CPN) et ayant reçu au moins trois doses de TPI | % | Rapport annuel du PNLP |
| Action 2 : Prévention du VIH/SIDA, Tuberculose, IST et hépatites virales | Réduire les nouveaux cas d'infection au VIH, Tuberculose, IST et hépatites virales | Pourcentage des patients ayant terminé avec succès leur traitement de la tuberculose | % | Rapports d’activités PNLT |
| Action 3 : Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant | Réduire à moins de 50% le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant | Taux de transmission du VIH de la mère à l’enfant à 6 semaines est inférieur à 5% | % | Rapport Annuel 2018 CNLS  Plan de suivi évaluation du CNLS |
| Action 4 : Prévention des Maladies à Potentiel Épidémique(MAPE) | Réduire la proportion des districts de santé ayant enregistré une épidémie de rougeole | Proportion des Districts de Santé ayant enregistré une épidémie de rougeole | % | Rapport Annuel 2019 PEV  PPAC PEV |
| Action 5 : Prévention des maladies chroniques non transmissibles (MCNT) | Réduire la prévalence des principales maladies chroniques non transmissibles (cancer, diabète, HTA etc.) | Incidence du cancer du col de l’utérus | 1/100 000 | Rapport de dépistage PNL Cancer |
| Action 6 : Prévention des maladies tropicales négligées (MTN) | Augmenter la couverture des campagnes de distribution de masse des médicaments contre les MTN | Taux de couverture thérapeutique (TCT) de la CTP au Mectizan | % | Rapport Annuel 2018 PNL ONCHO |
| Action 7 : Prévention des autres maladies | Améliorer la prévention des maladies génétiques | Proportion des individus ayant une hémoglobine SS et AS parmi ceux qui ont fait un test d'électrophorèse de l’hémoglobine | % | Rapport d’activité Centre Pasteur du Cameroun |

**Programme 528 : Promotion de la Santé**

| Programme 528 | Objectifs | Indicateurs | Unité (de mesure de l’indicateur) | Source de vérification |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|
| Action 1  Promotion des comportements favorables à la santé | Amener la population à adopter des comportements sains et favorables à la santé | Taux de malnutrition chronique chez les moins de 5 ans | % | MICS, EDS, ECAM, SMART |
| Action 2  Renforcement de la planification familiale | Améliorer l’accès et l’utilisation des services de planification familiale | 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 (quel que soit la méthode utilisée) | % | MICS, EDS, TRACK 20 |
| Action 3  Amélioration du milieu de vie des populations | Contribuer à l’amélioration du milieu de vie des populations | Pourcentage de districts de santé implémentant l’Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC) | % | DHIS, EDS, ECAM, MICS |
| Action 4  Renforcement de la Participation communautaire | Renforcer la participation communautaire dans la résolution des problèmes de santé | Proportion de districts de santé disposant d’un Comité de Santé du District (COSADI) fonctionnel | % | FDR, RAP, DHIS |
| Action 5  Promotion de la santé de l’adolescent | Réduire les comportements à risque chez les adolescents (de 10 à 19 ans) | Prévalence des grossesses chez les adolescents | % | MICS, EDS, |

**Programme 531 : Prise en Charge des Cas**

| Programme 531 | Objectifs | Indicateurs | Unité (de mesure de l’indicateur) | Source de vérification |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|
| Action 1 : Mise en œuvre des interventions curatives à haut impact chez la mère, le nouveau-né, l'enfant et l'adolescent | Améliorer la 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. | Pourcentage des nouveaux nés ayant reçu les soins postnataux dans les 48 heures. | % | (MICS -5 2014) |
| Action 2 : Prise en charge des urgences et des catastrophes | Améliorer la prise en charge des urgences et des catastrophes | Proportion d'épidémies confirmées ayant donné lieu à une riposte dans les délais | % | Rapport annuel de riposte |
| Action 3 : Prise en charge du VIH/SIDA, tuberculose, IST et hépatites virales | Améliorer la prise en charge des personnes vivant avec le VIH, la tuberculose, les hépatites virales et d’autres infections sexuellement transmissibles | Taux de guérison des malades tuberculeux à microscopie positive | % | Le rapport annuel |
| Action 4: Prise en charge du paludisme | Améliorer le diagnostic et la prise en charge du paludisme | Proportion des cas de paludisme confirmés chez les enfants de moins de 5 ans correctement pris en charge | % | Rapport annuel PNLP 2018 |
| Action 5 : Prise en charge des maladies chroniques non transmissibles (MCNT) | Améliorer la prise en charge des cas et des complications des principales MCNT. | Proportion des Hôpitaux de District prenant en charge selon les normes les cas d’Hyper Tension Artérielle et leurs complications | % | Enquête menée annuellement |
| Action 6: Prise en charge des maladies tropicales négligées et des autres | Améliorer la prise en charge des maladies tropicales négligées et des maladies rares. | Proportion de cas l’Ulcère de Buruli(UB) guéris sans complication | % | Rapport annuel du comité |
| Action 7: Offre Infrastructurelles et Equipements des Formations Sanitaires | Améliorer l’offre infrastructurelle et les équipements dans de formations sanitaires | Pourcentage des formations sanitaires de 1ère, 2ème et 3ème catégorie disposant d’un plateau technique relevé au moins à 50% | % |  |

**Programme 530 : Gouvernance et appui institutionnel au secteur santé**

| Programme 530 | Objectifs | Indicateurs | Unité (de mesure de l’indicateur) | Source de vérification |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|
| Action 1 : Pilotage stratégique du secteur | Renforcer la planification, la supervision et la coordination des interventions des programmes opérationnels à tous les niveaux de la pyramide sanitaire | Pourcentage des sessions de coordination tenues à tous les niveaux de la pyramide | % | Rapport CPP |
| Action 2 : Gestion des médicaments, réactifs et dispositifs médicaux et autres produits pharmaceutiques | Augmenter de 50% la disponibilité et l’utilisation des médicaments et autres produits pharmaceutiques dans les régions | Nombre moyen de jours de ruptures de stock des médicaments traceurs par trimestre | Jour | Rapport DPML |
| Action 3 : Amélioration de l’offre des soins et services de santé | Assurer la disponibilité des paquets de service et des soins de santé selon les normes dans au moins 40% des DS | Proportion des FOSA (HD) délivrant le PCA complet | % | Rapports des DRSP et des DS |
| Proportion des FOSA (CSI et CMA) délivrant le PMA complet | % | Rapports des DRSP et des DS |
| Action 4 : Développement des Ressources Humaines en santé | Porter la densité moyenne à un médecin pour 5000 habitants | Densité moyenne du personnel médecin | Nbre | Résultats d’enquêtes / Recrutement |
| Pourcentage des structures sanitaires disposant d’au moins 50% des ressources humaines selon les normes (PDRH 2011) | % | Rapport de suivi de la mise en œuvre du PDRH |
| Action 5 : Renforcement du financement de la santé et du partenariat | Augmenter les ressources internes et extérieures allouées à la santé à au moins 15% du budget national | Pourcentage du budget national alloué à la santé | % | Loi de  finances de l’Etat du Cameroun pour l’exercice 2018 |
| Action 6 : Développement du système d'information sanitaire et la recherche opérationnelle en santé | Assurer la disponibilité d’une information sanitaire de qualité pour une prise de décision basée sur les évidences et le développement de la recherche en santé et à tous les niveaux de la pyramide | Taux de complétude des RMA transmis dans les délais | % | Rapport CIS |
| Pourcentage des projets de recherche autorisés dont les résultats ont été restitués/publiés | % | Fiche annuel sur l’état d’avancement des projets (démarrage achèvement, restitution/publication) |
| Action 7 : Contrôle et Audit interne des structures | Améliorer le fonctionnement et la performance des services à tous les niveaux de la pyramide sanitaire | Pourcentage des FOSA planifiées et auditées | % | Rapport de missions des Inspections Générales |

* 1. **Evaluation de la démarche de construction des programmes**

La Stratégie Sectorielle de la Santé (SSS) 2016-2027 et le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020 ont été les documents de base sur lesquels la formulation de ces programmes s’était appuyée. Ce processus s’était effectué de manière participative. Toutes les structures du ministère avaient été conviées aux séances de travail et de réflexion consistant à définir les programmes actuels du ministère et leur contenu. Sous l’encadrement du MINEPAT, il avait été convenu de formuler un seul programme support et trois programmes opérationnels.

La formulation des programmes opérationnels était adossée sur les axes stratégiques de la Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027. En effet, ce document de référence contient trois axes verticaux à savoir : la prévention de la maladie, la promotion de la santé, et la prise en charge des cas. Ce sont ces axes stratégiques qui sont repris comme programmes opérationnels. Quant au programme support intitulé « Gouvernance et appui institutionnel au secteur santé », il s’agit d’une fusion des axes stratégiques que sont : Renforcement du système de santé et gouvernance et pilotage stratégique du système de santé.

Cette formulation des programmes avait permis de capter de manière exhaustive les fonctions de la santé et les missions du Ministère de la Santé Publique. C’était le résultat d’un travail préalable de délimitation et de segmentation du secteur de la santé en composantes et sous composantes. La mission principale du MINSANTE qui est d’assurer et de maintenir la santé des populations passe nécessairement par la mise en œuvre des programmes sus évoqués. Lesdits programmes sont ancrés sur les orientations stratégiques car découlent de la SSS 2016-2027.

* 1. **Evaluation de la Structuration des programmes**

Chaque programme du MINSANTE dispose d’une stratégie qui met en évidence les actions à implémenter ainsi que les objectifs spécifiques y relatifs. Ces stratégies programmes expliquent les voies et moyens par lesquels le MINSANTE compte réaliser ses objectifs au niveau de chaque programme. Cependant, ces stratégies ne sont pas suffisamment détaillées et ne font par ressortir clairement le lien qui les relie à la stratégie sectorielle de santé.

Les objectifs des programmes reprennent partiellement les orientations de la stratégie sectorielle de santé. Elles ne sont par conséquent pas complètement arrimées sur ces dernières. Par ailleurs, les objectifs des programmes sont accompagnés d’indicateurs qui permettent de mesurer les progrès effectués. Mais l’appréciation des résultats de certains programmes s’est souvent avérée difficile à cause de la nature des indicateurs retenus. En effet, certains indicateurs de programme ne pouvaient pas être renseignés annuellement du fait qu’ils nécessitaient des études ou des enquêtes. D’autres indicateurs retenus étaient des indicateurs d’effet et ne pouvaient par conséquent pas être renseignés sur la base annuelle.

Toutefois, l’on peut constater une parfaite cohérence entre les programmes et les actions retenues. Celles-ci étant des sous-ensembles homogènes de chaque programme. Il est de fait facile d’établir le lien entre les actions et les programmes et mesurer la participation des actions à la réalisation des objectifs des programmes.

Pour ce qui concerne le dialogue de gestion, les chefs des programmes ont été désignés de manière formelle tout comme les contrôleurs de gestion. Cependant, le mécanisme de mise en œuvre des actions et l’organisation du dialogue de gestion ont été faibles. En effet, l’instabilité des responsables des programmes et d’action due à la mobilité du personnel, contribue à la faible appropriation de l’approche du budget programme. D’où la nécessité de l’instauration d’une formation permanente des différents acteurs.

Les capacités des gestionnaires des programmes n’ont pas été renforcées pour leur permettre d’avoir un rendement optimal. En outre, les chefs des programmes et d’action se sont faiblement approprier l’approche du budget programme ce qui a rendu difficile leur collaboration avec les chefs de programmes.

La mise en œuvre des programmes a été entravée par le faible fonctionnement de la chaine PPBS dans l’ensemble. En effet, l’on relève une forte déconnection entre la planification et la programmation. La budgétisation n’étant que la conséquence des deux premiers maillons de la chaine. A cela l’on pourrait également ajouter la limitation du nombre de programme à 4. Cette situation a rendu difficile la mise en œuvre des interventions relevant du renforcement du système de santé. En outre, l’on pourrait déplorer la faible appropriation de l’approche par programme dans l’ensemble du système de santé. Très peu de responsables de programmes, d’action ou d’activité sont au fait de leur mission et de l’étendue de leurs responsabilités. Les acteurs du niveau déconcentrés sont quant à eux très peu concernés par cette approche.

* 1. **Appréciation de la qualité du dispositif de suivi-évaluation de la performance**

Le dispositif de suivi-évaluation mis sur pied dans le cadre du budget programme est faible au MINSANTE. Cette situation se manifeste principalement par l’absence de tableaux de bord, d’outils de collecte de données et de canevas de reddition des comptes harmonisés dans tous les programmes et à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. En outre, les efforts de suivi effectués au niveau de chaque programme ne sont pas systématiquement capitalisés comme éléments d’aide à la prise de décision. Les informations collectées sont généralement rendues disponibles en fin d’année juste pour les travaux d’élaboration du rapport de revue. Par conséquent, le comité PPBS n’a pas assez d’informations pour être efficace dans son fonctionnement. Ce dernier s’est d’ailleurs réunit très peu de fois au cours du dernier triennat.

Les 04 contrôleurs de gestion s’efforcent néanmoins à élaborer et assurer la mise en œuvre du protocole de gestion de leurs programmes respectifs. La Cellule de Planification et de Programmation à son tour, se charge consolider les résultats produits par chaque programme, facilitant ainsi la reddition des comptes en fin d’année. L’on pourrait tout de même déplorer la faible capacité du système à produire les informations de manière routinière et à les utiliser pour guider la prise de décision.

**Analyse Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces (FFOM) de la mise en œuvre des programmes**

|  |  |
| --- | --- |
| **Forces** | **Faiblesses** |
| 1. Les Programmes sont arrimés à la Stratégie Sectorielle de Santé 2. Tenue des rencontres mensuelles sein de la majorité des programmes 3. Disponibilité d’une Stratégie Sectorielle qui intègre déjà les orientations de la SND30 4. Disponibilité d’un cadre règlementaire qui permet aux programmes d’être opérationnels 5. Disponibilité d’un protocole de gestion pour chaque programme 6. Disponibilité des responsables d’actions et d’activités 7. Tenue des réunions de coordination des services centraux du MINSANTE | 1. Insuffisance de renforcement des capacités des responsables des programmes 2. Faible appropriation par les acteurs de l’outil de suivi-évaluation des programmes 3. Difficulté de collecte et de remontée des données 4. L’appropriation insuffisante de certains acteurs du concept de Budget-Programme 5. La dépendance du remplissage de certains indicateurs aux enquêtes 6. L’insuffisance des moyens mis à la disposition des programmes 7. Les capacités des référents d’actions ne sont pas suffisantes dans le cadre des travaux de la chaîne PPBS 8. Faible alignement des actions, des activités et des indicateurs avec la SSS 9. Instabilité des porteurs d’actions 10. Faible concertation entre les acteurs des programmes 11. Faible coordination entre les acteurs de la chaîne PPBS |
| **Opportunités** | **Menaces** |
| 1. La disponibilité des sectoriels du MINEPAT/MINFI à l’accompagnement des administrations 2. Disponibilité des Partenaires Techniques et Financiers capables de faciliter la réalisation des objectifs des programmes 3. Refonte des programmes due à l’adoption de la SND30 4. Reformulation en cours du cadre organique du MINSANTE 5. Révision en cours de la Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027 6. Elaboration en cours d’un Plan National de Développement Sanitaire et d’un Plan Intégré de Suivi-évaluation 2021-2025 7. Le projet de charte de gestion du MINSANTE disponible et partagé avec les responsables | 1. La crise sanitaire due à la pandémie du COVID-19 2. La crise sécuritaire au niveau des frontières (Nigeria, Centrafrique etc.) et insécurité dans certaines régions du pays (Nord-Ouest, Sud-Ouest et une partie de l’Extrême-Nord) 3. Conjoncture économique du pays peu favorable |

* 1. **Leçons tirées**

L’évaluation des programmes a permis de dégager quatre principales leçons à savoir :

* Le renforcement de l’alignement stratégique sur les orientations de la SSS
* La nécessité de créer un programme dédié au renforcement du système de santé
* La nécessité de formuler des indicateurs mesurables annuellement pour apprécier les progrès ;
* L’amélioration de la description des stratégies des programmes ;
* Le renforcement de l’appropriation de l’approche par programme dans les structures ;
* L’implication des acteurs du niveau déconcentré aux activités liées au budget programme
* Le renforcement de la coordination multisectorielle des interventions.

# **CHAPITRE 2 : ORIENTATIONS STRATEGIQUES POUR LA PERFORMANCE DE L’ADMINISTRATION**

Ce chapitre rappelle les objectifs globaux (découlant de la stratégie nationale) et les objectifs sectoriels (découlant des stratégies sectorielles) qui concernent l’administration et présente l’ensemble des orientations, mesures et réformes interpellant l’administration.

* 1. **Objectifs Globaux et Sectoriels**

## 2.1.1 Objectifs globaux

Les interventions du secteur de la santé s’inscrivent dans le cadre de **l’amélioration du Développement du Capital Humain et du Bien-être** (Cf.SND30 Page 70). Cet aspect concerne principalement les secteurs santé et éducation.

Le pays vise une amélioration de l’Indice du Capital Humain en le faisant passer de 0,39 en 2017 à 0,55 en 2030. Il sera aussi question d’améliorer l’indice de Développement Humain en faisant passer celui-ci de 0,56 à 0,70 d’ici 2030 (Cf.SND30 Page 144).

Pour ce qui concerne le secteur santé de manière spécifique, il sera question de c**ontribuer au développement d’un capital humain sain, productif et capable de porter une croissance forte, inclusive et durable en garantissant notamment à toutes les couches de la population, un accès équitable et universel aux services et soins de santé de base et aux soins spécialisés prioritaires de qualité, avec la pleine participation de la communauté** (Cf.SND30 Page 78).

De manière plus spécifique le secteur santé devra :

* Faire passer le taux de mortalité maternelle en dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes
* Ramener la mortalité néonatale à 12 pour 1 000 naissances vi- vantes au plus et la mortalité des enfants de moins de 5 ans à 25 pour 1 000 naissances vivantes au plus
* Réduire d’au moins 30% la prévalence et la mortalité des principales maladies transmissibles et non transmissibles
* Réduire de 2/3 la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans
* Viabiliser 80% des Districts de Santés (formations sanitaires intermédiaires et périphériques).

Les indicateurs retenus à cet effet sont :

* Prévalence de l’insuffisance pondérale modérée/sévère chez les enfants < 5 ans (%)
* Taux de faible poids à la naissance des nouveaux nés
* Taux de couverture vaccinale (en % des enfants de 12-23 mois)
* Taux de mortalité infanto-juvénile (pour 1000 naissances vivantes)
* Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)
* Proportion d’enfants d’un an (12-23 mois) vacciné contre la rougeole (%)
* Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)
* Pourcentage d’accouchement assisté par un personnel qualifié (%)
* Taux de prévalence du VIH/SIDA des 15-49 ans (%)
* Taux de prévalence du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans (%)
* Ratio densité médicale (Effectif personnel/population) pour 1000 habitants
* Part du budget de la santé dans le budget national

## 2.1.2 Objectifs sectoriels

**Objectif global :** Contribuer au développement d’un capital humain sain, productif et capable de porter une croissance forte, inclusive et durable

De manière spécifique, la SSS 2020-2030 prévoit l’atteinte des objectifs que sont :

* Amener la population à adopter des comportements sains et favorables à la santé
* Réduire la mortalité prématurée due aux maladies évitables par la prévention
* Réduire la mortalité globale et la létalité dans les formations sanitaires et dans la communauté
* Accroître les capacités institutionnelles des structures sanitaires pour un accès durable et équitable des populations aux soins et services de santé de qualité
* Améliorer la performance du système de santé à tous les niveaux
  1. **Orientations Stratégiques pour l’administration**

Trois principes directeurs ont été développés pour orienter l’action du ministère de la santé vers l’atteinte de ses objectifs sectoriels. Il s’agit de :

1. L’amélioration de la gouvernance du système de santé ;
2. Le renforcement du plateau technique des hôpitaux centraux et de référence ;
3. La valorisation du potentiel thérapeutique local.

Ces principes vont imprégner les différentes composantes de la Stratégie Sectorielle de Santé 2020-2030 que sont : la prévention de la maladie, la promotion de la santé et la nutrition, la prise en charge des cas et le renforcement du système de santé.

| **Orientations/mesures interpellant l’administration** | **Ancrage aux Stratégies sectorielles**  **(Stratégie sectorielle concernée et paragraphe)** | **Ancrage à la stratégie nationale**  **(pilier concerné et paragraphe)** |
| --- | --- | --- |
| Améliorer le cadre de vie des populations en veillant notamment, en liaison avec les communes, au respect des normes minimales d’hygiène et de salubrité dans les zones d’habitation | Axe stratégique Promotion de la santé et nutrition | Pilier : le développement d’un capital humain et du bien-être : Santé et nutrition  Paragraphe 402 |
| Renforcer les aptitudes favorables à la santé des individus et des communautés notamment la pratique des activités physiques et sportives | Axe stratégique Promotion de la santé et nutrition | Pilier : le développement d’un capital humain et du bien-être : Santé et nutrition  Paragraphe 402 |
| Amener les ménages à adopter les pratiques familiales essentielles par la diffusion systématique des messages de sensibilisation sur tous les supports de communication existants | Axe stratégique Promotion de la santé et nutrition | Pilier : le développement d’un capital humain et du bien-être : Santé et nutrition  Paragraphe 402 |
| Améliorer les connaissances, les attitudes et les pratiques des jeunes et adolescents, relativement à leur bien- être et à la santé sexuelle et reproductive. | Axe stratégique Promotion de la santé et nutrition | Pilier : le développement d’un capital humain et du bien-être : Santé et nutrition  Paragraphe 402 |
| Mettre en place un plan national de lutte contre la malnutrition des femmes enceintes ou allaitantes et des enfants de moins de 5 ans | Axe stratégique Promotion de la santé et nutrition | Pilier : le développement d’un capital humain et du bien-être : Santé et nutrition  Paragraphe 403 |
| Créer un dispositif de soutien des prix d’accès aux nutriments et aliments des nourrissons | Axe stratégique Promotion de la santé et nutrition | Pilier : le développement d’un capital humain et du bien-être : Santé et nutrition  Paragraphe 403 : |
| Renforcer la sécurité sanitaire des aliments mis sur le marché et consommés par les populations | Axe stratégique Promotion de la santé et nutrition | Pilier : le développement d’un capital humain et du bien-être : Santé et nutrition  Paragraphe 403 |
| Mettre en place un mécanisme de sensibilisation et d’éducation nutritionnelle adapté au contexte socio culturel du Cameroun | Axe stratégique Promotion de la santé et nutrition | Pilier : le développement d’un capital humain et du bien-être : Santé et nutrition |
| Améliorer l’accès des populations à un régime alimentaire sain et équilibré | Axe stratégique Promotion de la santé et nutrition | Pilier : le développement d’un capital humain et du bien-être : Santé et nutrition  Paragraphe 403 |
| Veiller au respect des normes en matière d’étiquetage alimentaire. | Axe stratégique Promotion de la santé et nutrition | Pilier : le développement d’un capital humain et du bien-être : Santé et nutrition  Paragraphe 403 |
| Mettre en place un plan national de lutte contre la malnutrition des femmes enceintes ou allaitantes et des enfants de moins de 5 ans | Axe stratégique Promotion de la santé et nutrition | Pilier : le développement d’un capital humain et du bien-être : Santé et nutrition  Paragraphe 303 |
| Engager une lutte sans relâche contre l’addiction des jeunes aux substances nocives à la santé et l’utilisation des produits cosmétiques dangereux | Axe stratégique Promotion de la santé et nutrition | Pilier : le développement d’un capital humain et du bien-être : Santé et nutrition  Paragraphe 301 |
|  |  |  |
| Réduire d’au moins 30% l’incidence/prévalence des principales maladies transmissibles (VIH/Sida, Paludisme et Tuberculose) et non transmissibles (Diabètes et HTA) | Axe stratégique Prévention de la maladie | Pilier : le développement d’un capital humain et du bien-être : Santé et nutrition  Paragraphe 304 |
| Accroître considérablement la couverture des interventions de prévention à haut impact pour les cibles mère, nouveau-né et enfant | Axe stratégique Prévention de la maladie | Pilier : le développement d’un capital humain et du bien-être : Santé et nutrition  Paragraphe 304 |
| Renforcer le dispositif de veille sanitaire | Axe stratégique Prévention de la maladie | Pilier : le développement d’un capital humain et du bien-être : Santé et nutrition  Paragraphe 304 |
| Densifier le dispositif de sensibilisation, de dépistage et de vaccination contre les maladies, en impliquant davantage les chefs traditionnels et les organisations à base communautaire | Axe stratégique Prévention de la maladie | Pilier : le développement d’un capital humain et du bien-être : Santé et nutrition  Paragraphe 304 |
| Mettre sur pied un système opérationnel de surveillance et de riposte aux Maladies à Potentiel Endémique, aux évènements de santé publique et aux situations de crise | Axe stratégique Prévention de la maladie | Pilier : le développement d’un capital humain et du bien-être : Santé et nutrition  Paragraphe 306 |
|  |  |  |
| Instituer une charte du malade indiquant les droits et devoirs du patient au sein des FOSA | Axe stratégique prise en charge des cas | Pilier : le développement d’un capital humain et du bien-être : Santé et nutrition  Paragraphe 313 |
| Assurer une prise en charge globale des problèmes de santé de la mère, du nouveau-né, de l’enfant et de l’adolescent | Axe stratégique prise en charge des cas | Pilier : le développement d’un capital humain et du bien-être : Santé et nutrition  Paragraphe 306 |
| Contrôler l’utilisation des protocoles de diagnostic et le respect des normes de prise en charge hospitalière et communautaire des cas | Axe stratégique prise en charge des cas | Pilier : le développement d’un capital humain et du bien-être : Santé et nutrition  Paragraphe 307 |
|  |  |  |
| Identifier des mécanismes innovants de financement des actions préventives de la maladie | Axe stratégique renforcement du système de santé | Pilier : le développement d’un capital humain et du bien-être : Santé et nutrition  Paragraphe 304 |
| Mettre en place un mécanisme d’assistance aux personnes indigentes dans les FOSA | Axe stratégique renforcement du système de santé | Pilier : le développement d’un capital humain et du bien-être : Santé et nutrition  Paragraphe 306 |
| Améliorer le dispositif clinique de lutte contre le VIH/Sida, le paludisme, la tuberculose | Axe prise en charge des cas | Pilier : le développement d’un capital humain et du bien-être : Santé et nutrition  Paragraphe 307 |
| Mettre en œuvre le dispositif de protection sociale | Axe stratégique renforcement du système de santé | Pilier : le développement d’un capital humain et du bien-être : Santé et nutrition  Paragraphe 310 |
| Mobilisation optimale des ressources internes | Axe stratégique renforcement du système de santé | Pilier : le développement d’un capital humain et du bien-être : Santé et nutrition  Paragraphe 310 |
| Gérer de manière efficiente et rationnelle les ressources existantes, en perspective de la réduction du financement issu du partenariat au développement | Axe stratégique renforcement du système de santé | Pilier : le développement d’un capital humain et du bien-être : Santé et nutrition  Paragraphe 310 |
| Continuer à promouvoir la gratuité ciblée ou la subvention de la demande de certaines populations, à travers notamment le Chèque santé, les kits obstétricaux et les mutuelles de santé | Axe stratégique renforcement du système de santé | Pilier : le développement d’un capital humain et du bien-être : Santé et nutrition  Paragraphe 311 |
| Densifier l’offre des services pour soins spécialisés, avec une attention particulière pour la prise en charge notamment du handicap et de la santé mentale, des troubles du développement, des grands brûlés, et des soins palliatifs et d’accompagnement | Axe stratégique Renforcement du Système de Santé | Pilier : le développement d’un capital humain et du bien-être : Santé et nutrition  Paragraphe 307 |
| Mettre en place, de manière ciblée et en liaison avec les CTD, un dispositif de distribution des médicaments essentiels aux populations les plus vulnérables des zones défavorisées | Axe stratégique Renforcement du Système de Santé | Pilier : le développement d’un capital humain et du bien-être : Santé et nutrition  Paragraphe 312 |
| Veiller, en liaison avec les CTD, à une meilleure répartition territoriale des FOSA publiques sur la base d’une carte sanitaire actualisée | Axe stratégique Renforcement du Système de Santé | Pilier : le développement d’un capital humain et du bien-être : Santé et nutrition  Paragraphe 314 |
| Renforcer les capacités opérationnelles des services d’urgence des hôpitaux | Axe stratégique Renforcement du système de santé | Pilier : le développement d’un capital humain et du bien-être : Santé et nutrition  Paragraphe 306 |
| Opérationnaliser le système de référence-contre référence | Axe stratégique Renforcement du système de santé | Pilier : le développement d’un capital humain et du bien-être : Santé et nutrition  Paragraphe 307 |
| Mettre en place une politique de développement et de promotion des industries pharmaceutiques locales. | Axe stratégique renforcement du système de santé | Pilier : le développement d’un capital humain et du bien-être : Santé et nutrition  Paragraphe 312 |
| Mettre en œuvre un plan de structuration du sous-secteur de la médecine traditionnelle en vue de définir les normes et de vulgariser les produits qui en sont issus | Axe stratégique renforcement du système de santé | Pilier : le développement d’un capital humain et du bien-être : Santé et nutrition  Paragraphe 312 |
| Valoriser les résultats de la recherche et le patrimoine thérapeutique national au sein de l’industrie pharmaceutique | Axe stratégique renforcement du système de santé | Pilier : le développement d’un capital humain et du bien-être : Santé et nutrition  Paragraphe 312 |
| Introduire des contrats de performance hospitalière pour favoriser la qualité des soins et l’autonomisation des FOSA | Axe stratégique renforcement du système de santé | Pilier : le développement d’un capital humain et du bien-être : Santé et nutrition  Paragraphe 313 |
| Systématiser l’utilisation d’un dispositif uniforme de collecte statistique dans les FOSA publiques et privées | Axe stratégique renforcement du système de santé | Pilier : le développement d’un capital humain et du bien-être : Santé et nutrition  Paragraphe 313 |
| Fidéliser es personnels de santé à leurs postes de travail en tirant profit de la décentralisation | Axe stratégique renforcement du système de santé | Pilier : le développement d’un capital humain et du bien-être : Santé et nutrition  Paragraphe 315 |
| Recruter massivement dans le sous-secteur public | Axe renforcement du système de santé | Pilier : le développement d’un capital humain et du bien-être : Santé et nutrition  Paragraphe 315 |
| Valoriser les personnels soignants à travers l’implication dans la gestion de la FOSA ainsi que l’attribution aux personnels soignants des zones rurales des avantages spécifiques | Axe renforcement du système de santé | Pilier : le développement d’un capital humain et du bien-être : Santé et nutrition  Paragraphe 315 |
| Utiliser de manière optimale les personnels de santé dans le sous-secteur public | Axe renforcement du système de santé | Pilier : le développement d’un capital humain et du bienêtre : Santé et nutrition  Paragraphe 315 |
| Renforcer et moderniser le système d’information sanitaire | Axe stratégique Renforcement du Système de Santé | Pilier : le développement d’un capital humain et du bien-être : Santé et nutrition  Paragraphe 316 |
| Allouer aux CTD toutes les ressources nécessaires à l’exercice des compétences qui leur sont dévolues en matière de santé. | Axe renforcement du système de santé | Pilier : le développement d’un capital humain et du bien-être : Santé et nutrition  Paragraphe 309 |
| Renforcer la présence des agents de santé communautaire qualifiés | Axe renforcement du système de santé | Pilier : le développement d’un capital humain et du bien-être : Santé et nutrition  Paragraphe 315 |
|  |  |  |
| Rationaliser le fonctionnement des programmes et initiatives de lutte contre les principales maladies épidémiques et endémiques | Axe stratégique Gouvernance et pilotage stratégique du système de santé | Pilier : le développement d’un capital humain et du bien-être : Santé et nutrition  Paragraphe 307 |
| Prendre également des mesures incitatives pour encourager la création des hôpitaux privés répondant aux normes et standards requis | Axe stratégique Gouvernance et pilotage stratégique du système de santé | Pilier : le développement d’un capital humain et du bien-être : Santé et nutrition  Paragraphe 314 |
| Valoriser des parcours dans le sous- secteur privé | Axe stratégique Gouvernance et pilotage stratégique du système de santé | Pilier : le développement d’un capital humain et du bien-être : Santé et nutrition  Paragraphe 315 |
| Renforcer la coordination des interventions en santé dans les sous-secteurs publics, privé et de médecine traditionnelle | Axe stratégique Gouvernance et pilotage stratégique du système de santé | Pilier : le développement d’un capital humain et du bien-être : Santé et nutrition  Paragraphe 316 |
| Créer un cadre de concertation intersectoriel entre les acteurs du secteur santé, | Axe stratégique Gouvernance et pilotage stratégique du système de santé | Pilier : le développement d’un capital humain et du bien-être : Santé et nutrition  Paragraphe 316 |
| Actualiser le cadre juridique | Axe stratégique Gouvernance et pilotage stratégique du système de santé | Pilier : le développement d’un capital humain et du bien-être : Santé et nutrition  Paragraphe 316 |
| Promouvoir la culture de transparence et de redevabilité, avec la systématisation de l’évaluation participative | Axe stratégique Gouvernance et pilotage stratégique du système de santé | Pilier : le développement d’un capital humain et du bien-être : Santé et nutrition  Paragraphe 316 |
| Intensifier le partenariat et la coopération en santé | Axe stratégique Gouvernance et pilotage stratégique du système de santé | Pilier : le développement d’un capital humain et du bien-être : Santé et nutrition  Paragraphe 316 |
| Mettre sur pied un environnement favorable à l’éclosion d’une économie locale de la santé | Axe stratégique Gouvernance et pilotage stratégique du système de santé | Pilier : le développement d’un capital humain et du bien-être : Santé et nutrition  Paragraphe 316 |

* 1. **Réformes majeures**

Les principales réformes nécessaires pour la mise en œuvre des activités du secteur de la santé sont :

* La mise en place un cadre légal et réglementaire pour la Couverture Santé Universelle
* L’instauration d'un système national de prépaiement des soins et services de santé est nécessaire afin d’améliorer l’accès aux soins pour toutes les couches de la population, y compris les plus démunies
* La réactualisation de la réforme hospitalière afin d’assurer à terme une autonomie de gestion technique et financière aux hôpitaux.
* La revue du découpage actuel des Districts de Santé (regroupement de ceux qui ont une faible population et éclatement de ceux qui sont surpeuplés selon les normes OMS)
* L’actualisation des textes réglementaires de la participation communautaire
* Le recrutement local des ressources humaines selon les besoins ;
* L’autonomisation de l’autorité nationale de réglementation pharmaceutique
* La mise en place d’un cadre légal et réglementaire de structuration du sous-secteur de la médecine traditionnelle en vue de définir les normes et de vulgariser les médicaments locaux

# **CHAPITRE 3 : CARTOGRAPHIE DES PROGRAMMES 2022-2030**

Il s’agit dans ce chapitre de décliner la nouvelle cartographie des programmes de l’administration avec les stratégies-programmes ainsi que les actions et les indicateurs de performance clairement définis.

# **3.1 Motifs de reformulation/reconfiguration des programmes**

La mise en œuvre des interventions du secteur santé n’a pas été optimale au cours des derniers triennats à cause de la limitation du nombre de programmes à 4. Les interventions de renforcement du système de santé n’ont pas reçu l’attention et les moyens qui leurs étaient dus selon les orientations stratégiques. Par ailleurs, les aspects liés à l’amélioration de la nutrition n’ont pas suffisamment été pris en compte malgré le poids de celles-ci dans l’indice du capital humain. Au vu des éléments sus évoqués, les principaux changements consisteront en :

* La transformation du programme 528 promotion de la santé en programme « promotion de la santé et nutrition » ;
* La dislocation du programme 530 Gouvernance et appui institutionnel pour créer les deux programmes que sont : le programme Renforcement du système de santé et le programme Gouvernance et pilotage stratégique du système de santé.
  1. **Présentation des Programmes**

La mission du MINSANTE consiste en l’élaboration et en la mise en œuvre de la politique du Gouvernement en matière de santé publique. Pour mener à bien cette mission, l’action du MINSANTE doit être articulée autour des axes stratégiques que sont : la prévention de la maladie, la promotion de la santé et nutrition, la prise en charge des cas, le renforcement du système de santé, la gouvernance et le pilotage stratégique du système de santé. Ces axes stratégiques développés dans la SSS 2020-2030 constituent la base de la nouvelle cartographie des programmes du MINSANTE.

| **Programme** | **Champ de couverture du programme** | **Problème central à résoudre** | **Problèmes spécifiques** |
| --- | --- | --- | --- |
| Prévention de la maladie | Maladies transmissibles   * Maladies transmissibles prioritaires ; * Maladies Tropicales Négligées (MTN) ; * Maladies à Potentiels épidémiques (MAPE)   SRMNEA/PTME  Maladies non transmissibles | L’incidence et la prévalence des maladies transmissibles et non transmissibles restent élevées | (i) incidence/prévalence des principales maladies transmissibles (VIH/Sida, Paludisme et Tuberculose) et non transmissibles élevée (Diabètes et HTA) ;  (ii) couverture des interventions de prévention à haut impact pour les cibles mère, nouveau-né et enfant insuffisante ;  (iii) dispositif de veille sanitaire faible ;  (iv) dispositif de sensibilisation, de dépistage et de vaccination contre les maladies, en impliquant davantage les chefs traditionnels et les organisations à base communautaire insuffisant ;  (v) lutte contre l’addiction des jeunes aux substances nocives à la santé et l’utilisation des produits cosmétiques dangereux insuffisante |
| Promotion de la sante et la nutrition | Capacités institutionnelles, communautaire et coordination pour la promotion de la santé  Cadre de vie des populations  Renforcement des aptitudes favorables à la santé  Pratiques familiales essentielles et planification familiale, promotion de la santé de l’adolescent et soins après avortement | capacités insuffisantes des populations à adopter des comportements sains et favorables à la santé | -Faibles capacités institutionnelles pour la mise en œuvre des politiques et stratégies de promotion de santé ;  - Offre de services pour la promotion de la santé insuffisante (infrastructures de proximité pour la pratique du sport de masse insuffisantes; déficit d’encadreurs en charge du sport santé, Services de PF ou conviviaux p;  - Faible adoption des bonnes habitudes alimentaires, nutritionnelles, d’assainissement du milieu et d’hygiène individuelle ;  - Faible implication de la communauté dans l’élaboration des programmes et projets de promotion de la santé |
| Prise en charge des cas | Prise en charge curative des maladies transmissibles et non transmissibles  Conditions maternelles, néonatales, infanto-juvéniles et adolescents  Urgences, catastrophes et crises humanitaires  Prise en charge du handicap | Mortalité globale et létalité dans les formations sanitaires et dans la communauté élevées | Faible prise en charge curative des principales maladies transmissibles et non-transmissibles et de leurs complications  Prise en charge globale des problèmes de santé de la mère, du nouveau-né, de l’enfant et de l’adolescent au niveau communautaire et dans les structures sanitaires insuffisante ;  Prise en charge des urgences médico-chirurgicales et des événements de santé publique insuffisante  Handicaps insuffisamment pris en charge |
| Renforcement du système de sante | Offre de soins et des services de santé  Ressources humaines  Gestion de médicaments et autres produits pharmaceutiques  Financement de la santé et partenariat  Information sanitaire et recherche en santé | Développement insuffisant des piliers du système de santé | - Accessibilité financière aux soins et services de santé de qualité limitée pour les populations, en particulier les plus vulnérables ;  - Faible utilisation des structures et des services de santé  - Faible utilisation des médicaments et produits pharmaceutiques de qualité  - Ressources humaines quantitativement et qualitativement insuffisantes dans le sous- secteur public  - Faible développement de la recherche en santé et prise de décision pas toujours basée sur des données probantes |
| Gouvernance et pilotage stratégique du système de santé | Coordination et suivi des activités des services du MINSANTE  Planification stratégique et opérationnelle du MINSANTE  Contrôle et audit interne des structures du MINSANTE  Renforcement du dispositif de veille stratégique et de résilience du système de santé | Faibles performances du système de santé | Gouvernance insuffisante notamment sur les aspects de normalisation, de régulation et de redevabilité  Faible capacités en planification, supervision et coordination à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. |

* 1. **Caractérisation des programmes**

**PROGRAMME 527 : PREVENTION DE LA MALADIE**

**Stratégie du programme**

La stratégie du programme prévention de la maladie repose sur les actions qui concourent à l’atteinte de l’objectif général qui est de : « Réduire la mortalité prématurée due aux maladies évitables par la prévention ». La réalisation de cet objectif se fera à travers la mise en œuvre de quatre actions à savoir : (i) Prévention des maladies transmissibles ; (ii) Surveillance et réponse aux maladies à potentiel épidémique, aux zoonoses et évènements de santé publique; (iii) Prévention de la Transmission mère-enfant du VIH et Santé maternelle, néonatale infantile des adolescents; (iv) Prévention des maladies non transmissibles.

**Tableau de synthèse de la caractérisation du programme 527**

| **Programme** | **Objectifs** | **Indicateurs** | | | | | | **Structure responsable** | **Observations** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **libellé** | **Année de base 2020** | **Cibles triennales** | | | |  |  |
| **2022** | **2024** | **2027** | **2030** |
| **Programme 527 :**  **Prévention de la maladie** | Réduire la mortalité prématurée due aux maladies évitables par la prévention | Pourcentage de moustiquaires Imprégnées d’insecticide à Longue Durée d’Action (MILDA) distribuées parmi celles planifiées | 41%  (2017) | 90% | 95% | 100% | 100% | PNLP |  |
| % de femmes enceintes infectées par le VIH et sous TARV | 84,5 | 95% | 95% | 95% | 95% | GTC-CNLS |  |
| Couverture vaccinale au RR1 | 74% (2020) | 79% | 81% | 83% | 85% | GTC-PEV |  |

**Déclinaison du programme 527 en actions**

| **Action** | **Objectifs** | **Indicateurs** | | | | | | **Structure responsable de la mise en œuvre** | **Observations** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Libellé** | **Baseline (année)** | **Cibles triennales** | | | |
| **2022** | **2024** | **2027** | **2030** |
| **Action 1 : Prévention des maladies transmissibles** | D’ici 2030 réduire d’au moins 30% l’incidence/prévalence des principales maladies transmissibles (VIH, paludisme et tuberculose) et éliminer certaines MTN (filariose lymphatique et THA) | Pourcentage des patients ayant terminés avec succès leur traitement de la tuberculose | 87%  (2019) | 90% | 90% | 90% | 90% | PNL TB |  |
| **Action 2 : Surveillance et réponse aux maladies à potentiel épidémique, aux zoonoses et évènements de santé publique** | D’ici 2030, réduire dans au moins 90% des districts, les risques de survenue des évènements de santé publique majeurs et des maladies à potentiel épidémique y compris les zoonoses | Couverture vaccinale à l’antigène de référence (Penta3) | 84,5%  2015 | 90% | 92% | 93% | 95% | GTC-PEV | S’inscrit dans le cadre de l’Agenda 2030 de la vaccination |
| **Action 3 : Prévention de la Transmission mère-enfant du VIH et Santé maternelle, néonatale infantile des adolescents** | D’ici 2030, accroitre d’au moins 80% la couverture des interventions de prévention à haut impact pour les cibles mère, nouveau-né et enfants dans au moins 80% des DS | Taux de transmission du VIH de la mère à l’enfant à 6 semaines est inférieur à 5% | 5,8%  (2018) | < 3% | < 1,8% | < 1,2% | < 1% | GTC-CNLS |  |
| **Action 4 : Prévention des maladies non transmissibles** | D’ici 2030, réduire d’au moins 10% l’incidence/prévalence des principales maladies non-transmissibles | Incidence du cancer du  Col de l’utérus | 2 770 (22,6%) cas (sur une population de 12 235 femmes) (Globocan 2020) | 2 451  (20%) | 2 206  (18%) | 1 838 (15%) | 1 470 (12%) | CNL Cancer |  |

**PROGRAMME 528 : PROMOTION DE LA SANTE**

**Stratégie du programme**

À l’analyse, on constate que le cadre de vie des populations est peu favorable à la santé, et le système de santé a du mal à faire acquérir aux populations les aptitudes et comportements sains favorables à leur santé. En outre, les populations participent peu à la résolution de leurs problèmes de santé. Pour ce faire, ce programme aura pour objectif « d’amener les populations à adopter des comportements sains et favorables à la santé ». L’atteinte de cet objectif passera par la mise en œuvre de 5 actions à savoir : (i) Renforcement des comportements favorables à la santé; (ii) Renforcement de la planification familiale et promotion de la santé de l’adolescent; (iii) Amélioration du milieu de vie des populations; (iv) Renforcement de la participation communautaire et institutionnelle ; (v) Promotion des bonnes habitudes alimentaires et nutritionnelles

***Résumé de la Stratégie programme :***

Pour amener la population à adopter des comportements sains et favorables à la santé et à la nutrition, les actions majeures consisteront principalement à :

* Améliorer le cadre de vie des populations en veillant notamment, en liaison avec les CTD, au respect des normes minimales d’hygiène et de salubrité dans les zones d’habitation ;
* Renforcer les aptitudes favorables à la santé des individus et des communautés, notamment la pratique des activités physiques et sportives ;
* Amener les ménages à adopter les pratiques familiales essentielles par la diffusion systématique des messages de sensibilisation sur tous les supports de communication existants ;
* Améliorer les connaissances, les attitudes et les pratiques des jeunes et adolescents, relativement à leur bien-être et à la santé sexuelle et reproductive des acteurs de mise en œuvre ;
* Mettre en place un mécanisme de sensibilisation et d’éducation nutritionnelle adapté au contexte socio culturel du Cameroun ;
* Créer un dispositif de soutien des prix d’accès aux nutriments et aliments des nourrissons ;
* Mettre en place un plan national de lutte contre la malnutrition des femmes enceintes ou allaitantes et des enfants de moins de cinq ans.
* Renforcer la sécurité sanitaire des aliments mis sur le marché et consommés par les populations ;
* Améliorer l’accès des populations à un régime alimentaire sain et équilibré ;
* Veiller au respect des normes en matière d’étiquetage.

**Tableau de synthèse de la caractérisation du programme 528**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Programme** | **Objectifs** | **Indicateurs** | | | | | | **Structure responsable** | **Observations** |
| **libellé** | **Année de base 2020** | **Cibles triennales** | | | |  |  |
| **2022** | **2024** | **2027** | **2030** |
| **Programme 528 :**  **PROMOTION DE LA SANTE ET LA NUTRITION** | Amener la population à adopter des comportements sains et favorables à la santé | Taux de malnutrition chronique chez les moins de 5 ans | 29 % (2018) | 28 | 26 | 24 | 22 | Sous-direction de l’alimentation et nutrition | Cet indicateur a été permuté avec l’indicateur de l’action 5 qui peut être collecté sur une base annuelle |
| Proportion des (Districts de santé ) DS mettant en œuvre l’ATPC | 43% | 65% | 70% | 80% | 100% | Sous-direction de l’hygiène et l’assainissement |  |

**Déclinaison du programme 528 en actions**

| **Action** | **Objectifs** | **Indicateurs** | | | | | | **Structure responsable de la mise en œuvre** | **Observations** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Libellé** | **Baseline (année)** | **Cibles triennales** | | | |
| **2022** | **2024** | **2027** | **2030** |
| **Action 1 : Renforcement des comportements favorables à la santé** | D’ici 2030, développer des actions de promotion dans  au moins 80% des DS afin de renforcer les aptitudes favorables à la  santé des individus et des communautés | Proportion des personnels de santé non spécialistes formés en santé mentale disponible dans les FOSA | 23%  En 2013 | 38% | 58% | 78% | 100% | DPS |  |
| **Action 2 :** Renforcement de la planification familiale **et promotion de la santé de l’adolescent** | D’ici 2030 amener 75% de familles à adopter des pratiques familiales essentielles (la planification familiale et santé des adolescents) | Prévalence des grossesses chez les adolescents | 25,6% | 23,1% | 20,7% | 17,8% | 15,4% | DSF |  |
| 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 | 24,5% | 45,7% | 50,5% | 62,7% | 80% | DSF |  |
| **Action 3 :** Amélioration du milieu de vie des populations | D’ici 2030, contribuer à l’amélioration du cadre de vie des populations dans au moins 70% des districts de santé | Pourcentage de districts de santé implémentant l’Assainissement Total Piloté par la Communauté  (ATPC) | 29 | 50 | 100 | 150 | 197 | DPS |  |
| **Action 4 :** Renforcement de la participation communautaire et institutionnelle | D’ici 2030, renforcer les capacités institutionnelles, la coordination et la participation de la communauté dans le domaine de la promotion de la santé dans 80% des DS | Proportion de districts de santé disposant d’un Comité de Santé du District (COSADI) fonctionnel | 60 | 80 | 90 | 95 | 100 | DPS |  |
| **Action 5 :** Promotion des bonnes habitudes alimentaires et nutritionnelles | D’ici 2030, réduire de 50% l’exposition des populations aux maladies dues à la mauvaise alimentation | Taux de malnutrition aigüe global chez les enfants de moins de 5 ans ; - | 5,5% | <5% | <5% | <5% | <5% | DPS | Calcul sur la base des objectifs de l’AMS de 2012 pour la nutrition |
| Pourcentage des nouveaux nés de faible poids à la naissance | 8,3%  En 2014  (MICS) | 6,5 | 6,0 | 5,4 | 4,6 |

**PROGRAMME 531 : PRISE EN CHARGE DES CAS**

**Stratégie du programme**

Un des défis du système de santé à relever est d’assurer une prise en charge adéquate des cas de maladie, de déficiences et de handicaps, voire d’offrir un accès équitable à tous, à des services et soins de santé de qualité.

Conformément au choix stratégique effectué dans le secteur de la santé, il sera important de renforcer la mise en œuvre à la fois des soins de santé primaires et des soins spécialisés. A ce jour, la prise en charge des cas dans la majorité des formations sanitaires n’est pas effectuée de manière adéquate. Cela s’explique entre autres par l’inexistence des référentiels de prise en charge des cas ou plan opérationnel standard (POS), mais aussi par leur faible utilisation même quand ils existent. Six actions seront retenues à savoir : (iv) Prise en charge curative des maladies chroniques non transmissibles y compris le handicap ; (i) Mise en œuvre des interventions curatives à haut impact chez la mère, le nouveau-né, l'enfant et l'adolescent ; (ii) Prise en charge des urgences, des catastrophes et crise humanitaires ; (III) Prise en charge du VIH/SIDA, tuberculose, IST et hépatites virales ; (iv) Prise en charge du paludisme et des principales causes de la fièvre (dengue, typhoïde, grippe...) ; (V) Prise en charge des maladies chroniques non transmissibles (MCNT) y compris le handicap (VI) Prise en charge des maladies tropicales négligées et des autres . La mise en œuvre de ces actions se décline comme suit :

**Tableau de synthèse de la caractérisation du programme 531**

| **Programme** | **Objectifs** | **Indicateurs** | | | | | | **Structure responsable** | **Observations** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **libellé** | **Année de base 2020** | **Cibles triennales** | | | |  |  |
| **2022** | **2024** | **2027** | **2030** |
| **Programme 531 :**  **Prise en charge des cas** | Réduire la mortalité globale et la létalité dans les  formations sanitaires et dans la communauté | Pourcentage des PVVIH mis sous traitement | 85,7% | 86,3% | 87% | 88% | 90% | DSF |  |
| Taux de mortalité maternelle | 46% DHIS2 (2020) | 45% | 44% | 41% | 40% | PLMI | La réduction de 0,5% chaque année est estimée |
| Taux de mortalité infantile | 1,9% DHIS2 (2020) | 1,7% | 1,5% | 1,3% | 1% | PLMI | La réduction de 0,1% chaque année est estimée |

**Déclinaison du programme 531 en actions**

| **Action** | **Objectifs** | **Indicateurs** | | | | | | **Structure responsable de la mise en œuvre** | **Observations** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **libellé** | **Baseline (année)** | **Cibles triennales** | | | |  |  |
| **2022** | **2024** | **2027** | **2030** |  |  |
| **Action 1 : Mise en œuvre des interventions curatives à haut impact chez la mère, le nouveau-né, l'enfant et l'adolescent.** | Améliorer la 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 | Pourcentage des nouveau-nés ayant reçu les soins post nataux dans les 48h | **77% (MICS5)** | **77%** | **79%** | **82%** | **90%** | **DSF** | **Indicateur reconduit et en relation avec la SSS 2020-2030** |
| Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié | 64,7%  (MICS 5) | 88% | 90% | 92% | 95% | DSF | Indicateur retenu dans la SSS 2020-2030 |
| **Action 2 : Prise en charge des urgences, des catastrophes et crise humanitaires** | Améliorer la prise en charge des urgences, des catastrophes et crise humanitaire | Proportion des urgences de santé publique pour lesquelles le Système de gestion des Incidents a été activé au niveau national | 75% | 80% | 85% | 90% | 90% | DLMEP | Cet indicateur permettra d’évaluer le système d’activation des SGI au niveau national voire régional |
| Proportion des Hôpitaux de District offrant une transfusion sanguine selon les normes | 0% (2021) | 30% | 50% | 75% | 100  % | DPML | Indicateur retenu dans la SSS 2020-2030 permettant d’évaluer la disponibilité des antennes de transfusion sanguine dans les FOSA |
| **Action 3:** **Prise en charge du VIH/SIDA, tuberculose, IST et hépatites virales** | Améliorer la prise en charge des personnes vivant avec le VIH, la tuberculose, les hépatites virales et d’autres infections sexuellement transmissibles | Taux de succès thérapeutique des TPB+ | 87% | 88% | 88% | 90% | 90% | SDLVIH/SIDA-ISTT/ PNLT | Indicateur retenu dans la SSS 2020-2030 |
| Pourcentage des Femmes Enceintes diagnostiquées de syphilis en CPN et qui reçoivent un traitement selon les nomes | 35% | 50% | 70% | 80% | 90% | DLMEP/DSF | Reste à expliquer la pertinence de ces indicateurs et leur moyen et période de collecte |
| **Action 4 : Prise en charge du paludisme et des principales causes de la fièvre (dengue, typhoïde, grippe...)** | Améliorer le diagnostic et la prise en charge du paludisme | Taux de mortalité spécifique du paludisme chez les enfants de moins de 5ans | 45%  DHIS2 | 29% | 26% | 23% | 22% | PNLP | Indicateur modifié susceptible d’être renseigné annuellement et nécessaire pour le suivi de la mortalité liée au paludisme chez l’enfant |
| **Action 5 : Prise en charge des maladies chroniques non transmissibles (MCNT)** | Améliorer la prise en charge des cas et des complications des principales MCNT | Proportion de cas de (HTA) régulièrement suivis dans les HD | 50% | 70% | 75% | 80% | 90% | DLMEP | L’HTA ici est pris comme traceur des autres MCNT |
| **Action 6 :** **Prise en charge des maladies tropicales négligées et des autres** | Prendre en charge des maladies tropicales négligées et des autres | Proportion des cas d’Ulcère de Burili guéris sans complications | 80%  Rapport d’activités MTN | 95% | 95% | 98% | 98% | CNLP2LUB | Indicateur reconduit et en arrimage avec la SSS2020-2030 |

**PROGRAMME 530 : GOUVERNANCE ET PILOTAGE STRATEGIQUE DU SYSTEME DE SANTE**

**STRATEGIE DU PROGRAMME**

La gouvernance et le pilotage stratégique insuffisants font partie des principaux goulots d’étranglement dans le système de santé. En ce qui concerne la gouvernance, elle est caractérisée par les insuffisances relevées au niveau : du cadre législatif et règlementaire; de la transparence et la redevabilité; de la participation des bénéficiaires au processus gestionnaire et des capacités des responsables à implémenter le processus gestionnaire. Le pilotage stratégique est caractérisé par: un dispositif institutionnel pas dimensionné à la hauteur des performances attendues; un fonctionnement encore à parfaire de la chaine « planification, programmation, budgétisation et suivi-évaluation » dans le secteur ; une faiblesse de la veille stratégique ; une lenteur du processus de décentralisation du système de santé et une gestion non-optimale du partenariat national et international.

Le programme recherchera en permanence l’efficacité, l’efficience, la pertinence, la viabilité financière et l’excellence à tous les niveaux de responsabilité. Son mandat sera également de veiller à ce que les politiques, la vision, les stratégies, et le cadre juridique et institutionnel adoptés favorisent l’équité, l’accès aux soins et les droits des patients. L’objectif du programme sera par conséquent : « Améliorer la performance du système de santé à tous les niveaux ». Il sera implémenté à partir de 09 actions à savoir :

(i) Pilotage stratégique du secteur ;

(ii) Planification et programmation stratégique ;

(iii) Gestion budgétaire et financement de la santé ;

(iv) Ressources Humaines en santé ;

(v) Système d’information et production statistique ;

(vi) Recherche opérationnelle en santé ;

(vii) Contrôle et audit interne des structures ;

(viii) Communication et relation publique.

**Tableau de synthèse de la caractérisation du programme 530**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Programme** | **Objectifs** | **Indicateurs** | | | | | | **Structure responsable** | **Observations** |
| **libellé** | **Année de base 2020** | **Cibles triennales** | | | |  |  |
| **2022** | **2024** | **2027** | **2030** |
| **Programme 530 :**  **GOUVERNANCE ET PILOTAGE STRATEGIQUE DU SYSTEME DE SANTE** | Améliorer la coordination des services et assurer la bonne mise en œuvre des programmes au ministère | Taux de réalisation des activités budgétisées dans les programmes budgétaires | 92% | 95% | 100% | 100% | 100% | DRFP |  |

**Déclinaison du programme 530 en actions**

| **Action** | **Objectifs** | **Indicateurs** | | | | | | **Structure responsable de la mise en œuvre** | **Observations** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **libellé** | **Baseline (année)** | **Cibles triennales** | | | |  |  |
| **2022** | **2024** | **2027** | **2030** |
| **Action 1 : Pilotage stratégique du secteur santé** | Assurer le bon fonctionnement de toutes les structures du ministère | Pourcentage des réunions de coordination tenues à tous les niveaux | 55 | 65 | 75 | 85 | 100% | SG/CS |  |
| **Action 2 : Planification et programmation stratégique** | Améliorer la qualité et l’efficacité de la dépense | Nombre des documents de planification, de programmation et de budgétisation produits dans les délais | 04 | 04 | 04 | 04 | 04 | DEP |  |
| **Action 3 : Gestion budgétaire et financière** | Assurer une bonne exécution financière des activités dans les programmes budgétai  res | Taux d’exécution du budget au MINSANTE | 92% | 100% | 100% | 100% | 100% | DRFP |  |
| **Action 4 : Gestion des Ressources Humaines en santé** | Améliorer la disponibilité des ressources humaines en santé qualifiées | Pourcentage des structures sanitaires disposant d’au moins 50% des ressources humaines selon les normes et les catégories | 48 | 53 | 57 | 60 | 65 | DRH |  |
| **Action 5 : Système d’information et production statistique** | Assurer la disponibilité d’une information sanitaire de qualité pour une prise de décision basée sur les évidences | Taux de Promptitude des RMA dans le DHIS2 | 65% | 70% | 80% | 90% | 100% | CIS | Intégrer les activités du Renforcement du dispositif de veille stratégique et de résilience du système de santé |
| **Action 6 : Recherche opérationnelle en santé** | Développer la recherche en santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire | Pourcentage des projets de recherche autorisés dont les résultats ont été publiés | 89% | 95% | 100% | 100% | 100% | DROS |  |
| **Action 7 : Contrôle et audit interne du fonctionnement et la performance des services** | Améliorer le fonctionnement et la performance des services | Proportion des structures contrôlées et auditées par an | 45% | 50% | 60% | 70% | 80% | IG |  |
| **Action 8: Communication et relation publique** | Accroitre la visibilité des actions menées par le MINSANTE et la mobilisation des nouvelles entités nationales (entreprises et CTD) en faveur de la santé | Nombre de partenaires privés (entreprises) et publics (CTD) ayant été mobilisés en faveur des activités de la santé | 09 | 35 | 55 | 80 | 100 | DCOOP/CPN |  |
| Nombre de plateformes de partenariat et de communication fonctionnelle entre les DRSP, les CTD et les OSC dans les régions | 0 | 03 | 06 | 08 | 10 | DCOOP/CPN |  |

**PROGRAMME 529 RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE**

**Objectif du programme :** accroitre les capacités en structures sanitaires pour assurer un accès durable et équitable des populations aux soins et services de santé de qualité

Indicateur de performance du programme :

* Proportion de districts disposant des structures sanitaires répondant aux besoins de la population en matière de santé
* Taux de personnes couvertes par un mécanisme de protection sociale en santé

**Stratégie programme**

Un des défis du système de santé à relever est d’assurer une prise en charge adéquate des cas de maladie, de déficiences et d’handicaps, voire d’offrir un accès équitable à tous à des services et soins de santé de qualité.

Conformément au choix stratégique effectué dans le secteur de la santé, il sera important de renforcer la mise en œuvre à la fois des soins de santé primaires et des soins spécialisés. A ce jour, la prise en charge des cas dans la majorité des formations sanitaires n’est pas effectuée de manière adéquate. Cela s’explique entre autres par l’inexistence des référentiels de prise en charge des cas (POS), mais aussi par leur faible utilisation même quand ils existent. Les actions suivantes seront retenues à savoir : (i) Développement de l’industrie pharmaceutique et (ii) la Couverture Santé Universelle.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Programme** | **Objectifs** | **Indicateurs** | | | | | | **Structure responsable** | **Observations** |
| **libellé** | **Année de base 2020** | **Cibles triennales** | | | |  |  |
| **2022** | **2024** | **2027** | **2030** |
| **Programme 529 :**  **RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE** | Accroitre les capacités institutionnelles des structures sanitaires , à assurer un accès durable et équitable des populations aux soins et services de santé de qualité | Proportion de districts disposant des structures sanitaires répondant aux besoins de la population en matière de santé | 5 % | 25% | 35% | 65% | 80% | DOSTS | (Rapport d’évaluation du DSCE) |
| Taux de personne couvertes par un mécanisme de protection sociale en santé. | 6.46%  (2015) | 30% | 50% | 70% | 90% | DPS |  |

| ACTIONS | Objectifs | LIBELLE | Baseline | Cibles triennales | | | | Structure responsable de la mise en œuvre | Observations |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2020 | 2022 | 2024 | 2027 | 2030 |  |  |
| Action 1 : Développement de l’industrie pharmaceutique | Améliorer la disponibilité des intrants et des médicaments essentiels de qualité | Nombre de jours de rupture de stock des médicaments essentiels | 10 jrs | 09 | 08 | 07 | 07 | DPML |  |
| Action 2 : Offre Infrastructurelles et Equipements des Formations Sanitaires | Améliorer l’offre infrastructurelle et les équipements dans de formations sanitaires en liaison avec les CTD | Proportion des hôpitaux de 1ère et 2ème, 3ème et 4ème catégorie disposant d’un service d’urgence selon les normes | 50% | 60% | 70% | 75% | 100% | DOSTS  DEP  CIS  CTD |  |
| Action 3 : Amélioration de la qualité de l’accueil et des soins dans les formations sanitaires | Améliorer l’accès aux soins et services de santé de qualité | Proportion d’HD et assimilés qui délivrent le PCA complet | 17% | 23% | 27% | 30% | 33% | DOSTS |  |
| Proportion d’établissement de santé de première ligne (CSI et CMA) qui délivrent le PMA complet | 17% | 23% | 27% | 30% | 33% |
| Action 4 : Amélioration de la protection contre le risque financier en santé | Réduire la part du paiement direct des ménages de dans les dépenses total de santé 70% à 50% d’ici 2030 | Pourcentage des personnes enrôlées à la CSU | 25 | 35 | 55 | 85 | 100 | DRFP ; CIS |  |

* 1. **Identification des activités majeures**

**Programme :** Prévention de la maladie

| **Orientation de la SSS** | **Activités majeures** | **Extrants attendus** | | | | | **Structure responsable de la mise en œuvre** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Situation de référence** | **2022** | **2024** | **2027** | **2030** |  |
| **Action 1 : Prévention des maladies transmissibles** | | | | | | | |
| Stratégie de mise en œuvre 2.1.2 : amélioration de la prévention du VIH/SIDA, de la tuberculose, des IST et hépatites virales prioritairement pour les groupes les plus vulnérables | **Activité 1 :** Dépistage des cas présumés de tuberculose | **E1**= 22499 malades tuberculeux toutes formes confondues ont été notifiés en 2020 ;  **E2**= 177 malades atteints de TBMR ont été notifiés en 2020 | **E1**= 32 286 malades tuberculeux toutes formes confondues notifiés  **E2**= 350 malades atteints de TBMR notifiés | **E1**=37 815 malades tuberculeux toutes formes confondues notifiés  **E2**= 405 malades atteints de TBMR notifiés | Cible à définir lors de la rédaction des prochain PSN | Cible à définir lors de la rédaction des prochain PSN | PNL Tb |
| **Activité 2 :** Offre du Conseil et du dépistage volontaire du VIH chez les jeunes et toute personne ignorant son statut sérologique | **E3** : 51 694 personnes testées et connaissent leur statut en routine dans les FS et les unités mobiles |  |  |  |  | CNLS |
| **Activité 3 :** Activités de vaccination des enfants contre la tuberculose et l’hépatite virale B | **E1** : **87,2%** des enfants à la naissance ont bénéficié gratuitement du BCG (vaccin contre la tuberculose ;  **E2 :** **80,6%**  d’enfants sont vaccinés contre l’hépatite virale B. | 89%  83% | 90%  86% | 91%  88% | 92%  90% | GTC-PEV |
| **Activité 4 :** Offre du Conseil, du dépistage volontaire chez les femmes enceintes (FEC) et les nouveau-nés exposés au VIH | **E1** : 854 175 FEC testées au VIH et qui connaissent leur statut  **E2** : 28 245 enfants exposés ont bénéficié de la PCR à 06 semaines | 87% des FEC testées au VIH connaissent leur statut sérologique  90% des enfants exposés ont bénéficiés de la PCR à 6 semaines | 90% des FEC testées au VIH connaissent leur statut sérologique  93% des enfants exposés ont bénéficiés de la PCR à 6 semaines | 92% des FEC testées au VIH connaissent leur statut sérologique  97% des enfants exposés ont bénéficiés de la PCR à 6 semaines | 95% des FEC testées au VIH connaissent leur statut sérologique  100% des enfants exposés ont bénéficiés de la PCR à 6 semaines | CNLS |
| Stratégie de mise en œuvre 2.1.3 : renforcement de la prévention du paludisme | **Activité 5 :** Administration du traitement préventif intermittent contre le paludisme aux femmes enceintes | **E1** : 40% des femmes enceintes fréquentant les centres de consultations prénatales (CPN) ont reçu au moins trois doses de TPI | 61% des femmes enceintes fréquentant les centres de consultations prénatales (CPN) ont reçu au moins trois doses de TPI | 69% des femmes enceintes fréquentant les centres de consultations prénatales (CPN) ont reçu au moins trois doses de TPI | 81% des femmes enceintes fréquentant les centres de consultations prénatales (CPN) ont reçu au moins trois doses de TPI | 93% des femmes enceintes fréquentant les centres de consultations prénatales (CPN) ont reçu au moins trois doses de TPI | PNLP |
| **Activité 6 :** Acquisition et distribution des MILDA | **E1** : 40% des femmes enceintes venues en CPN ont reçu leur MILDA  **E2** : 94% des MILDA achetées sont distribuées lors de la campagne de distribution gratuite et de masse | 100% des femmes enceintes venues en CPN ont reçu leur MILDA  100% des MILDA achetées sont distribuées lors de la campagne de distribution gratuite et de masse | 100% des femmes enceintes venues en CPN ont reçu leur MILDA  100% des MILDA achetées sont distribuées lors de la campagne de distribution gratuite et de masse | 100% des femmes enceintes venues en CPN ont reçu leur MILDA  100% des MILDA achetées sont distribuées lors de la campagne de distribution gratuite et de masse | 100% des femmes enceintes venues en CPN ont reçu leur MILDA  100% des MILDA achetées sont distribuées lors de la campagne de distribution gratuite et de masse | PNLP |
| **Activité 7 :** Chimio prévention du Paludisme Saisonnier dans les Régions du Nord et de l’Extrême-Nord | **E1** : 89% des enfants âgés de 3-59 mois ont reçu les 4 cycles de CPS dans les Régions de L’Extrême-Nord et du Nord | **93%** des enfants âgés de 3-59 mois ont reçu les 4 cycles de CPS dans les Régions de L’Extrême-Nord et du Nord | **95%** des enfants âgés de 3-59 mois ont reçu les 4 cycles de CPS dans les Régions de L’Extrême-Nord et du Nord | **95%** des enfants âgés de 3-59 mois ont reçu les 4 cycles de CPS dans les Régions de L’Extrême-Nord et du Nord | **95%** des enfants âgés de 3-59 mois ont reçu les 4 cycles de CPS dans les Régions de L’Extrême-Nord et du Nord | PNLP |
| Stratégie de mise en œuvre 2.1.4: renforcement de la prévention des MTN et des autres maladies transmissibles | **Activité 8 :** Communication pour le changement de comportement des populations au profit de la lutte contre l'onchocercose, la filariose, la schistosomiase et les helminthiases | **E1** : 8 000 personnes sensibilisées sur la prévention de l’onchocercose et de la filariose | **10 000** personnes sensibilisées sur la prévention de l’onchocercose et de la filariose | **20 000** personnes sensibilisées sur la prévention de l’onchocercose et de la filariose | **40 000** personnes sensibilisées sur la prévention de l’onchocercose et de la filariose | **50 000** personnes sensibilisées sur la prévention de l’onchocercose et de la filariose | PNL Oncho |
| **Activité 9 :** Dépistage intégrée du Pian, la Leishmaniose, la Lèpre et l'ulcère de Buruli | **E1** : 300 nouveaux cas de lèpres dépistés  **E2** : 2000 nouveaux cas de pian dépistés  **E3** : 200 nouveaux cas d’ulcère de Buruli dépistés ;  **E4** : 10 nouveaux cas de Leishmaniose dépistés | **300** nouveaux cas de lèpres dépistés  **2000** nouveaux cas de pian dépistés  **200** nouveaux cas d’ulcère de Buruli dépistés ;  **10** nouveaux cas de Leishmaniose dépistés | **250** nouveaux cas de lèpres dépistés  **1000** nouveaux cas de pian dépistés  **175** nouveaux cas d’ulcère de Buruli dépistés ;  **50** nouveaux cas de Leishmaniose dépistés | **200** nouveaux cas de lèpres dépistés  **300** nouveaux cas de pian dépistés  **150** nouveaux cas d’ulcère de Buruli dépistés ;  **150** nouveaux cas de Leishmaniose dépistés | **150** nouveaux cas de lèpres dépistés  **0** nouveaux cas de pian dépistés  **100** nouveaux cas d’ulcère de Buruli dépistés ;  **200** nouveaux cas de Leishmaniose dépistés | CNLP2LUB |
| **Activité 10 :** Renforcement de la lutte anti vectorielle pour la prévention des MTN | **E1** : 50% de population vivant dans les zones à risque de trypanosomiase humaine africaine dispose d’un moyen de lutte anti-glosine | **10%** de population vivant dans les zones à risque de trypanosomiase humaine africaine dispose d’un moyen de lutte anti-glosine | **20%** de population vivant dans les zones à risque de trypanosomiase humaine africaine dispose d’un moyen de lutte anti-glosine | **35%** de population vivant dans les zones à risque de trypanosomiase humaine africaine dispose d’un moyen de lutte anti-glosine | **50%** de population vivant dans les zones à risque de trypanosomiase humaine africaine dispose d’un moyen de lutte anti-glosine | SDLPMTN |
| **Activité 11 :** Renforcement de la prévention de la schistosomiase et des helminthiases intestinales | **E1** 6 000 000 d’enfants déparasités au Mebendazole  **E2** : 3 000 000 d’enfants déparasités au Praziquantel | **6 250 000** d’enfants déparasités au Mebendazole  **3 250 000**  d’enfants déparasités au Praziquantel | **6 750 000** d’enfants déparasités au Mebendazole  **3 750 000**  d’enfants déparasités au Praziquantel | **7 500 000** d’enfants déparasités au Mebendazole  **4 500 000** d’enfants déparasités au Praziquantel | **8 250 000** d’enfants déparasités au Mebendazole  **5 250 000** d’enfants déparasités au Praziquantel | PNL Shisto |
| **Action 2 : Surveillance et réponse aux maladies à potentiel épidémique, aux zoonoses et évènements de santé publique** | | | | | | | |
| Stratégie de mise en œuvre 2.2.1 : renforcement du système de surveillance épidémiologique | **Activité 1 :** Renforcement des capacités des laboratoires dans la surveillance épidémiologique | **E1** : 01 automate d’identification des bactéries et 01 automate pour les tests de sensibilités aux antibiotiques disponibles au LNSP |  |  |  |  | LNSP |
| **Activité 2 :** Mise en œuvre des activités de vaccination au niveau des Postes de Santé aux Frontières (PSF) et des Centres de vaccination internationale (CVI) | **E1** : 12 CVI et 32 PSF fonctionnels suivant les normes institutionnelles | 12 CVI et 32 PSF fonctionnels suivant les normes institutionnelles | 12 CVI et 32 PSF fonctionnels suivant les normes institutionnelles | 12 CVI et 32 PSF fonctionnels suivant les normes institutionnelles | 12 CVI et 32 PSF fonctionnels suivant les normes institutionnelles | DSF/SDV |
| Stratégie de mise en œuvre 2.2.2 : amélioration de la prévention des maladies évitables par la vaccination | **Activité 3 :** Campagnes de riposte en cas de menaces d’épidémies de rougeole | **E1** : **55%** de districts de santé en épidémie de rougeole ont bénéficié d’une riposte | **100%** | **100%** | **100%** | **100%** | GTC-PEV |
| **Activité 4 :** Campagnes de vaccination contre la polio chez les enfants de moins de 5 ans | **E1** : **7,8%** % d’enfants non vaccinés lors des AVS (activités de vaccination supplémentaires) | **<5%** | **<5%** | **<5%** | **<5%** | GTC-PEV |
| **Activité 5 :** Renforcement de la vaccination de routine | **E1** : **80,7%** d’enfants de 0-11 mois ont reçu la 3ème dose de vaccin pentavalent ;  **E2** : **74,0%** d’enfants de moins d’un an sont vaccinés contre la rougeole ;  **E3** : **58,9%** des districts de santé ont une couverture vaccinale au Penta 3 d’au moins 80% ;  **E4 :** Au moins 95% des FOSA qui vaccinent disposent d’un réfrigérateur fonctionnel. | 83%  79%  65%  80% | 86%  81%  70%  85% | 88%  83%  75%  90% | 90%  85%  80%  95% | GTC-PEV |
| Stratégie de mise en œuvre 2.2.3 : amélioration de la prévention des autres MAPE non prises en compte par le PEV | **Activité 6 :** Activités de vaccination supplémentaires (AVS) HORS CIBLE PEV | **E1** : 21 aires de santé bénéficieront des campagnes préventives contre l’épidémie de choléra  **E2** : Au moins 04 Régions (EN, EST, NORD, LT) bénéficieront de la campagne de sensibilisation et vaccination contre l’épidémie de méningite |  |  |  |  | DSF/SDV |
| Stratégie de mise en œuvre 2.2.4 : renforcement de la préparation et de la riposte face aux épidémies et aux évènements majeurs de santé publique | **Activité 7 :** Renforcement de la prévention de la lutte contre le COVID-19 | **0%** de la cible prioritaire est vaccinée | 72% | 74% | 75% | 75% | GTC-PEV |
| **Action 3 : Prévention de la Transmission mère-enfant du VIH et Santé maternelle, néonatale infantile des adolescents** | | | | | | | |
| Stratégie de mise en œuvre 2.3.1 : Renforcement des capacités institutionnelles (FOSA) (FOSA et communautaires dans le domaine de la SRMNEA | **Activité 1 :** Mobilisation communautaire en faveur de la Prévention de la transmission de la mère à l’enfant (PTME) | **E1** : 95% des FEC VIH+ irrégulières au traitement, perdues de vue dans la communauté sont retrouvées et référées à la formation sanitaire | 95% des FEC VIH+ irrégulières au traitement, perdues de vue dans la communauté sont retrouvées et référées à la formation sanitaire | 96% des FEC VIH+ irrégulières au traitement, perdues de vue dans la communauté sont retrouvées et référées à la formation sanitaire | 97% des FEC VIH+ irrégulières au traitement, perdues de vue dans la communauté sont retrouvées et référées à la formation sanitaire | 98% des FEC VIH+ irrégulières au traitement, perdues de vue dans la communauté sont retrouvées et référées à la formation sanitaire | CNLS |
| Stratégie de mise en œuvre 2.3.2 : Amélioration de l’offre de service et des soins SRMNI | **Activité 2 :** Elimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant au Cameroun | **E1** : 32 837 FEC VIH+ bénéficient des ARV dans le cadre de la PTME ;  **E2** : 95% des FEC VIH+ nouvellement enrôlées au TARV ont une charge virale supprimée à 12 mois de traitement | **17 942** des FEC VIH+ bénéficient des ARV dans le cadre de la PTME  **91%** des FEC VIH+ nouvellement enrôlées au TARV ont une charge virale supprimée à 12 mois de traitement | **18 177** des FEC VIH+ bénéficient des ARV dans le cadre de la PTME  **92%** des FEC VIH+ nouvellement enrôlées au TARV ont une charge virale supprimée à 12 mois de traitement | **95%** des FEC VIH+ bénéficient des ARV dans le cadre de la PTME  **93%** des FEC VIH+ nouvellement enrôlées au TARV ont une charge virale supprimée à 12 mois de traitement | **95%** des FEC VIH+ bénéficient des ARV dans le cadre de la PTME  **95%** des FEC VIH+ nouvellement enrôlées au TARV ont une charge virale supprimée à 12 mois de traitement | CNLS |
|  | **Activité 3 :** Développement de la recherche en matière de transfusion sanguine | **E1** : 02 résultats de la recherche en matière de TS publiés ;  **E2** : 270 poches de sang Collectées ;  **E3** : 500 collectes mobiles de sang menées ;  **E4** : Au moins  15% des donneurs bénévoles de sang enrôlés. |  |  |  |  | CNTS |
|  | **Activité 4 :** Dépistage des parasites et de la drépanocytose respectivement chez les donneuses de sang en âge de procréer et les donneurs bénévoles de sang | **E1** : 100 000 femmes en âge de procréer dépistées ;  **E2** : au moins 270 000 donneurs bénévoles dépistés |  |  |  |  | CNTS |
| **Action 4 : Prévention des maladies non transmissibles** | | | | | | | |
| Stratégie de mise en œuvre 2.4.5 : renforcement de la prévention de la Drépanocytose et autres maladies génétiques et dégénératives | **Activité 1 :** Dépistage de la drépanocytose | 4 524 nouveaux nés, des donneurs du sang, et de couples (prénuptiaux) ayant fait un test d’électrophorèse d’hémoglobine | 6 500 nouveaux nés, des donneurs du sang, et de couples (prénuptiaux) ayant fait un test d’électrophorèse d’hémoglobine | 10 000 nouveaux nés, des donneurs du sang, et de couples (prénuptiaux) ayant fait un test d’électrophorèse d’hémoglobine | 15 000 nouveaux nés, des donneurs du sang, et de couples (prénuptiaux) ayant fait un test d’électrophorèse d’hémoglobine | 20 000 nouveaux nés, des donneurs du sang, et de couples (prénuptiaux) ayant fait un test d’électrophorèse d’hémoglobine | Actuellement, seul le CPC fait les analyses d’électrophorèse d’hémoglobine (L’atteinte des cibles triennales sera conditionnée par la capacitation des laboratoires des hôpitaux de 1er -3e catégories en analyse d’électrophorèse d’hémoglobine) |
| Stratégie de mise en œuvre 2.4.6 : renforcement de la prévention des maladies mentales, épilepsies et autres affections neurologiques. | **Activité 2 :** Renforcement des actions d’interventions précoces des mésusages des substances dépendogènes en milieux jeunes | **E1** : 50% des établissements scolaires problématiques sensibilisés à l’usage des substances venimeuses ; | **E1** : 60% des établissements scolaires problématiques sensibilisés à l’usage des substances venimeuses ; | **E1** : 80% des établissements scolaires problématiques sensibilisés à l’usage des substances venimeuses ; | **E1** : 90% des établissements scolaires problématiques sensibilisés à l’usage des substances venimeuses ; | **E1** : 100% des établissements scolaires problématiques sensibilisés à l’usage des substances venimeuses ; | PNL Drogue |
| Stratégie de mise en œuvre 2.4.7 : renforcement de la prévention du diabète, de l’HTA, des autres maladies cardiovasculaires et des maladies rénales. | **Activité 3 :** Renforcement de la prévention du diabète, de l’hypertension artérielle et des autres MCNT | **E1** : 150 personnels capacités pour le dépistage précoce de l’Hypertension artérielle, du diabète, des épilepsies, des maladies de la vue, etc… |  |  |  |  | DLMEP |
| Stratégie de mise en œuvre 2.4.8: renforcement de la prévention du cancer, de l’asthme et des autres affections respiratoires chroniques | **Activité 4 :** Renforcement de la prévention et de la lutte contre le cancer | **E1** : 200 cas de lésions précancéreuses du col de l’utérus dépistés et traités  **E2** : Registres des cancers de DLA et YDE actualisés ;  **E3** : 50 personnels de santé formés sur le dépistage des cancers du col de l’utérus, du sein et de la prostate ;  **E4** : 4 centres de dépistage permanents et de diagnostic précoces des cancers en place (Buéa, Douala, Yaoundé et Ebolowa) ;  **E5** : 5000 familles sensibilisées pour la vaccination contre le Human papilloma virus (HPV) | **E1** : 200 cas  **E2** : 04 Registres des cancers  **E3** : 100 personnels de santé formés;  **E4** : 04 centres  **E5** : 5000 familles sensibilisées | **E1** : 400 cas  **E2** : 04 Registres des cancers  **E3** : 300 personnels de santé formés  **E4** : 04 centres  **E5** : 10000 familles sensibilisées | **E1** : 500 cas  **E2** : 04 Registres des cancers  **E3** : 600 personnels de santé formés  **E4** : 06 centres  **E5** : 15000 familles sensibilisées | **E1** : 500 cas  **E2** : 04 Registres des cancers  **E3** : 900 personnels de santé formés  **E4** : 07 centres  **E5** : 20000 familles sensibilisées | PNL Cancer |

**Programme :** 528 Promotion de la Sante et la Nutrition

| **Orientations de la SSS** | **Activités majeures** | **Extrants attendus** | | | | | **Structure responsable de la mise en œuvre** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Situation de référence** | **2022** | **2024** | **2027** | **2030** |  |
| **Action1 : Renforcement des comportements favorables à la santé** | | | | | | | |
| Stratégie de mise en œuvre 1.3.4 : Renforcement de la pratique des Activités Physiques et Sportives | Activité 1 : Communication pour le changement de comportement | 100% des structures de santé sensibilisent sur la pratique des activités sportives | 100% | 100% | 100% | 100% | Direction de la Promotion de la Santé |
| Stratégie de mise en œuvre 1.1.7 : Amélioration de l’offre de services de promotion de la santé répondant aux besoins de l’individu dans sa globalité | Activité 2 : Commémoration des journées internationales de santé | 100% des journées internationales sont commémorées | 100% | 100% | 100% | 100% | Direction de la Promotion de la Santé |
| Activité 3 : Mise en place des structures opérationnelles de transfusion sanguine et mise à disposition des produits sanguins labiles sécurisés sur l’ensemble du territoire national | 20% | 50% | 100% | 100% | 100% | Centre National de Transfusion sanguine |
| **Action 2 : Renforcement de la planification familiale et promotion de la santé de l’adolescent** | | | | | | | |
| Stratégie de mise en œuvre 1.4.3 : Amélioration de l’offre et de l’utilisation de services de PF | Activité 1 : Sensibilisation de la population au niveau communautaire sur la PF | 50% | 100% | 100% | 100% | 100% | Sous-Direction de la santé de reproduction |
| Stratégie de mise en œuvre 1.4.5 : Renforcement des autres pratiques familiales essentielles favorables à la santé. | Activité 2 : Renforcement de la communication pour le changement de comportement (CCC/ IEC) en faveur des adolescents/jeunes | 70% | 90% | 100% | 100% | 100% | Sous-Direction de la santé de reproduction |
| Activité 3 : Renforcement de l'offre de service en SRA de qualité | 70% | 80% | 85% | 90% | 100% | Sous-Direction de la santé de reproduction |
| **Action 3 : Amélioration du milieu de vie des populations** | | | | | | | |
| Stratégie de mise en œuvre 1.2.1 : Amélioration de l’hygiène du milieu (Eau, hygiène, et assainissement, etc.) | Activité 1 : Assainissement du cadre de vie environnemental en zones urbaines et rurales | 50% | 85% | 90% | 95% | 100% | Sous-direction de l’hygiène et l’assainissement |
| Stratégie de mise en œuvre 1.2.3 : Renforcement des actions de prévention contre la pollution des sols, de l’eau et de l’air. | Activité 2 : Assainissement des établissements de production des produits alimentaires et boissons | 20% | 60% | 70% | 85% | 100% | Sous-direction de l’hygiène et l’assainissement |
| **Action 4: Renforcement de la participation communautaire et institutionnelle** | | | | | | | |
| Stratégie de mise en œuvre 1.3.2 : Lutte contre le tabagisme, l’abus d’alcool et la consommation des substances illicites (facteurs de risque modifiables des maladies non transmissibles) | Activité 1 : Raffermissement des capacités des acteurs en communication de masse et en sensibilisation de proximité sur le problème d’abus des drogues et des toxicomanies | 60% | 70% | 85% | 90% | 100% | Comité National de Lutte contre la Drogue |
| Activité 2 : Raffermissement de la responsabilité sociale et de la mobilisation communautaire face au problème d’abus des substances addictodépendogènes | 50% | 65% | 75% | 85% | 100% | Comité National de Lutte contre la Drogue |
| Stratégie de mise en œuvre  4.1.1 Développement des mécanismes de partage du risque maladie | Activité 3 : Mise en place du système de Couverture Santé Universelle (volet promotion) | 10% | 70 | 100 | 100 | 100 | Direction de la Promotion de la Santé |
| **Action 5 :** Promotion des bonnes habitudes alimentaires et nutritionnelles | | | | | | | |
| Stratégie de mise en œuvre 1.3.1 : Promotion de bonnes habitudes alimentaires et nutritionnelles. | Activité 1 : Amélioration de la prévention du surpoids et de l’obésité chez les enfants les adolescents et les femmes en âge de procréer | 11% enfants de moins de 5ans (EDS 5, 2018) | 9% | 8% | 6,5% | < 5 % | Sous-direction de l’alimentation et nutrition |
| 37 % femmes en âge de procréer (EDS 5, 2018) | 33% | 31% | 28% | 25% | Sous-direction de l’alimentation et nutrition |
| Activité 2 : Mise en place d’un système de surveillance nutritionnelle | Collecte de données dans 4 régions sur 10 | 5/10 | 7/10 | 8/10 | 10/10 | Sous-direction de l’alimentation et nutrition |
| Activité 3 : Mise en œuvre de l’initiative Hôpitaux Amis des Bébés (IHAB) dans les formations sanitaires du Cameroun (Labellisation) | Aucune Fosa enrôlée sur l’IHAB | 17% | 25% | 38% | 50% | Sous-direction de l’alimentation et nutrition |
| Stratégie de mise en œuvre 1.1.5 : Amélioration de la coordination multisectorielle dans la mise en œuvre des interventions de promotion de la santé et nutrition | Activité 4 : Mise en place d’un dispositif national de sécurité sanitaire des aliments | Loi cadre SSA disponible | Plan stratégique national (PSN) assorti du Plan de suivi-évaluation |  |  |  | Sous-direction de l’alimentation et nutrition |
| Aucun texte d’application adopté | 3 textes d’applications de la Loi-cadre élaboré et soumis pour adoption | textes d’applications de la Loi cadre élaboré et adoptés |  |  |
| 4 réunions trimestrielles du CILM | 4 réunions trimestrielles du CILM | 4 réunions trimestrielles du CILM | 4 réunions trimestrielles du CILM | 4 réunions trimestrielles du CILM |

**Programme 530 : Gouvernance et pilotage stratégique du secteur de la santé**

| **N°** | | **Activités majeures** | **Extrants attendus** | | | | | | **Structure responsable de la mise en œuvre** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Situation de référence** | **2022** | **2024** | **2027** | **2030** | |  |
| **Action 1 :** Coordination et suivi des activités des services du MINSANTE | | | | | | | | | |
| Stratégie de mise en œuvre 5.2.1 : renforcement du cadre institutionnel de pilotage stratégique | | Activité 1 : Coordination des activités des services à tous les niveaux de la pyramide sanitaire | 86%  (2019) | 100% | 100% | 100% | 100% | | SG |
| Activité 2 : Gestion de la documentation et des archives du MINSANTE | 100% (2019) | 100% | 100% | 100% | 100% | | CDA |
| Activité 3 : Suivi des activités du MINSANTE | 100% (2019) | 1 | 1 | 1 | 1 | | CELLULE SUIVI |
| Activité 4 : Renforcement du fonctionnement des services | 100% (2019) | 100% | 100% | 100% | 100% | | CSPM |
| Stratégie de mise en œuvre 5.2.3 : renforcement de la décentralisation du système de santé | | Activité 5 : Renforcement de l’implication des CTD dans la gestion des structures sanitaires | ND | 50% | 60% | 70% | 80% | | DOSTS/DEP |
| **Action 2** : **Planification et Programmation t stratégique** | | | | | | | | | |
| Stratégie de mise en œuvre 5.1.5 :renforcement du lien logique entre la planification stratégique, la planification opérationnelle, la budgétisation et le suivi-évaluation | | Activité 1 :Planification des activités du MINSANTE | 100% (2020) | 01 | 01 | 01 | 01 | | DEP |
| Activité 2 : Programmation des activités du MINSANTE | 100% (2020) | 01 | 01 | 01 | 01 | | DEP |
| Activité 2 : Renforcement des capacités des acteurs des services centraux et déconcentrés des CTD à la planification et à la Programmation (Budget Programme) | ND | 25% | 50% | 75% | 100% | | DEP |
| Activité 3 : Elaboration et Opérationnalisation du PNDS 2021-2025 | ND | PNDS | PNDS | PNDS | PNDS | | DEP |
| Stratégie de mise en œuvre 5.1.3 : renforcement de la participation des bénéficiaires et des acteurs de mise en œuvre dans le processus gestionnaire | | Activité 4 : Evaluation de la satisfaction des bénéficiaires dans les FOSA de la 3ème à la 6ème catégorie (enquête communautaire PBF) | ND | 04 | 04 | 04 | 04 | | DOSTS |
| **Action 3 :** Gestion budgétaire et financière | | | | | | | | | |
| Stratégie de mise en œuvre 4.1.3: renforcement de la mobilisation des ressources financières | | Activité 3 : Renforcement du plaidoyer et du partenariat local en faveur du financement de la santé | Contribution du secteur privé au financement de la santé au Cameroun  7.7% en 2012 selon les Comptes nationaux de la santé | 9% | 15% | 25% | 30% | | DCOOP  DRFP |
| Stratégie de mise en œuvre 4.1.5: renforcement de la performance et de l’efficience du système de santé. | | Activité 1 : renforcement du système de gestion financière et Budgétaire Du MINSANTE | ND | 25% | 50% | 75% | 100% | | DRFP |
|  | | Activité 2 : Suivi de l’exécution des FINEX | % de FINEX alignés sur les priorités nationales ND en 2020 | 100% | 100% | 100% | 100% | | DCOOP |
| Stratégie de mise en œuvre 4.1.4: renforcement de l’autonomie de gestion des ressources financières au niveau opérationnel. | | Activité 3 : Développement des systèmes de financement (y compris les financements innovants) | ND | 50% | 75% | 100% | 100% | | DCOOP |
| **Action 4 :** Gestion des Ressources Humaines en santé | | | | | | | | | |
| Stratégie de mise en œuvre 4.4.1 : dotation progressive des structures de santé en ressources humaines selon les normes (qualité et quantité) | | Activité 1 : Gestion du personnel du MINSANTE | % de personnel rémunéré | 100% | 100% | 100% | 100% | | DRH |
|  |  | | % de DRSP qui disposent du SIGIPES  20% en 2021 | 100% | 100% | 100% | 100% | DRH | |
| Stratégie de mise en œuvre 4.4.2 : amélioration de la gestion rationnelle des ressources humaines | Activité 2 : Renforcement du système d’information sur les RHS | | Répertoire des ressources humaines en santé est actualisé et disponible  ND en 2021 | 01 | 01 | 01 | 01 | DRH | |
| Action 5 : Système d'information sanitaire et production statistique | | | | | | | | | |
| Stratégie de mise en œuvre 4.5.1 : renforcement du système national d’informations sanitaires | Activité 1 : Renforcement du système national d’information sanitaire | | % des structures de santé qui disposent des outils harmonisés de collecte des données | 100% | 100% | 100% | 100% | CIS | |
|  |  | | % de structures du MINSANTE ont accès à la plateforme DHIS 2 | 100% | 100% | 100% | 100% | CIS | |
| Stratégie de mise en œuvre 4.5.3 : amélioration de l’utilisation des données sanitaires pour la prise de décision à tous les niveaux. | Activité 3 : Amélioration de l’utilisation des données sanitaires pour la prise de décision à tous les niveaux | | Rapport annuel du MINSANTE disponible | 01 | 01 | 01 | 01 | DEP  Cellule de Suivi | |
|  |  | | Tableau de bord de suivi de la mise en œuvre de la SSS renseigné et disponible | 01 | 01 | 01 | 01 | ST-SSS | |
| Action 6 : Recherche opérationnelle en santé | | | | | | | | | |
| Stratégie de mise en œuvre 4.5.2 : renforcement de la recherche en santé | Activité1 : Renforcement de la gouvernance de l'éthique de la recherche en santé humaine | | Nombre de sessions annuelles d'évaluation éthique des protocoles de recherche en santé humaine tenues | 06 | 06 | 06 | 06 | DROS  Comité éthique | |
| Nombre de Réunions de coordination des Comités d'éthique régionaux et institutionnels de la recherche en santé humaine tenues | 04 | 04 | 04 | 04 | DROS  Comité éthique | |
| Activité 2 : Promotion de la production et la valorisation des résultats de la recherche opérationnelle en santé humaine | | Proportion des résultats de projets de recherche autorités restitués (89% en 2020) | 95 | 100 | 100 | 100 | DROS | |
| **Action 7:** C Contrôle et audit interne du fonctionnement et la performance des services | | | | | | | | | |
| Stratégie de mise en œuvre 5.1.1 : renforcement du cadre législatif et règlementaire du secteur. | Activité 1 : Renforcement du dispositif législatif et réglementaire du secteur santé | | 50%  (2019) | 60% | 70% | 80% | 90% | DAJC | |
| Stratégie de mise en œuvre 5.1.2 : amélioration de la transparence et de la redevabilité. | Activité 2 : Renforcement de la lutte contre la corruption | | 100%  (2019) | 04 | 04 | 04 | 04 | IGSPL/CMLCC | |
| Activité 3 : Audit et/ou contrôle et inspection des services centraux, déconcentrés, organismes sous tutelles et projets rattachés | | 100%  (2019) | 100% | 100% | 100% | 100% | IGSA | |
| Activité 4 : Développement / suivi évaluation de la MEO des techniques et méthodes d’organisation du travail des services centraux, déconcentrés, organismes sous tutelles | | 92%  (2019) | 100% | 100% | 100% | 100% | IGSA | |
| Activité 5 : Inspection et contrôle des fosa publiques / privées et des établissements pharmaceutiques et des Laboratoires d'Analyses de Biologie Médicale (LABM) | | 94%  (2019) | 100% | 100% | 100% | 100% | IGSPL | |
| Activité 6 : Intensification de la lutte contre les faux médicaments (contrefaits de la rue) | | 04  (2019) | 04 | 04 | 04 | 04 | IGSPL/CMLL | |
| Action 8 : Communication et relation Publique | | | | | | | | | |
| Stratégie de mise en œuvre : Accroitre la visibilité des actions menées par le MINSANTE et la mobilisation des nouvelles entités nationales (entreprises et CTD) en faveur de la santé | Activité 1 : renforcement de la collaboration inter hospitalière en faveur de la prise en charge efficiente des populations | | ND | 50% | 60% | 75% | 90% | CPN/DCOOP | |
|  | Activité 2 : Communication sur la, politique de santé | | ND | 100% | 100% | 100% | 100% | CELCOM | |

**PROGRAMME 531 : Prise en charge des cas**

| **N°** | **Activités majeures** | **Extrants attendus** | | | | | **Structure responsable de la mise en œuvre** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Situation de référence** | **2022** | **2024** | **2027** | **2030** |
| **Action 1 :** Mise en œuvre des interventions curatives à haut impact chez la mère, le nouveau-né, l'enfant et l'adolescent | | | | | | | |
| Activité 1 | Renforcement de l’offre de l’accouchement assisté | Taux d’accouchement assisté par un personnel de santé 64,7% (MICS 5) | 88% | 90% | 92% | 95% | DSF |
| Activité 2 | Renforcement du système de surveillance de décès maternels périnatals et riposte | % des FOSA qui renseignent les décès maternels 40% | 60% | 70% | 80% | 90% | DSF |
| **Action 2 :** Prise en charge des urgences et des catastrophes | | | | | | | |
| Activité 1 | Renforcement du système opérationnel de surveillance et de riposte aux Maladies à Potentiel Endémique, aux évènements de santé publique et aux situations de crise | Proportion des urgences de santé publique pour lesquelles le Système de gestion des Incidents a été activé au niveau national : 75% | 80% | 85% | 90% | 90% | SDLEP |
| Activité 2 | Renforcement de la mise en œuvre de la SIMR | Proportion de DS mettant en œuvre la SMIR | 35% | 40% | 48% | 60% | DLMEP |
| **Action 3 :** Prise en charge du VIH/SIDA, tuberculose, IST et hépatites virales | | | | | | | |
| Activité 1 | Renforcement de la prise en charge de la tuberculose | 87% | 88% | 88% | 90% | 90% | DLMEP/ SDVIH |
| Activité 2 | Renforcement de la prise en charge du VIH |  |  |  |  |  | DLMEP/ SDVIH |
| Activité 3 | Renforcement de la prise en charge des IST/Hépatites virales | 35% | 50% | 70% | 80% | 90% | DLMEP/ SDVIH |
| **Action 4 :** Prise en charge du paludisme | | | | | | | |
| Activité 1 | Renforcement du diagnostic et de la prise en charge du paludisme | Taux de mortalité spécifique du paludisme chez les enfants de moins de 5ans  45% | 29% | 26% | 23% | 22% | PNLP |
| Activité 2 | Renforcement de la chaine d’approvisionnement en intrants pour la prise en charge du paludisme | Nombre de jour de rupture de stocks en ACT | 21jours | 18 jours | 15 jours | 7 jours | PNLP |
| **Action 5 :** Prise en charge des maladies chroniques non transmissibles(MCNT) | | | | | | | |
| Activité 1 : | Renforcement de la prise en charge des cas de Cancer | Nombre de cas de cancer de l’utérus diagnostiqué et mis sous traitement | 350 | 450 | 500 | 550 | PNLCa |
| Activité2 : | Prise en charge clinique des autres maladies chroniques non transmissibles | ND | 70% | 80% | 100% | 100% | SDMCNT |
| Activité 3 | Mise en place des programmes prioritaires de santé | ND | 70% | 80% | 100% | 100% | DLMEP |
| **Action 06**: Prise en charge des maladies tropicales négligées et des autres maladies | | | | | | | |
| Activité 1 | Renforcement de la Prise en charge de la filariose lymphatique, onchocercose, | Nombre de cas de filariose traités  7182 000 | 7 368 732 | 7 560 000 | 7 556 000 | 8 500 000 | PNLO |
| Activité 2 | Prise en charge des cas des affections oculaires | 20 000 | 22000 | 24000 | 25000 | 27000 | PNLCe |
| Activité3 | Renforcement de la prise en charge des cas de  schistosomiases et des Helminthiases intestinales | Nombre de doses de Praziquantel distribués | 7 368 732 | 7 560 000 | 7 556 000 | 8 500 000 | PNLSHI |
| Activité 4 | Renforcement de la prise en charge des cas de Pian, de la  Leishmaniose, de la Lèpre et de l'ulcère de Buruli | Proportion des cas d’Ulcère de Buruli guéris sans complications  80% | 95% | 95% | 98% | 98% | CNLP2LUB |
| Activité 5 | Renforcement de la prise en charge des maladies nécessitant  des soins hautement spécialisés, non disponibles au  Cameroun à travers l’ONG internationale MERCYSHIP | Nombre de Kits PNSETTI acquis et disposé dans les formations sanitaires pour la prise en charge des Pieds Bot | 350 | 350 | 350 | 350 | SDMTN |

**Programme 529**: Renforcement du Système de Santé

| **N°** | **Activités majeures** | **Extrants attendus** | | | | | **Structure responsable** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Situation de référence** | **2022** | **2024** | **2027** | **2030** |  |
| **Action 1 : Développement de l’industrie pharmaceutique** | | | | | | | |
| Stratégie de mise en œuvre 4.3.2: renforcement des mécanismes d’assurance qualité et de la disponibilité des médicaments et autres produits pharmaceutiques | Activité 1 : Développement d’un système d’assurance qualité des actes de biologie médicale | Proportion des régions ayant produit un rapport annuel d'activités sur la pharmacovigilance  ND en 2021 | 100% | 100% | 100% | 100% | DPML |
| Activité 2 : promotion et développement de l’industrie pharmaceutique nationale | Part des médicaments traditionnels dans l’offre totale des médicaments  ND en 2021 |  |  |  | > 25% | DPML |
|  | Part des médicaments de la rue dans l’offre totale des Medicaments  ND en 2021 |  |  |  | <5% | DPML |
|  | Proportion des DRSP ayant organisé annuellement des opérations de saisie et de destruction des médicaments illicites | 100% | 100% | 100% | 100% | IGSPL |
|  | Activité 3 : développement de la sécurité transfusionnelle | Nombre de Document de politique national de transfusion sanguine élaboré | 01 |  | 01 |  | DPML |
| **Action 2 : Offre Infrastructurelles et Equipements des Formations Sanitaires** | | | | | | | |
| Stratégie de mise en œuvre 4.2.2 : amélioration de l’offre infrastructurelle (construction/ réhabilitation/ extension des structures de santé selon les normes  Stratégie de mise en œuvre 4.2.3 : renforcement de l’équipement des services de santé selon les normes | Activité 1 : Renforcement de l’offre en infrastructure et équipement des FOSA de 4eme 5èmes et 6eme catégories | Pourcentage des formations sanitaires de 4eme 5èmes et 6eme catégories disposant d’un plateau technique relevé au moins à 50 % | 52% | 60% | 80% | 100% | DEP/DOSTS |
|  | Activité 2 : Renforcement de l’offre en infrastructure et équipement des FOSA de 1ère ; 2ème et 3ème catégories | Pourcentage des formations sanitaires de 1ère, 2ème et 3ème catégorie disposant d’un plateau technique relevé au moins à 50 % 40% en (2017) Cf. SND30 page 173 | 52% | 60% | 80% | 100% | DEP/DOSTS |
| **Action 3: Amélioration de la qualité de l’accueil et des soins dans les formations sanitaires** | | | | | | | |
| Stratégie de mise en œuvre 4.2.1: Renforcement des capacités institutionnelles des FOSA pour une meilleure prise en charge des cas à tous les niveaux du système de santé | Activité 1 : Coordination et suivi évaluation de la mise en œuvre de la réforme hospitalière au Cameroun | % de prestataires des soins de santé ciblés ayant bénéficié d’un renforcement de capacités pour la prise en charge des cas  ND en 2021 | 25% | 50% | 80% | 100% | DRH  DOSTS |
| % de responsables de structures de santé ciblés ayant bénéficié d’un renforcement de capacités en ce qui concerne le processus gestionnaire  ND en 2021 | 30% | 60% | 80% | 100% | DRH  DOSTS |
| Activité 2 : Renforcement des capacités des prestations des soins et services de santé | % de DS ayant bénéficié d’un appui dans le cadre du renforcement de capacités sur la dispensation des paquets de soins de santé intégrés de qualité  ND en 2021 | 50% | 100% | 100% | 100% | DOSTS |
| Stratégie de mise en œuvre 4.2.4 : renforcement de l’action communautaire et dotation du niveau communautaire en intrants selon les normes et les priorités (offre des services et soins de santé communautaire). | Activité 3 : Organisation de la mise en œuvre des activités de santé communautaire | % de districts de santé qui mettent en œuvre le PMA communautaire  ND en 2020 | 100% | 100% | 100% | 100% | DOSTS |
| % de districts de santé ayant bénéficié d’un appui dans le cadre de la mise en œuvre des activités communautaires  ND en 2020 | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Stratégie de mise en œuvre 4.2.6 : amélioration de la disponibilité des paquets de services et de soins de qualité dans les formations sanitaires à tous les niveaux : développement des districts de santé et des pôles d’excellence. | Activité 4 : Appui technique aux structures du niveau déconcentré en vue de la viabilisation des Districts de santé | % de Districts de santé dont le niveau de développement a été évalué  (100% en 2020) | 100% | 100% | 100% | 100% | DOSTS |
| **Action 4 : Amélioration de la protection contre le risque financier en santé** | | | | | | | |
| Stratégie de mise en œuvre : Réduire la part du paiement direct des ménages dans les dépenses totales de santé de 70% à 50% | Activité 1 : Evaluation de la population non couverte et identifier les facteurs et les obstacles pour cette population | Taux de la population couverte par la CSU | 30% | 50% | 75% | 100% | DPS |
|  | Activité 2 : Mise en place d'un plan communication suffisant pour une adhésion massive à la CSU | % de la population informé sur la CSU | 50% | 75% | 100% | 100% | DPS |

**PREOCCUPATIONS D’ORDRE SECTORIEL**

| **Préoccupations** | **Administrations concernées** | **Suggestions/propositions** |
| --- | --- | --- |
| Améliorer le cadre de vie des populations | MINDHU  MINEE  CTD | Synergie d’intervention avec le MINSANTE pour favoriser l’accès des populations aux infrastructures d’hygiène et d’assainissement de base, la promotion de l’urbanisation structurée des villes et aménagement des bidonvilles  Partage des données mieux apprécier l’exposition des populations cibles aux facteurs de risques et suivre l’évolution des indicateurs |
| MINEPDED, MINMIDT, MINFOP | Synergie d’intervention avec le MINSANTE dans le cadre du renforcement des actions de prévention contre la pollution des sols, de l’eau et de l’air.  Partage des données mieux apprécier l’exposition des populations cibles aux facteurs de risques et suivre l’évolution des indicateurs |
| Renforcer les aptitudes favorables à la santé des individus et des communautés notamment la pratique des activités physiques et sportives | CTD | Favoriser l’accès des populations aux infrastructures sportives de proximité  Partage des données mieux apprécier l’exposition des populations cibles aux facteurs de risques et suivre l’évolution des indicateurs |
| MINJUSTICE | Synergie d’intervention avec le MINSANTE pour lutter contre le tabagisme, l’abus de l’alcool et la consommation des substances illicites ; le renforcement de la pratique des activités physiques et sportives en milieu carcéral  Partage des données mieux apprécier l’exposition des populations cibles aux facteurs de risques et suivre l’évolution des indicateurs |
| MINESEC, MINEDUB, MINESUP, MINJEC | Synergie d’intervention pour lutter contre le tabagisme, l’abus de l’alcool et la consommation des substances illicites en milieu scolaire  Renforcement de la pratique des activités physiques et sportives en milieu scolaire |
| MINTRANSPORT, MINTP | Synergie d’interventions avec le MINSANTE en matière du renforcement de la sécurité routière, la prévention et de prise en charge rapide des Accidents de la Voie Publique  Partage des données mieux apprécier l’exposition des populations cibles aux facteurs de risques et suivre l’évolution des indicateurs |
| Améliorer les connaissances, les attitudes et les pratiques des jeunes et adolescents, relativement à leur bien- être et à la santé sexuelle et reproductive. | MINJEC, MINSEC, MINEDUB, MINPROFF, MINESUP, | Synergie d’interventions avec le MINSANTE pour sensibiliser les jeunes et les adolescents  Partage des données mieux apprécier l’exposition des populations cibles aux facteurs de risques et suivre l’évolution des indicateurs |
| Créer un dispositif de soutien des prix d’accès aux nutriments et aliments des nourrissons | MINFI  MINCOMMERCE | Le MINSANTE ne saurait assurer le leadership dans ce domaine dans la mesure où, son rôle est davantage d’amener les populations à adopter des comportements sains et favorables à la santé |
| Renforcer la sécurité sanitaire des aliments mis sur le marché et consommés par les populations | MINEPIA  MINADER  MINCOMMERCE  MINAT  MINJUSTICE  INTERPOL  DGSN  MINDEF | Synergie d’interventions pour assurer le contrôle qualité des aliments mis sur le marché et assurer la destruction des produits impropres à la consommation.  Partage des données mieux apprécier l’exposition des populations cibles aux facteurs de risques et suivre l’évolution des indicateurs |
| Améliorer l’accès des populations à un régime alimentaire sain et équilibré | MINEPIA  MINADER  MINCOMMERCE | Le MINSANTE ne saurait assurer le leadership dans ce domaine dans la mesure où, son rôle est davantage d’amener les populations à adopter des comportements sains et favorables à la santé  Partage des données mieux apprécier l’exposition des populations cibles aux facteurs de risques et suivre l’évolution des indicateurs |
| Mettre en place un mécanisme de sensibilisation et d’éducation nutritionnelle adapté au contexte socio culturel du Cameroun | MINEDUB  MINESEC  MINESUP  MINCOM | Synergie d’intervention pour mieux véhiculer le message auprès des populations cibles  Partage des données mieux apprécier l’exposition des populations cibles aux facteurs de risques et suivre l’évolution des indicateurs |
| Lutte contre les faux médicaments, et le trafic illicite des produits pharmaceutiques | MINAT  INTERPOL  DGSN  MINCOMMERCE  MINJUSTICE  MINDEF | Synergie d’interventions pour assurer efficacement la lutte contre les faux médicaments, et le trafic illicite des produits pharmaceutiques  Partage des données mieux apprécier l’exposition des populations cibles aux facteurs de risques et suivre l’évolution des indicateurs |
| Veiller au respect des normes en matière d’étiquetage alimentaire. | MINCOMMERCE  MINFI  ANOR | Synergie d’interventions pour assurer respect des normes en matière d’étiquetage alimentaire. |
| Engager une lutte sans relâche contre l’addiction des jeunes aux substances nocives à la santé et l’utilisation des produits cosmétiques dangereux | MINJEC, MINSEC, MINEDUB, MINESUP, MINPROFF | Synergie d’interventions avec le MINSANTE pour mieux atteindre les populations cibles  Partage des données pour mieux apprécier l’exposition des populations cibles aux facteurs de risques et le suivi de l’évolution des indicateurs |
| Mettre en œuvre le dispositif de protection sociale. | MINAS  MINFI | Le MINSANTE devrait se focaliser sur la prise en charge des cas.  Le MINAS et le MINFI devrait mettre sur pied un mécanisme de recouvrement des coûts issus de la prise en charge des cas.  Partage des données pour mieux apprécier l’exposition des populations cibles aux facteurs de risques et le suivi de l’évolution des indicateurs |
| Mettre en place un mécanisme d’assistance aux personnes indigentes dans les FOSA |
| Mettre sur pied un environnement favorable à l’éclosion d’une économie locale de la santé | MINEPAT  MINFI | Mise sur pied d’un groupe de travail pour rendre disponible une proposition technique  Partage des données pour mieux apprécier l’exposition des populations cibles aux facteurs de risques et le suivi de l’évolution des indicateurs |
| Recruter massivement dans le sous-secteur public | MINFOPRA | Organiser le recrutement massif des ressources humaines en santé suivant les besoins prioritaires |
| Production locale des médicaments et des produits pharmaceutiques | MINMIDT  MINRESI | Mise en place d’une plateforme de concertation |
| Renforcer la coordination des interventions en santé dans les sous-secteurs public, privé et de médecine traditionnelle | MINEPAT | Rendre fonctionnel le comité national de suivi-évaluation de la mise en œuvre de la SND30 et ses démembrements tels que prévus par le Décret 2021/1541 du 23 Mars 2021 portant création, organisation et fonctionnement du comité national de suivi-évaluation de la mise en œuvre de la SND30. |
| Créer un cadre de concertation intersectoriel entre les acteurs du secteur santé, |
| Susciter d’adhésion des cibles jeunes lors des campagnes de vaccination, déparasitage, dépistage contre le VIH SIDA et les IST. | Les ministères en charge de l’éducation | Mise en place d’une plateforme de concertation |
| Réticence des populations lors Campagne de distribution des médicaments contre le Paludisme saisonnier dans le septentrion | MINDEVELL ; MINAT ; CTD | Associer les OSC, leaders communautaires et religieux |
| Insuffisance du budget alloué au secteur santé pour renforcer le système de santé | MINEPAT/MINFI | Augmenter le taux d’allocation budgétaire au MINSANTE conformément aux déclarations d’ABUDJA (15%)  Partager les informations relatives aux financements alloués aux questions de santé dans les administrations partenaires |
| Motivation insuffisante du personnel soignant | MINFOPRA | Améliorer le traitement salarial |
| Une synergie d’action pour la lutte contre le VIH/SIDA, tuberculose hépatites virales (Programme PEC) | MINDEF, MINJUSTICE, MINAS, DGSN | Mettre en place une plateforme d’échanges entre ces différentes administrations pour une harmonisation dans la prise en charge |

# **CHAPITRE 4 : DISPOSITIF DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI-EVALUATION**

Le dispositif de mise en œuvre est constitué des acteurs que sont : les Responsables des programmes, les Chefs d’actions et les Responsables des activités, la Division des Etudes et des Projets, le Secrétariat Technique de la SSS (ST/SSS), les services compétents du MINEPAT et du MINFI, la Sous-Commission Sectorielle de la Santé (MINEPAT), le Comité National chargé de la mise en œuvre et du Suivi-Evaluation de la SND30 (CNSE/SND30). Le suivi-évaluation de la mise en œuvre sera assuré par les membres du Contrôle de gestion (Coordonnateur et contrôleurs) qui seront assistés par les référents d’actions et les facilitateurs désignés au niveau de chaque programme.

* 1. **Pilotage, Coordination et Synergie d’action**

Le pilotage et la coordination au niveau de chaque programme sera effectué par un Chef de Programme. Celui-ci s’appuiera sur les responsables d’actions qui à leurs tours devront assurer la coordination des activités dont ils sont responsables. La mise en œuvre, et le reporting des activités seront effectuées par les responsables des activités qui seront désignés par le responsable de programme.

Sur la base mensuelle, les responsables d’activités devront systématiquement rendre compte du niveau de mise en œuvre des activités dont ils ont la charge. Ils devront à cet effet renseigner le niveau de réalisation des extrants de leurs activités dans une instance du DHIS-2 qui sera préalablement paramétré à cet effet.

Les chefs d’actions tiendront mensuellement des réunions de revues et validation des données communiquées par les responsables d’activités. Au cours de ces réunions, il sera question de suivre l’évolution de mise en œuvre des différentes activités et d’anticiper sur les éventuels goulots d’étranglements. Ces réunions seront conclues par l’élaboration d’un Rapport Mensuel d’Action.

A la fin de chaque trimestre, et avec l’appui des référents d’actions, chaque chef d’action devra produire un rapport trimestriel qui sera soumis à l’appréciation du chef de programme. Celui-ci convoquera la réunion de dialogue de gestion de son programme. Cette réunion sera l’occasion de discuter des problèmes rencontrés au niveau de chaque action ainsi que des mesures correctrices envisageables. Elle se soldera par la production du rapport trimestriel de mise en œuvre des actions du programme. Ledit rapport sera une consolidation effectuée par le contrôleur de gestion. Il s’appuiera sur l’expertise des facilitateurs et des référents d’action. Ces derniers veilleront à l’introduction des données validées du programme dans le DHIS-2.

Sur la base semestrielle, le Contrôle de Gestion et la CPP en relation avec le Secrétariat Technique de la SSS (ST/SSS) se chargeront de consolider les rapports trimestriels des programmes tout en tenant compte des informations rendues disponibles par les administrations sectorielles. Le rapport semestriel produit sera soumis à l’appréciation du Ministre de la Santé Publique avant transmission à la sous-commission sectorielle de santé du MINEPAT, conformément au décret n°2021/1541/PM du 23 Mars 2021 portant création, organisation et fonctionnement du comité national de suivi-évaluation de la mise en œuvre de la SND30.

Elle devra à son tour soumettre rapport au Comité National chargé de la mise en œuvre et du suivi-évaluation de la SND30 (CNSE/SND30).

* 1. **Dispositif Statistique**

Les contrôleurs de gestion en collaboration avec la cellule de planification et de programmation élaboreront et valideront le protocole de gestion, les tableaux de bords ainsi que le canevas harmonisé de rapport de suivi.

Les fiches de collectes de données validées seront paramétrées dans le DHIS-2 avec l’appui technique de la Cellule des Informations Sanitaires. Les responsables d’activités, les contrôleurs de gestion, les référents d’actions ainsi que les facilitateurs bénéficieront d’un renforcement de capacités à l’utilisation du DHIS-2. Ils veilleront chacun à leur niveau à l’introduction des données validées de leurs activités respectives dans cette plateforme.

Les responsables d’activités renseigneront le niveau d’évolution des extrants. Les chefs de d’actions s’appuieront sur les référents pour renseigner le niveau d’évolution des indicateurs d’action. Tandis que les contrôleurs de gestion veilleront à la complétude des formulaires et au renseignement des indicateurs du programme.

* 1. **Tableau de bord de pilotage des indicateurs de performance**

Par ailleurs, il s’agira de renseigner la fiche synthétique des indicateurs de suivi de la performance au sein de chaque administration par rapport à son domaine de compétences.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Indicateurs de performance** | | | | | |
| **Libellé** | **Unité de mesure** | **Période/ moment de collecte** | **Méthode de calcul** | **Sources de vérification** | **Observations** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

* 1. **Ressources Humaines pour le Suivi-Evaluation de la performance**

**Effectif du personnel compétent pour le suivi-évaluation des programmes**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Effectif actuel** | **Effectif satisfaisant**  **1- Oui 2- Non** | **Effectif souhaité** |
| Personnel Statisticien / Démographe | **|\_\_||\_\_|** | **|\_\_|** | **|\_\_||\_\_|** |
| Personnel informaticien | **|\_\_||\_\_|** | **|\_\_|** | **|\_\_||\_\_|** |
| Autres personnels technique (à préciser)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **|\_\_||\_\_|** | **|\_\_|** | **|\_\_||\_\_|** |

**Besoin en renforcement des capacités**

|  |  |
| --- | --- |
| **Domaines (exemple : planification, suivi-évaluation, etc.)** | **Intitulé du module de formation** |
| **Suivi-évaluation** | **Renseignement du DHIS-2** |
| **Exploitation des bases de données** |
| **Construction des Dashboards** |
| **Programmation** | **Priorisation** |
| **Planification** | **Elaboration de la chaine des résultats et de la théorie du changement** |

# **ANNEXE : FICHES D’OPERATIONALISATION DES INDICATEURS**

# **Annexe 1 : Prévention de la Maladie**

## Indicateur N°3 du programme « Prévention de la maladie »

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. Identification de l’indicateur 1** | | | |
| Indicateur | Pourcentage de Moustiquaire Imprégnée d’insecticide à Longue Durée d’Action (MILDA) distribuées parmi celles planifiés | | |
| Objectif | **Justification**  Cet indicateur vise à atteindre et maintenir de la couverture en MILDA | | |
| Programme | Prévention de la maladie | | |
| **2. Description de l’indicateur** | | | |
| Nature précise des données à utiliser | Donnée quantitative | | |
| Unité de mesure | Pourcentage | | |
| Mode de calcul | **Numérateur :** Nombre de moustiquaires imprégnées d’insecticide de longue durée distribuées à la population en campagne de masse ou en routine  **Dénominateur :** Nombre de moustiquaires imprégnées d’insecticide de longue durée planifiées  Pour les années de campagnes, le numérateur va correspondre aux nombres de MILDA distribuées pendant la campagne de masse plus le nombre de MILDA distribuées en routine (Femmes enceintes + PEV). Pour les années sans campagne de masse, le numérateur va correspondre au nombre de MILDA distribuées en routine (Femmes enceintes + PEV).  Pour les campagnes de Masse, la stratégie est de distribuer les MILDA a toute la population tous les 3-4 ans.  Pour la distribution en routine, la stratégie prévoit la distribution des MILDA aux femmes enceintes au premier contact c'est à dire à la première consultation prénatale (CPN1). Chez les enfants de 0-11 mois, la distribution des MILDA se fera lors de l’administration du dernier vaccin (DTC-HeB 3) de l'enfant.  Sources de données : SNIS | | |
| Périodicité de la mesure | Annuelle | | |
| Dernier résultat connu | Année : | 2017 | Valeur : 41% |
| Cible fixée à fin du Programme | Année : | 2024 | Valeur : 95% |
| Prévisions annuelles | Année : | 2022 | Valeur : 90% |
| Année : | 2023 | Valeur : 93% |
| Année : | 2024 | Valeur : 95% |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. Renseignement de l’indicateur** (collecte et analyse des données) | |
| Sources des données | * Données collectées à partir du Système National d’Information Sanitaire (SNIS) |
| Mode de collecte des données | * Collecte de routine dans FOSA à travers le Rapport Mensuel d’Activité * Collecte de routine à travers le Rapport de la campagne de Masse |
| Services ou organismes responsables de la collecte des données | * *Programme National de lutte contre le paludisme ;* * *Cellules des informations sanitaires ;* |
| Vérification / Validation des données | * *Respect du protocole de l’enquête ;* |
| Service responsable de la synthèse des données | * *Programme National de lutte contre le paludisme ;* |
| Service interne ou structure externe responsable des analyses | * *PNLP.* |
| Coût de collecte et d’analyse |  |
| *4.* ***Modalités d’interprétation de l’indicateur*** | |
| Limites et biais connus | * *RAS* |
| Modalités d’interprétation | * *RAS* |

|  |
| --- |
| **5. Commentaires***(le cas échéant)* |
| *La distribution des MILDA en routine se déroule tous les années dans les Formations sanitaires. Début l’adoption de cette stratégie jusqu’en 2020 cette stratégie était uniquement destinée aux femmes enceintes lors des CPN. A partir de 2021, les enfants de 0 à 11 mois bénéficieront aussi des MILDA lors des vaccinations.*  *Pour la distribution des MILDA en campagne de masse, les MILDA distribuées tous les 3 ans. Le Cameroun a déjà organisé 3 campagnes dont la dernière couvre la période 2019, 2020 et 2021. En 2029, les MILDA ont été distribuées dans les régions de l’Est, Ouest, Sud, Adamaoua, Nord, Extrême Nord et Littoral (phase 1). En 2020, la distribution a eu lieu dans les régions du Nord-Ouest et du Littoral (phase 2). Les régions du Sud-Ouest et du Centre ont planifié en 2021.*  *La prochaine campagne est prévue en 2022-2023 et se fera en 3 phases.* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Identification de l’indicateur 2 | | |
| Indicateur | *Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH et sous TARV* | |
| Objectif | *Réduire la mortalité prématurée due aux maladies évitables par la prévention* | |
| Programme | *Prévention de la maladie* | |
| **2. Description de l’indicateur** | | |
| Nature précise des données à utiliser | ***La dispensation des ARV chez les femmes enceintes VIH ;***  **Type de donnée :** Taux de réalisation technique (%),  **Donnée quantitative :**  **Numérateur** : Nombre de femme enceinte VIH+ sous ARV  **Dénominateur**: Nombre total de femme enceinte VIH+ | |
| Unité de mesure | *%* | |
| Mode de calcul | *Ratio* | |
| Périodicité de la mesure | *Annuel* | |
| Dernier résultat connu | Année : 2020 | Valeur : 79,7% |
| Cible fixée à fin du Programme ou Action | Année : 2024 | Valeur : 95% |
| Prévisions annuelles | Année : 2022 | Valeur : 88,16% |
| Année : 2023 | Valeur : 95% |
| Année : 2024 | Valeur : 95% |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. Renseignement de l’indicateur (collecte et analyse des données)** | |
| Sources des données | * *Rapport annuel CNLS* |
| Mode de collecte des données | * *Les données sont renseignées de façon journalières dans des outils physiques et ensuite renseignées dans le DHIS à une périodicité mensuelle. Tous les trimestres, les données sont validées au niveau régional et national* |
| Services ou organismes responsables de la collecte des données | * *Préciser :* * *La production des données est assurée par le CNLS et la CIS (Cellule d’information sanitaire)* * *La qualité des données est contrôlée par le CNLS ;* |
| Vérification / Validation des données | * *La vérification et la validation des données se fait au cours des ateliers régionaux dédiés à cet effet* |
| Service responsable de la synthèse des données | * *La Cellule d’Information Sanitaire ;* |
| Service interne ou structure externe responsable des analyses | * *Le Comité National de Lutte contre le Sida chargé de faire les analyses (regroupements, recoupements / croisements, comparaisons) selon les besoins.* |
| Coût de collecte et d’analyse | * *Matériels : registres de collecte ; outils informatiques et connexion internet* * *RH : une équipe de S&E centrale ; des équipes S&E régionales ; des équipes de collecte de données* * *Montant global : environ 75 millions* |
| **4. Modalités d’interprétation de l’indicateur** | |
| Limites et biais connus | * *La promptitude et la complétude des données.* |
| Modalités d’interprétation | * *Préciser la signification, les modalités de lecture et de compréhension de l’indicateur.* * *Préciser les aspects connexes à prendre en compte dans l’interprétation* |

|  |
| --- |
| **5. Commentaires (le cas échéant)** |
| * Préciser les activités à réaliser afin d’assurer un renseignement fiable de l’indicateur (Description des activités prévues et les échéances) * *Informer et préparer les sources de données* * *Élaboration des outils (conception et test)* * *Conception des supports de documentation des données ;* * *Information des acteurs de collecte* * *Formation éventuelle des acteurs de collecte.* * Préparer modalités d’analyse : * *Description des analyses à faire sur la base des besoins en information des décideurs* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. Identification de l’indicateur 3 | | | |
| Indicateur | *Taux de couverture vaccinale au RR1* | | |
| Objectif | *Porter la couverture vaccinale au RR1 de 74% à au moins 80%* | | |
| Programme ou Action | *Programme : Prévention de la maladie*  *Action : Prévention des Maladies à Potentiel Épidémique (MAPE)* | | |
| **2. Description de l’indicateur** | | | |
| Nature précise des données à utiliser | * *Type de données à fournir : données quantitatives*    + *Numérateur : Nombre de nourrissons ayant reçu une dose de vaccin contre la rougeole avant 1 an d’âge*   + *Dénominateur : Population totale de nourrissons de 0-11 mois* | | |
| Unité de mesure | *%* | | |
| Mode de calcul | * *Nombre de nourrissons ayant reçu une dose de vaccin contre la rougeole avant 1 an d’âge divisé par la population totale de nourrissons de 0-11 mois sur la période* | | |
| Périodicité de la mesure | *Mensuelle* | | |
| Dernier résultat connu | Année : | 2020 | Valeur : 74% |
| Cible fixée à fin du Programme ou Action | Année : | 2024 | Valeur : 80% |
| Prévisions annuelles | Année : | 2022 | Valeur : 79% |
| Année : | 2023 | Valeur : 80% |
| Année : | 2024 | Valeur : 81% |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. Renseignement de l’indicateur (collecte et analyse des données)** | |
| Sources des données | * *DHIS 2* |
| Mode de collecte des données | * *Agrégation des actes vaccinaux consignés dans les registres de vaccination et de pointage* |
| Services ou organismes responsables de la collecte des données | * *CIS* * *Districts de Santé* * *Formations Sanitaires* |
| Vérification / Validation des données | * *Réunions mensuelles de revue et validation des données à tous les niveaux* * *Supervision avec administration de l’outil d’analyse de la qualité des données* * *Revue annuelle de la qualité des données* |
| Service responsable de la synthèse des données | * *CIS ;* |
| Service interne ou structure externe responsable des analyses | * *Groupe Technique Central du Programme Elargi de Vaccination ;* |
| Coût de collecte et d’analyse | * *Production des registres et autres utilitaires* * *Production des RMA intégrés (voir CIS)* * *Acquisition et maintenance des terminaux informatiques et des applications (voir CIS)* * *Réunions et atelier d’analyse et revue de la qualité des données : 100 000 000 FCfa* |
| **4. Modalités d’interprétation de l’indicateur** | |
| Limites et biais connus | * *Possible sous-estimation ou surestimation liées à:*   + *L’indisponibilité des registres de vaccination et de pointage ou l’insuffisance de leur utilisation*   + *L’insuffisance de la complétude du rapportage des données*   + *Les erreurs de saisie dans le DHIS 2*   + *L’insuffisance de la fiabilité du dénominateur* |
| Modalités d’interprétation | * *L’indicateur traduit le niveau d’atteinte des nourrissons par la vaccination* |

|  |
| --- |
| **5. Commentaires (le cas échéant)** |
| * Activités à réaliser afin d’assurer un renseignement fiable de l’indicateur (Description des activités prévues et les échéances) * *Produire les registres de vaccination, de pointage et les autres utilitaires de collecte des données* * *Produire les cahiers de rapport mensuel d’activité des FOSA* * *Doter les points de prestation et les structures de coordination en équipements et logiciels informatiques* * *Assurer la maintenance du parc informatique* * *Former les acteurs des points de prestation à l’enregistrement des actes vaccinaux, à la production des rapports mensuels d’activité et à leur saisie dans le DHIS 2* * *Former les acteurs des niveaux district, région et central au suivi et à l’analyse des données dans le DHIS 2* * *Mener des supervisions formatives avec administration de l’outil DQS* * *Mener des revues mensuelles des performances du programme à tous les niveaux* * *Mener des ateliers de monitoring et évaluation des performances* * Modalités d’analyse : * *Utilisation des modules d’analyse du DHIS 2* * *Présentation bi-mensuelle des performances de vaccination* * *Renseignement du rapport mensuel de revue des performances du programme* * *Renseignement du Joint Reporting form annuel* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. Identification de l’indicateur Action 1 | | | |
| Indicateur | *Pourcentage des patients ayant terminés avec succès leur traitement de la tuberculose* | | |
| Objectif | Réduire les nouveaux cas d'infection au VIH, Tuberculose, IST et Hépatites Virales | | |
| Action | *Prévention du VIH/SIDA, tuberculose, IST et hépatites virales* | | |
| **2. Description de l’indicateur** | | | |
| Nature précise des données à utiliser | *Ce sont des données quantitatives (Numérateur= patients ayant une tuberculose toute forme confondue ayant complètement terminé leur traitement.*  *Dénominateur= Nombre total de patients ayant une tuberculose quel que soit la forme)*  *NB : Les résultats de cet indicateur sont reportés pour l’année n-1* | | |
| Unité de mesure | *%,* | | |
| Mode de calcul | * *NUM=****13929****.DEN=****16525*** | | |
| Périodicité de la mesure | *annuel* | | |
| Dernier résultat connu | Année : | 2018 | Valeur : 84% |
| Cible fixée à la fin de l’Action | Année : | 2024 | Valeur : 92% |
| Prévisions annuelles | Année : | 2022 | Valeur : 90% |
| Année : | 2023 | Valeur : 91% |
| Année : | 2024 | Valeur : 92% |
| **3. Renseignement de l’indicateur***(collecte et analyse des données)* | | | |
| Sources des données | *DHIS2* | | |
| Mode de collecte des données | *Les données sont collectées au niveau CDTs, puis transmises aux DS et aux unités régionales après vérification et enfin sont transmises au niveau central pour une compilation et dissémination vers DLMEP, Observatoire santé publique, OMS,…* | | |
| Services ou organismes responsables de la collecte des données | *Chef d’unité chargé de la gestion des données au niveau central, en régional c’est le CURLT et dans le CDT c’est l’infirmier chargé du registre TB* | | |
| Vérification / Validation des données | *Supervisions, Réunion d’évaluation régionale et annuelle,* | | |
| Service responsable de la synthèse des données | * *CIS, GTC-PNL Tuberculose* | | |
| Service interne ou structure externe responsable des analyses | * *Groupe Technique PNL Tuberculose* | | |
| Coût de collecte et d’analyse | * *Production des registres, fiches et cartes des malades* * *Installation du DHIS2 TB Tracker* * *Acquisition des ordinateurs portables pour 280 CDT* * *Formation des acteurs* * *Mission de vérification des données* | | |
| **4. Modalités d’interprétation de l’indicateur** | | | |
| Limites et biais connus | * *Promptitude faible* * *Validation inactivée dans DHIS2* | | |
| Modalités d’interprétation | *L’indicateur concerne tous les malades tuberculeux ayant ayant été complètement guéris de tuberculose* | | |

|  |
| --- |
| **5. Commentaires***(le cas échéant)* |
| * Préciser les activités à réaliser afin d’assurer un renseignement fiable de l’indicateur (Description des activités prévues et les échéances) * *Produire les registres, les cartes et les fiches des malades* * *Former les acteurs sur l’utilisation du DHIS2* * *Doter les CDT en équipements et logiciels informatiques* * *Assurer la maintenance du parc informatique* * *Assurer la connexion continue de l’internet* * *Mener des supervisions de vérification des données et formatives* * *Tenir des ateliers d’évaluation des performances* * Modalités d’analyse : * *Utilisation de l’outil d’analyse des données de l’OMS qui trouve dans le DHIS2* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. Identification de l’indicateur Action 2 | | | |
| Indicateur : | *Couverture vaccinale au DTC Hep HibB 3 (*CV Penta 3) | | |
| Objectif | *Porter la couverture vaccinale au penta 3 de 84%* à *au moins 91%* | | |
| Action | *Prévention du Surveillance et réponse aux maladies à potentiel épidémique, aux zoonoses et évènements de santé publique* | | |
| **2. Description de l’indicateur** | | | |
| Nature précise des données à utiliser | *Données qualitatives :*  *CV Penta 3 = (nombre d’enfants vaccines /nombre d’enfants cibles attendus) x 100* | | |
| Unité de mesure | *Pourcentage (%)* | | |
| Mode de calcul | *CV Penta 3 = (**nombre d’enfants vaccines /nombre d’enfants cibles attendus) x 100 ;*   * + *Numérateur = nombre d’enfants ayant reçu la 3eme dose de penta au cours d’une année*   + *Dénominateur= nombre d’enfants cibles attendus au cours d’une année.*   + *Enfants cibles attendus = enfants de 0-11 mois = 3,8% x population annuelle totale du pays* | | |
| Périodicité de la mesure | *Annuelle* | | |
| Dernier résultat connu | Année : 2015 | | Valeur : 84,5% |
| Cible fixée à fin du Programme ou Action | Année : | 2024 | Valeur : 92% |
| Prévisions annuelles | Année : | 2022 | Valeur : 90% |
| Année : | 2023 | Valeur : 91% |
| Année : | 2024 | Valeur : 92% |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. Renseignement de l’indicateur (collecte et analyse des données)** | |
| Sources des données | * *Rapport d’activités du PEV 2015* |
| Mode de collecte des données | * *Rapports mensuels de la surveillance* |
| Services ou organismes responsables de la collecte des données | * *District de santé* |
| Vérification / Validation des données | * *Réunion mensuelle de coordination dans les districts de santé* |
| Service responsable de la synthèse des données | * *GTC-PEV ;* |
| Service interne ou structure externe responsable des analyses | * *Centre Pasteur du Cameroun (analyse les prélèvements de sang).* |
| Coût de collecte et d’analyse | * *5000 – 115 000 FCFA pour les transporteurs des échantillons.* |
| **4. Modalités d’interprétation de l’indicateur** | |
| Limites et biais connus | * *Moins de biais car les prélèvements sont analysés au Centre Pasteur du Cameroun qui subit régulièrement des contrôles de qualité.* |
| Modalités d’interprétation | * *Une épidémie de rougeole équivaut à 5 cas suspects selon la définition des cas, ou 3 cas confirmés au laboratoire.* |
| **5. Commentaires (le cas échéant)** | |
| * Préciser les activités à réaliser afin d’assurer un renseignement fiable de l’indicateur (Description des activités prévues et les échéances) * *Informer et préparer les sources de données* * *Élaboration des outils (conception et test)* * *Conception des supports de documentation des données ;* * *Information des acteurs de collecte* * *Formation éventuelle des acteurs de collecte.* * Préparer modalités d’analyse : * *Description des analyses à faire sur la base des besoins en information des décideurs* | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. Identification de l’indicateur Action 3 | | | |
| Indicateur | Taux de transmission du VIH de la mère à l’enfant à 6 semaines est inférieur à 5% | | |
| Objectif | Réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant | | |
| Action | Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant | | |
| **2. Description de l’indicateur** | | | |
| Nature précise des données à utiliser | **Type de donnée :** Taux de réalisation technique (%), **donnée quantitative**  **Numérateur** : Nombre d’enfant positif à la PCR  **Dénominateur**: Nombre d’enfants exposés ayant réalisé le test de PCR | | |
| Unité de mesure | Pourcentage% | | |
| Mode de calcul | Ration : Numérateur/dénominateur\*100 | | |
| Périodicité de la mesure | Annuel | | |
| Dernier résultat connu | Année : | 2020 | Valeur :4,08% |
| Cible fixée à fin du Programme ou Action | Année : | 2024 | Valeur : moins de 2% |
| Prévisions annuelles | Année : | 2022 | Valeur : moins de 3% |
| Année : | 2023 | Valeur : moins de 2,5% |
| Année : | 2024 | Valeur : moins de 2% |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. Renseignement de l’indicateur (collecte et analyse des données)** | |
| Sources des données | Rapport annuel du CNLS 2020 |
| Mode de collecte des données | Les données sont collectées à partir des registres des Consultations prénatales (CPN) mis à disposition dans les services de CPN et intégrer progressivement dans le DHIS 2. Des validations de données sont réalisées trimestriellement du niveau régional au niveau central. |
| Services ou organismes responsables de la collecte des données | Les structures chargées de la collecte, de la production et du contrôle de la qualité des données sont le Comité National de Lutte contre le SIDA (CNLS) et la Cellule d’Information Sanitaire (CIS) |
| Vérification / Validation des données | Des sessions de travail trimestrielles sur les données sont réalisées au niveaux régional et centralpour vérifier et de validation des données collectées |
| Service responsable de la synthèse des données | La Cellule d’Information Sanitaire est responsable de la centralisation des données à l’échelle du programme ou de l’action ; |
| Service interne ou structure externe responsable des analyses | le Comité National de Lutte contre le SIDA (CNLS) est chargé de faire les analyses (regroupements, recoupements / croisements, comparaisons) selon les besoins. |
| Coût de collecte et d’analyse | * *75 millions* |
| **4. Modalités d’interprétation de l’indicateur** | |
| Limites et biais connus | Les limites sont liées à la diminution des ressources allouées aux validations des données qui limite le temps consacré à la mise en œuvre de ces validations et diminue la qualité de l’activité |
| Modalités d’interprétation | L’indicateur n’est pas composite et traduit le résultat des efforts liés à la prévention de la transmission du VIH de la mère à l’enfant à 6 semaines. Il traduit le pourcentage de réussite de l’action |

|  |
| --- |
| **5. Commentaires (le cas échéant)** |
| * Préciser les activités à réaliser afin d’assurer un renseignement fiable de l’indicateur (Description des activités prévues et les échéances) * Elaboration et production des outils (registres CPN) * Missions de d’évaluation de la qualité des données * Ateliers de validation des données * Formation des agents chargés du remplissage des registres * Préparer modalités d’analyse : * *Description des analyses à faire sur la base des besoins en information des décideurs* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Identification de l’indicateur de l’Action 4 | | | |
| Indicateur | *Incidence du cancer de col de l’utérus* | | |
| Objectif | *D’ici 2030, réduire d’au moins 10% l’incidence/prévalence des principales maladies non-transmissibles* | | |
| Action | *Prévention des maladies non transmissibles* | | |
| **2. Description de l’indicateur** | | | |
| Nature précise des données à utiliser | *Quantitatives* | | |
| Unité de mesure | *Pourcentage* | | |
| Mode de calcul | * *Nombre de nouveau cas pré-invasif sur nombre des femmes examinés pendant les campagnes de dépistages.* | | |
| Périodicité de la mesure | *Annuelle* | | |
| Dernier résultat connu | Année : | 2020 | Valeur : 22,6% |
| Cible fixée à fin du Programme ou Action | Année : | 2024 | Valeur : 18% |
| Prévisions annuelles | Année : | 2022 | Valeur : 20% |
| Année : | 2023 | Valeur : 19% |
| Année : | 2024 | Valeur : 18% |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. Renseignement de l’indicateur (collecte et analyse des données)** | |
| Sources des données | * *Rapport des campagnes* * *Rapport mission médical de Patcha foundation/CBCHS/CNLCa, 2014 à Dschang et Bamenda* * *Rapport de WeCARE 2014 aux campagnes des dépistages fait à Kumba et Douala* |
| Mode de collecte des données | * *Enregistrement des données pendant les dépistages* |
| Services ou organismes responsables de la collecte des données | * *CNLCancer et partenaires* |
| Vérification / Validation des données | * *CNL Cancer et partenaires* |
| Service responsable de la synthèse des données | * *CNLCancer et partenaires* |
| Service interne ou structure externe responsable des analyses | *CNL Cancer* |
| Coût de collecte et d’analyse |  |
| **4. Modalités d’interprétation de l’indicateur** | |
| Limites et biais connus | * *Maladie très chère à dépister et à traiter* * *Maladie de fatalité pour pluparts de gens.* |
| Modalités d’interprétation | * *Le cancer du col de l’utérus est simple à diagnostiquées.* * *C’est un cancer des femmes et de la masse* |
|  |  |
| **5. Commentaires (le cas échéant)** | |
| * *Les activités* * *Multiplication des campagnes* * *Beaucoup de sensibilisation et communication* * *Formation des personnels.* * Préparer modalités d’analyse : * *Mesures* * *Augmentation du budget du CNLCa* * *Réactiver le registre de cancer d’Ydé et Dla* * *Création des registres dans d’autres régions du Cameroun* | |

# **Annexe2 : Promotion de la Sante et Nutrition**

## Indicateur N°1 du programme 528

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. Identification de l’indicateur** | | | |
| Indicateur | Proportion des DS mettant en œuvre l’ATPC | | |
| Objectif | Amener la population à adopter les comportements sains et favorables à la santé | | |
| Programme | *Promotion de la Santé* | | |
| **2. Description de l’indicateur** | | | |
| Nature précise des données à utiliser | * *données quantitatives issues des enquêtes (DHIS2, ECAM, MICS, EDS et ATPC)* * *numérateur : Nombre de districts qui mettent en œuvre l’ATPC (N2)* * *dénominateur : Nombre total de districts de santé (N1)* | | |
| Unité de mesure | *%* | | |
| Mode de calcul | * *(N2/N1) x 100* | | |
| Périodicité de la mesure | *Annuel* | | |
| Dernier résultat connu | Année : | 2020 | Valeur : 43% |
| Cible fixée à fin du Programme ou Action | Année : | 2030 | Valeur : 100% |
| Prévisions annuelles | Année : | 2022 | Valeur : 65% |
| Année : | 2024 | Valeur : 70% |
| Année : | 2027 | Valeur 80% |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. Renseignement de l’indicateur (collecte et analyse des données)** | |
| Sources des données | * *SDHA/DPS* * *CIS* * *DRSP* |
| Mode de collecte des données | * *Rapport de supervision des points focaux régionaux ATPC* * *Nombre de districts mettant en œuvre ATPC/ Nombre total de districts x 100.* |
| Services ou organismes responsables de la collecte des données | * *SDHA/DPS* * *CIS* |
| Vérification / Validation des données | * *Rapport de supervision de la SDHA/DPS* |
| Service responsable de la synthèse des données | * *SDHA/DPS* |
| Service interne ou structure externe responsable des analyses | * *DPS* * *CIS* |
| Coût de collecte et d’analyse | 5 000 000 FCFA |
| **4. Modalités d’interprétation de l’indicateur** | |
| Limites et biais connus | * *Mauvaise qualité des rapports de supervision* |
| Modalités d’interprétation |  |

|  |
| --- |
| **5. Commentaires (le cas échéant)** |
| * Préciser les activités à réaliser afin d’assurer un renseignement fiable de l’indicateur (Description des activités prévues et les échéances) |

## Indicateur N°2 du programme 528

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. Identification de l’indicateur** | | | |
| Indicateur | Taux de malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans | | |
| Objectif | *Amener la population à adopter des comportements favorables à la santé* | | |
| Programme | *Promotion de la Santé* | | |
| **2. Description de l’indicateur** | | | |
| Nature précise des données à utiliser | * *Les données collectées sont relative à l’anthropométrie : poids pour talle, poids pour âge et taille pour âge. Ces indicateurs de malnutrition sont déterminés par les tables de Z-score (on a besoin pour cela de mesurer la taille, le poids, et la détermination de l’âge de l’enfant)* * *Pour le taux de malnutrition aigüe globale c’est le poids par rapport à la taille qui est utilisée* * *Taux = nombre d’enfants de moins de 5 ans dont le poids par rapport à la taille est inférieur à -2Zscore/ nombre total d’enfants de moins de 5ans* * *Les données qualitatives sont celles demandées à la mère ou au gardien de l’enfant par rapport à son alimentation : allaitement maternel, alimentation de complément* | | |
| Unité de mesure | *%* | | |
| Mode de calcul | * *Taux = nombre d’enfants de moins de 5 ans dont le poids par rapport à la taille est inférieur à -2Zscore/ nombre total d’enfants de moins de 5ans* | | |
| Périodicité de la mesure | *Fréquence de mesure de l’indicateur annuel* | | |
| Dernier résultat connu | Année : | 2020 | Valeur : 29% |
| Cible fixée à fin du Programme ou Action | Année : | 2030 | Valeur : 22 % |
| Prévisions annuelles | Année : | 2022 | Valeur : 28 % |
| Année : | 2024 | Valeur : 26% |
| Année : | 2027 | Valeur : 24% |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. Renseignement de l’indicateur (collecte et analyse des données)** | |
| Sources des données | * *MINSANTE/DPS/SDAN- UNICEF* |
| Mode de collecte des données | * *Enquête SMART* * *Les données du programme sont collectées et consignées dans le rapport mensuel d’activités (nombre d’enfants admis dans le programme, nombre de sorties, etc…)* * *La méthodologie standardisée pour les enquêtes SMART dans les communautés sélectionnées au hasard (enquêtes par grappes)* |
| Services ou organismes responsables de la collecte des données | * *Comité de pilotage de l’enquête SMART* * *Bureau du suivi et évaluation des activités nutritionnelles /SDIN/SDAN* |
| Vérification / Validation des données | * *Double saisie des données et contrôle sur ENA SMART* * *Comité de consolidation des données nutritionnelles SDIN/SDAN* |
| Service responsable de la synthèse des données | * *Service de la Diététique et des Interventions Nutritionnelles (SDIN)* |
| Service interne ou structure externe responsable des analyses | * *Institut National de la Statistique* |
| Coût de collecte et d’analyse | *25.000.000 FCFA chaque année pour l’enquête SMART* |
| **4. Modalités d’interprétation de l’indicateur** | |
| Limites et biais connus | * *L’analyse des résultats peut être biaisée en fonction de la période de l’année où l’enquête est réalisée (période de soudure ou non)* * *Limité de la représentativité des résultats dans toutes les régions* |
| Modalités d’interprétation | * *Préciser la signification, les modalités de lecture et de compréhension de l’indicateur.* * *Préciser les aspects connexes à prendre en compte dans l’interprétation* |

|  |
| --- |
| **5. Commentaires (le cas échéant)** |
| * Elaborer le protocole de la SMART * Tenue des réunions du comité de pilotage * Formation des enquêteurs et des superviseurs * Enquête pilote hors de la zone de collecte des données * Collecte des données par grappes * Saisie et analyse des données (double saisie) * *Informer et préparer les sources de données* * *Élaboration des outils (conception et test) les questionnaires et tous les outils de collecte sont élaborés et testés selon les procédures d’ENA, les enquêteurs sont formés à la collecte des données selon le protocole de la SMART avec une standardisation entre les différents mesureurs* * *L’analyse des données est faite sur ENA* * *Description des analyses à faire sur la base des besoins en information des décideurs* |

## Opérationnalisation de l’indicateur de l’action 1

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. Identification de l’indicateur** | | | |
| Indicateur | Pourcentage des personnels de santé non spécialistes formés à la promotion de la santé mentale et disponible dans les Districts | | |
| Objectif | Développer les aptitudes favorables à la santé des individus et des communautés | | |
| Action | Renforcement des comportements favorables à la santé | | |
| **2. Description de l’indicateur** | | | |
| Nature précise des données à utiliser | * *qualitative* | | |
| Unité de mesure | *%* | | |
| Mode de calcul | * *Numérateur : Nombre de districts disposant de personnels de santé spécialistes formés à la promotion de la santé mentale* * *Dénominateur : Nombre total des districts* | | |
| Périodicité de la mesure | *annuel* | | |
| Dernier résultat connu | Année : | 2013 | Valeur : 23% |
| Cible fixée à fin du Programme ou Action | Année : | 2030 | Valeur : 100% |
| Prévisions annuelles | Année : | 2022 | Valeur : 38% |
| Année : | 2024 | Valeur : 58% |
| Année : | 2027 | Valeur : 78% |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. Renseignement de l’indicateur (collecte et analyse des données)** | |
| Sources des données | * *Rapports de formation des Districts et rapport de mission des supervisions* |
| Mode de collecte des données | * *Les données des formations sont collectées et consignées dans le rapport mensuel d’activités (nombre personnes formés etc…) après formation ;* * *Les descentes de supervision sont faites pour vérifier la formation et la présence effective aux postes des personnels formés* |
| Services ou organismes responsables de la collecte des données | * *Sous-direction de la santé mentale* |
| Vérification / Validation des données |  |
| Service responsable de la synthèse des données | * *Sous-direction de la santé mentale* |
| Service interne ou structure externe responsable des analyses | * *Sous-direction de la santé mentale* |
| Coût de collecte et d’analyse |  |
| **4. Modalités d’interprétation de l’indicateur** | |
| Limites et biais connus | * *Faible fiabilité des données comme dans toute enquête ;* |
| Modalités d’interprétation |  |

|  |
| --- |
| **5. Commentaires (le cas échéant)** |
|  |

**Opérationnalisation des 02 indicateurs de l’action 2**

## Indicateur N°1 de l’action 2

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. Identification de l’indicateur** | | | |
| Indicateur | Prévalence des grossesses chez les adolescents | | |
| Objectif | D’ici 2030 amener 75% de familles à adopter des pratiques familiales essentielles notamment la planification familiale | | |
| Action | Renforcement de la planification familiale et promotion de la santé de l’adolescent | | |
| **2. Description de l’indicateur** | | | |
| Nature précise des données à utiliser | * *Données quantitatives* * *Numérateur :*  1. *Nombre de grossesses en général au Cameroun* 2. *Nombre de grossesses en milieu scolaire* 3. *Nombre de grossesses par région*  * *Dénominateur :*  1. *Effectif de 10-19 ans au Cameroun* 2. *Effectif de 10-19 ans en milieu scolaire*  * *Effectif de 10-19 ans par région* | | |
| Unité de mesure | *Proportion* | | |
| Mode de calcul | * *Nombre de grossesses en général au Cameroun/ Effectif de 10-19 ans au Cameroun* * *Nombre de grossesses en milieu scolaire/ Effectif de 10-19 ans en milieu scolaire* * *Nombre de grossesses par région/ Effectif de 10-19 ans par région* | | |
| Périodicité de la mesure | *Annuel* | | |
| Dernier résultat connu | Année : | 2020 | Valeur : 23% |
| Cible fixée à fin du Programme ou Action | Année : | 2030 | Valeur : 21% |
| Prévisions annuelles | Année : | 2024 | Valeur : 19% |
| Année : | 2027 | Valeur : 17% |
| Année : | 2030 | Valeur : 15% |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. Renseignement de l’indicateur (collecte et analyse des données)** | |
| Sources des données | * *Rapport mensuel d’activité* |
| Mode de collecte des données | * *Collecte mensuelle et rapport annuel* |
| Services ou organismes responsables de la collecte des données | * *Préciser les formations sanitaires* |
| Vérification / Validation des données |  |
| Service responsable de la synthèse des données | * *Service de santé de reproduction des adolescents/DSF* |
| Service interne ou structure externe responsable des analyses | * *DRSP/DSF* |
| Coût de collecte et d’analyse | * *renions trimestrielles de coordination par niveau (1000000/réunion/région) 40000000* |
| **4. Modalités d’interprétation de l’indicateur** | |
| Limites et biais connus | * *faible complétude des données* * *Données manquantes sur les adolescentes qui ne consultent pas le service* |
| Modalités d’interprétation | * *pourcentage des adolescentes enceintes signifie une faible couverture en services de SRA.* |

|  |
| --- |
| **5. Commentaires (le cas échéant)** |
| La performance est tributaire de la mise à disposition des services adaptés pour les adolescents et jeunes sur tout l’ensemble du territoire et la disponibilité de la planification familiale à tous les niveaux   * -Un système d’information sanitaire performant est nécessaire pour la remontée des données |

## Indicateur N°2 de l’action 2

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. Identification de l’indicateur** | | | |
| Indicateur | 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 | | |
| Objectif | D’ici 2030 amener 75% de familles à adopter des pratiques familiales essentielles notamment la planification familiale | | |
| Action | Renforcement de la planification familiale et promotion de la santé de l’adolescent | | |
| **2. Description de l’indicateur** | | | |
| Nature précise des données à utiliser | * *données quantitatives* * *numérateur : Nombre de femmes qui utilisent au moins une méthode contraceptive (F2) ;* * *dénominateur : Nombre de femmes en âge de procréer (F1).* | | |
| Unité de mesure | *%* | | |
| Mode de calcul | * *(F2/F1) x 100* | | |
| Périodicité de la mesure | *Annuelle* | | |
| Dernier résultat connu | Année : | 2020 | Valeur : 30% |
| Cible fixée à fin du Programme ou Action | Année : | 2030 | Valeur : 100% |
| Prévisions annuelles | Année : | 2022 | Valeur : 35% |
| Année : | 2024 | Valeur : 50% |
| Année : | 2027 | Valeur : 80% |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. Renseignement de l’indicateur (collecte et analyse des données)** | |
| Sources des données | * *Rapport enquête INS (MICS, EDS)* * *Rapport annuel DSF* |
| Mode de collecte des données | * *Enquête auprès des femmes en âge de procréer* |
| Services ou organismes responsables de la collecte des données | * *DSF/INS* |
| Vérification / Validation des données | *Ateliers de validation* |
| Service responsable de la synthèse des données | * *DSF* |
| Service interne ou structure externe responsable des analyses | * *DSF* * *INS* |
| Coût de collecte et d’analyse | * *La ressource humaine, matérielle et financière (25 Millions FCFA) chaque année pour toutes les 10 Régions* * *Montants et périodicité :(25 Millions FCFA) chaque année* |
| **4. Modalités d’interprétation de l’indicateur** | |
| Limites et biais connus | * *Faible fiabilité des données comme dans toute enquête ;* * *Nombre à la base (2015) inconnu* |
| Modalités d’interprétation | * *faible prévalence indique une offre insuffisante des services de la santé sexuelle et reproductive de qualité* * *Risque important de mortalité maternelle liée aux grossesses non désirées et avortements à risque* * *tenir compte des besoins non satisfaits, de la disponibilité des contraceptifs à un cout abordable et des ressources humaines formées.* |

|  |
| --- |
| **5. Commentaires (le cas échéant)** |
| * *Données du DHIS2 sur les fiches d’examens des femmes en âge de procréer* * *La mesure de ces paramètres dans les services de PF;* * *Test de grossesse* |

## Opérationnalisation de l’indicateur de l’action 3

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. Identification de l’indicateur** | | | |
| Indicateur | Nombre de districts ayant atteint la Fin de la Défécation à l’air Libre(FDAL) | | |
| Objectif | Contribuer à l’amélioration du cadre de vie des populations  en veillant au respect des normes minimales d’hygiène et salubrité dans les zones rurales et urbaines | | |
| Action | Amélioration du milieu de vie des populations | | |
| **2. Description de l’indicateur** | | | |
| Nature précise des données à utiliser | * *Données quantitatives % DS* * *Numérateur : Nombre de DS* ayant atteint la Fin de la Défécation à l’air Libre(FDAL) | | |
| Unité de mesure | *Nombre* | | |
| Mode de calcul | *Nombre de DS* ayant atteint la Fin de la Défécation à l’air Libre(FDAL) | | |
| Périodicité de la mesure | *Annuelle* | | |
| Dernier résultat connu | Année : | 2020 | Valeur : 29 |
| Cible fixée à fin du Programme ou Action | Année : | 2030 | Valeur : 197 |
| Prévisions annuelles | Année : | 2022 | Valeur : 50 |
| Année : | 2024 | Valeur : 100 |
| Année : | 2027 | Valeur : 150 |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. Renseignement de l’indicateur (collecte et analyse des données)** | |
| Sources des données | * *Rapports des points focaux ATPC des Délégations Régionales* * *Rapports de supervision de la SDHA* |
| Mode de collecte des données | * *exploitation des rapports des rapports des points focaux et descentes sur le terrain des superviseurs centraux* |
| Services ou organismes responsables de la collecte des données | * *les points focaux régionaux* |
| Vérification / Validation des données | *missions de Supervision et d’évaluation Centrale* |
| Service responsable de la synthèse des données | * *Sous-Direction de l’Hygiène et de l’assainissement* |
| Service interne ou structure externe responsable des analyses | * *DPS* |
| Coût de collecte et d’analyse | * *5 000 000 CFA* |
| **4. Modalités d’interprétation de l’indicateur** | |
| Limites et biais connus | * *Mauvaise qualité des rapports de mission de supervision* |
| Modalités d’interprétation | * *RAS* |

|  |
| --- |
| **5. Commentaires (le cas échéant)** |
| * *Rapport d’évaluation et suggestions à l’endroit des décideurs* * *Restitution de l’activité* |

## Opérationnalisation de l’indicateur de l’action 4

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. Identification de l’indicateur** | | | |
| Indicateur | Proportion de districts de santé disposant d’un Comité de Santé du District (COSADI) fonctionnel | | |
| Objectif | D’ici 2030, renforcer les capacités institutionnelles, la coordination et la participation de la communauté dans le domaine de la promotion de la santé dans 100% des DS | | |
| Action | Renforcement de la participation communautaire et institutionnelle | | |
| **2. Description de l’indicateur** | | | |
| Nature précise des données à utiliser | * *Données quantitatives* * *Numérateur : Nombre de COSADI fonctionnels* * *Dénominateur : Nombre total de Districts de santé* | | |
| Unité de mesure | *%* | | |
| Mode de calcul | *Nombre de COSADI fonctionnels / Nombre total de COSADIX100* | | |
| Périodicité de la mesure | *Annuelle* | | |
| Dernier résultat connu | Année : | 2020 | Valeur : 60% |
| Cible fixée à fin du Programme ou Action | Année : | 2030 | Valeur : 100% |
| Prévisions annuelles | Année : | 2022 | Valeur : 80% |
| Année : | 2024 | Valeur : 90% |
| Année : | 2027 | Valeur : 95% |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. Renseignement de l’indicateur (collecte et analyse des données)** | |
| Sources des données | * *District de santé, DRSP* |
| Mode de collecte des données | * *Rapport trimestrielle de réunion du COSADI,* * *PV de la session du COSADI,* * *Le Chef de DS envoie le rapport à la DRSP* |
| Services ou organismes responsables de la collecte des données | * *Préciser :* * *DS,* |
| Vérification / Validation des données | *Rapport de  mission de suivi et de supervision* |
| Service responsable de la synthèse des données | * *Service de la mobilisation sociale* |
| Service interne ou structure externe responsable des analyses | * *DPS Désigner le service ou la structure qui sera chargé de faire les analyses (regroupements, recoupements / croisements, comparaisons) selon les besoins.* |
| Coût de collecte et d’analyse | * *Conception et mise en place des fiches de collecte/ réunions de synthèse et de vérification* * *25 000 000 francs* * *Trimestrielle* |
| **4. Modalités d’interprétation de l’indicateur** | |
| Limites et biais connus | * *Mauvaise supervision* |
| Modalités d’interprétation | * *Appréciation du rôle attribué au COSADI dans la gestion des problèmes de santé dans la communauté* |

|  |
| --- |
| **5. Commentaires (le cas échéant)** |
| * Pré-évaluation de l’état de fonctionnalité des COSADI est préalable à l’effet de dégager les faiblesses et apporter des actions correctrices. * La collecte va se faire dans le circuit habituel. |

**Opérationnalisation des 02 indicateurs de l’action 5**

## Indicateur N°1 de l’action 5

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. Identification de l’indicateur** | | | |
| Indicateur | Taux de malnutrition aigüe global chez les enfants de moins de 5 ans | | |
| Objectif | D’ici 2030, réduire de 50% l’exposition des populations aux maladies dues à la mauvaise alimentation | | |
| Action | Promotion des bonnes habitudes alimentaires et nutritionnelles | | |
| **2. Description de l’indicateur** | | | |
| Nature précise des données à utiliser |  | | |
| Unité de mesure | *Proportion* | | |
| Mode de calcul | *Numérateur : Nombre* enfants de moins de 5 ans souffrants de malnutrition aigüe global (sévère et modéré)  *Dénominateur : Nombre* enfants de moins de 5 ans de la population | | |
| Périodicité de la mesure | *Annuelle* | | |
| Dernier résultat connu | Année : | 2020 | Valeur : 5,5% |
| Cible fixée à fin du Programme ou Action | Année : | 2030 | Valeur : -5% |
| Prévisions annuelles | Année : | 2022 | Valeur : -5% |
| Année : | 2024 | Valeur : -5% |
| Année : | 2027 | Valeur : -5% |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. Renseignement de l’indicateur (collecte et analyse des données)** | |
| Sources des données | * *Régions* |
| Mode de collecte des données | * *Enquête Smart* |
| Services ou organismes responsables de la collecte des données | *SDAN* |
| Vérification / Validation des données |  |
| Service responsable de la synthèse des données | *SDAN* |
| Service interne ou structure externe responsable des analyses |  |
| Coût de collecte et d’analyse |  |
| **4. Modalités d’interprétation de l’indicateur** | |
| Limites et biais connus |  |
| Modalités d’interprétation |  |

|  |
| --- |
| **5. Commentaires (le cas échéant)** |
|  |

## Indicateur N°2 de l’action 5

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. Identification de l’indicateur** | | | |
| Indicateur | Pourcentage des nouveaux nés de faible poids à la naissance | | |
| Objectif |  | | |
| Action | Promotion des bonnes habitudes alimentaires et nutritionnelles | | |
| **2. Description de l’indicateur** | | | |
| Nature précise des données à utiliser |  | | |
| Unité de mesure | *Proportion* | | |
| Mode de calcul |  | | |
| Périodicité de la mesure | *Annuelle* | | |
| Dernier résultat connu | Année : | 2020 | Valeur : % |
| Cible fixée à fin du Programme ou Action | Année : | 2030 | Valeur : % |
| Prévisions annuelles | Année : | 2022 | Valeur : % |
| Année : | 2024 | Valeur : % |
| Année : | 2027 | Valeur : % |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. Renseignement de l’indicateur (collecte et analyse des données)** | |
| Sources des données |  |
| Mode de collecte des données |  |
| Services ou organismes responsables de la collecte des données |  |
| Vérification / Validation des données |  |
| Service responsable de la synthèse des données |  |
| Service interne ou structure externe responsable des analyses |  |
| Coût de collecte et d’analyse |  |
| **4. Modalités d’interprétation de l’indicateur** | |
| Limites et biais connus |  |
| Modalités d’interprétation |  |

|  |
| --- |
| **5. Commentaires (le cas échéant)** |
|  |

# **Annexe 3 Prise en charge des cas**

## FICHE Des indicateurs du Programme

## Indicateur 1 du programme

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. Identification de l’indicateur** | | | |
| Indicateur | Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié | | |
| Objectif | **Améliorer le taux d’accouchement assisté par un personnel qualifié** | | |
| Programme ou Action | *Programme Prise en charge des cas* | | |
| **2. Description de l’indicateur** | | | |
| Nature précise des données à utiliser | *Quelles sont les informations à collecter ?*   * *Les données à fournir sont* ***quantitatives*** * *Pour les données quantitatives, distinguer le numérateur :* ***nombre d’accouchement réalisé par un personnel qualifié et le dénominateur : Nombre d’accouchements enregistrés dans la FOSA*** | | |
| Unité de mesure | *%* | | |
| Mode de calcul | * *Façon dont est calculé ou agrégé l’indicateur* * *Si nécessaire, fournir un exemple de calcul.*   ***Nombre d’accouchement réalisé par un personnel qualifié / Nombre d’accouchements enregistrés dans la FOSA*** | | |
| Périodicité de la mesure | *annuel* | | |
| Dernier résultat connu | Année : | 2020 | Valeur : 5,3 |
| Cible fixée à fin du Programme ou Action | Année : | 2030 | Valeur : 95 |
| Prévisions annuelles | Année : | 2022 | Valeur : 88 |
| Année : | 2023 | Valeur : 89 |
| Année : | 2024 | Valeur : 90 |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. Renseignement de l’indicateur (collecte et analyse des données)** | |
| Sources des données | * *Préciser la provenance des données (par exemple les structures administratives qui disposent de ces données) :* ***Registres, RMA, Dhis2*** |
| Mode de collecte des données | * *Préciser les modalités de collecte / d’enregistrement des données (notamment la périodicité…)* * *Décrire sommairement la procédure de collecte :* ***Les données sont enregistrées dans les registres, reportées dans les RMA et paramétrées dans le Dhis2*** |
| Services ou organismes responsables de la collecte des données | * *Préciser :* * *le(s) service(s) responsables de la production des données* * *ou l’organisme extérieur chargé de la collecte des données*   ***Service santé maternelle, service santé de l’enfant***   * *le responsable du contrôle de la qualité des données collectées ; la CIS* |
| Vérification / Validation des données | * *Mode de vérification et de validation des données collectées* |
| Service responsable de la synthèse des données | * *Nom du service responsable de la centralisation des données à l’échelle du programme ou de l’action ;* |
| Service interne ou structure externe responsable des analyses | * *Désigner le service ou la structure qui sera chargé de faire les analyses (regroupements, recoupements / croisements, comparaisons) selon les besoins.* |
| Coût de collecte et d’analyse | * *Estimer les moyens à mobiliser pour la collecte et l’analyse et déterminer, si possible, leurs coûts* * *Montants et périodicité* |
| **4. Modalités d’interprétation de l’indicateur** | |
| Limites et biais connus | * *Préciser les limites et biais connus des méthodes et outils de collecte et d’analyse.* |
| Modalités d’interprétation | * *Préciser la signification, les modalités de lecture et de compréhension de l’indicateur.* * *Préciser les aspects connexes à prendre en compte dans l’interprétation* |

|  |
| --- |
| **5. Commentaires (le cas échéant)** |
| * Préciser les activités à réaliser afin d’assurer un renseignement fiable de l’indicateur (Description des activités prévues et les échéances) * *Informer et préparer les sources de données* * *Élaboration des outils (conception et test)* * *Conception des supports de documentation des données ;* * *Information des acteurs de collecte* * *Formation éventuelle des acteurs de collecte.* * Préparer modalités d’analyse : * *Description des analyses à faire sur la base des besoins en information des décideurs* |

## FICHE. Des indicateurs du Programme

## Indicateur 2 du programme

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. Identification de l’indicateur** | | | |
| Indicateur | Pourcentage des PVVIH mis sous traitement | | |
| Objectif | ***Accroitre*** **le nombre de personne diagnostiqué et mis sous traitement** | | |
| Programme ou Action | *Programme Prise en charge des cas* | | |
| **2. Description de l’indicateur** | | | |
| Nature précise des données à utiliser | *Quelles sont les informations à collecter ?*   * *Les données à fournir sont* ***quantitatives*** * *Pour les données quantitatives, distinguer le numérateur :* ***nombre patients diagnostiqués positif au VIH et mis sous traitement et le dénominateur : Nombre patients diagnostiqués positif au VIH*** | | |
| Unité de mesure | *%* | | |
| Mode de calcul | * *Façon dont est calculé ou agrégé l’indicateur* * *Si nécessaire, fournir un exemple de calcul.*   ***Nombre d’accouchement réalisé par un personnel qualifié / Nombre d’accouchements enregistrés dans la FOSA*** | | |
| Périodicité de la mesure | *annuel* | | |
| Dernier résultat connu | Année : | 2020 | Valeur : 5,3 |
| Cible fixée à fin du Programme ou Action | Année : | 2030 | Valeur : 90 |
| Prévisions annuelles | Année : | 2022 | Valeur : 86,6 |
| Année : | 2023 | Valeur : 86,8 |
| Année : | 2024 | Valeur : 87 |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. Renseignement de l’indicateur (collecte et analyse des données)** | |
| Sources des données | * *Préciser la provenance des données (par exemple les structures administratives qui disposent de ces données) :* ***Registres, RMA, Dhis2*** |
| Mode de collecte des données | * *Préciser les modalités de collecte / d’enregistrement des données (notamment la périodicité…)* * *Décrire sommairement la procédure de collecte :* ***Les données sont enregistrées dans les registres, reportées dans les RMA et paramétrées dans le Dhis2*** |
| Services ou organismes responsables de la collecte des données | * *Préciser :* * *le(s) service(s) responsables de la production des données* * *ou l’organisme extérieur chargé de la collecte des données*   ***Service santé maternelle, service santé de l’enfant***   * *le responsable du contrôle de la qualité des données collectées ; la CIS* |
| Vérification / Validation des données | * *Mode de vérification et de validation des données collectées* |
| Service responsable de la synthèse des données | * *Nom du service responsable de la centralisation des données à l’échelle du programme ou de l’action ;* |
| Service interne ou structure externe responsable des analyses | * *Désigner le service ou la structure qui sera chargé de faire les analyses (regroupements, recoupements / croisements, comparaisons) selon les besoins.* |
| Coût de collecte et d’analyse | * *Estimer les moyens à mobiliser pour la collecte et l’analyse et déterminer, si possible, leurs coûts* * *Montants et périodicité* |
| **4. Modalités d’interprétation de l’indicateur** | |
| Limites et biais connus | * *Préciser les limites et biais connus des méthodes et outils de collecte et d’analyse.* |
| Modalités d’interprétation | * *Préciser la signification, les modalités de lecture et de compréhension de l’indicateur.* * *Préciser les aspects connexes à prendre en compte dans l’interprétation* |

|  |
| --- |
| **5. Commentaires (le cas échéant)** |
| * Préciser les activités à réaliser afin d’assurer un renseignement fiable de l’indicateur (Description des activités prévues et les échéances) * *Informer et préparer les sources de données* * *Élaboration des outils (conception et test)* * *Conception des supports de documentation des données ;* * *Information des acteurs de collecte* * *Formation éventuelle des acteurs de collecte.* * Préparer modalités d’analyse : * *Description des analyses à faire sur la base des besoins en information des décideurs* |

## Fiche Action 1. Mise en œuvre des interventions curatives à haut impact chez la mère, le nouveau-né, l'enfant et l'adolescent

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. Identification de l’indicateur** | | | |
| Indicateur | Pourcentage des nouveaux né ayant reçu les soins post nataux dans les 48 heures | | |
| Objectif | **Améliorer la 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** | | |
| Programme ou Action | *Action 1 :* **Mise en œuvre des interventions curatives à haut impact chez la mère, le nouveau-né, l'enfant et l'adolescent** | | |
| **2. Description de l’indicateur** | | | |
| Nature précise des données à utiliser | *Quelles sont les informations à collecter ?*   * *Les données à fournir sont* ***quantitatives*** * *Pour les données quantitatives, distinguer le numérateur :* ***Nombre de nouveau-né ayant reçu les soins post nataux dans les 48 heures après l’accouchement et le dénominateur : Nombre d’accouchements enregistrés dans la FOSA*** | | |
| Unité de mesure | *%* | | |
| Mode de calcul | * *Façon dont est calculé ou agrégé l’indicateur* * *Si nécessaire, fournir un exemple de calcul.*   ***Nombre de nouveau-né ayant reçu les soins post nataux dans les 48 heures après l’accouchement / Nombre d’accouchements enregistrés dans la FOSA*** | | |
| Périodicité de la mesure | *annuel* | | |
| Dernier résultat connu | Année : | 2020 | Valeur : 5,3 |
| Cible fixée à fin du Programme ou Action | Année : | 2030 | Valeur : 90 |
| Prévisions annuelles | Année : | 2022 | Valeur : 77 |
| Année : | 2023 | Valeur : 78 |
| Année : | 2024 | Valeur : 79 |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. Renseignement de l’indicateur (collecte et analyse des données)** | |
| Sources des données | * *Préciser la provenance des données (par exemple les structures administratives qui disposent de ces données) :* ***Registres, RMA, Dhis2*** |
| Mode de collecte des données | * *Préciser les modalités de collecte / d’enregistrement des données (notamment la périodicité…)* * *Décrire sommairement la procédure de collecte :* ***Les données sont enregistrées dans les registres, reportées dans les RMA et paramétrées dans le Dhis2*** |
| Services ou organismes responsables de la collecte des données | * *Préciser :* * *le(s) service(s) responsables de la production des données* * *ou l’organisme extérieur chargé de la collecte des données*   ***Service santé maternelle, service santé de l’enfant***   * *le responsable du contrôle de la qualité des données collectées ; la CIS* |
| Vérification / Validation des données | * *Mode de vérification et de validation des données collectées* |
| Service responsable de la synthèse des données | * *Nom du service responsable de la centralisation des données à l’échelle du programme ou de l’action ;* |
| Service interne ou structure externe responsable des analyses | * *Désigner le service ou la structure qui sera chargé de faire les analyses (regroupements, recoupements / croisements, comparaisons) selon les besoins.* |
| Coût de collecte et d’analyse | * *Estimer les moyens à mobiliser pour la collecte et l’analyse et déterminer, si possible, leurs coûts* * *Montants et périodicité* |
| **4. Modalités d’interprétation de l’indicateur** | |
| Limites et biais connus | * *Préciser les limites et biais connus des méthodes et outils de collecte et d’analyse.* |
| Modalités d’interprétation | * *Préciser la signification, les modalités de lecture et de compréhension de l’indicateur.* * *Préciser les aspects connexes à prendre en compte dans l’interprétation* |

|  |
| --- |
| **5. Commentaires (le cas échéant)** |
| * Préciser les activités à réaliser afin d’assurer un renseignement fiable de l’indicateur (Description des activités prévues et les échéances) * *Informer et préparer les sources de données* * *Élaboration des outils (conception et test)* * *Conception des supports de documentation des données ;* * *Information des acteurs de collecte* * *Formation éventuelle des acteurs de collecte.* * Préparer modalités d’analyse : * *Description des analyses à faire sur la base des besoins en information des décideurs* |

## FICHE action 2. Prise en charge des urgences et des catastrophes

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. Identification de l’indicateur** | | | |
| Indicateur | Proportion des urgences de santé publique pour lesquelles le Système de gestion des Incidents a été activé | | |
| Objectif | Améliorer la prise en charge des urgences et catastrophes | | |
| Action 2 | *Prise en charge des urgences et des catastrophes* | | |
| **2. Description de l’indicateur** | | | |
| Nature précise des données à utiliser | *Quelles sont les informations à collecter ? Proposition d’activation avec identification d’un gestionnaire de l’incident, mise en place d’un organigramme, élaboration d’un plan d’action de l’incident…*  *Expliquer le type de données à fournir (données qualitatives données quantitatives)*  *données qualitatives : les rapports, les décisions les arrêtés…*  *données quantitatives : Le nombre de cas, le nombre de décès, nombre de personnes mobilisées*   * *Pour les données quantitatives, distinguer le numérateur et le dénominateur en cas de ratio*   *Nombre de SGI activé par incidence : Numérateur*  *Nombre total déclaré : Dénominateur* | | |
| Unité de mesure | *%,.* | | |
| Mode de calcul | * *Façon dont est calculé ou agrégé l’indicateur*   *Nombre de SGI activé par incidence /Nombre total déclaré*   * *Si nécessaire, fournir un exemple de calcul.* | | |
| Périodicité de la mesure | *Fréquence de mesure de l’indicateur (trimestriel semestriel annuel, …)* | | |
| Dernier résultat connu | Année : | 2020 | Valeur : 75% |
| Cible fixée à fin du Programme ou Action | Année : | 2030 | Valeur : 80% |
| Prévisions annuelles | Année : | 2022 | Valeur : 85% |
| Année : | 2024 | Valeur : 90% |
| Année : | 2030 | Valeur : 90% |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. Renseignement de l’indicateur (collecte et analyse des données)** | |
| Sources des données | * *La FOSA District* * *Drsp* * *DLMEP* |
| Mode de collecte des données | * *RMA et fiches de notification* * *Décrire sommairement la procédure de collecte* |
| Services ou organismes responsables de la collecte des données | * *Préciser :* * *Fosa* * *District* * *Drsp* * *DLMEP* |
| Vérification / Validation des données | * *DHIS2 , Autres bases de données électronique et papier* |
| Service responsable de la synthèse des données | * *CCOUSP* |
| Service interne ou structure externe responsable des analyses | * *SECTION PLANIFICATION /SDLEP* |
| Coût de collecte et d’analyse | * *Estimer les moyens à mobiliser pour la collecte et l’analyse et déterminer, si possible, leurs coûts* * *30 Millions/an* |
| **4. Modalités d’interprétation de l’indicateur** | |
| Limites et biais connus | *La qualité des données (complétude et promptitude exactitude) et personnels non qualifiées à l’analyse* |
| Modalités d’interprétation | *Utilisation des seuils (alerte et épidémique)* |

|  |
| --- |
| **5. Commentaires (le cas échéant)** |
| * Préciser les activités à réaliser afin d’assurer un renseignement fiable de l’indicateur (Description des activités prévues et les échéances) * *Informer et préparer les sources de données* * *Elaboration du plan multirisque* * *Elaboration des procédures pour l’activation* * *Élaboration des outils de sensibilisation (conception et test)* * *Exercices de simulation* * *Formations éventuelles.* * Préparer modalités d’analyse : * *Plan d’analyse* |

## FICHE action 3. Prise en charge du VIH /SIDA, Tuberculose, Hépatites virales et IST.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. Identification de l’indicateur** | | | |
| Indicateur | Taux de succès thérapeutique pour les TPB+ | | |
| Objectif | Améliorer le dispositif clinique de lutte contre le VIH/Sida la tuberculose et les hépatites | | |
| Programme ou Action | *PRISE EN CHARGE DES CAS* | | |
| **2. Description de l’indicateur** | | | |
| Nature précise des données à utiliser | *Quelles sont les informations à collecter ?*   * *Les données de routine concernant les TPB+ guéris et ayant terminés leur traitement* * *Dénominateur : nombre de cas enregistrés à N-1* * *Numérateur : nombre de (guéris + de traitements terminés)* | | |
| Unité de mesure | *%* | | |
| Mode de calcul | * *Taux de succès thérapeutique = nombre de (guéris + de traitements terminés) / nombre de (guéris + de traitements terminés)* | | |
| Périodicité de la mesure | *Fréquence de mesure de l’indicateur (annuel, …)* | | |
| Dernier résultat connu | Année : 2020 |  | Valeur : 87% |
| Cible fixée à fin du Programme ou Action | Année : 2022 |  | Valeur : 88% |
| Prévisions annuelles | Année : | 2024 | Valeur : 88% |
| Année : 2027 |  | Valeur : 90% |
| Année : | 2030 | Valeur : 90% |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. Renseignement de l’indicateur (collecte et analyse des données)** | |
| Sources des données | * *Centre de diagnostic et des traitements (CDT) DES FOSA* |
| Mode de collecte des données | * *Quotidienne / trimestriel* * *A partir des registres de laboratoire et de TB ; on fait les rapports trimestriels de dépistage et des résultats de traitements ; puis transmission au Groupe technique Régional pour analyse et compilation avant transmission au Groupe technique Central pour analyse et synthèse nationale* |
| Services ou organismes responsables de la collecte des données | * *Préciser :* * *Les CDT/FOSA* * *GTR/DISTRICT/DRSP* * *Chef section SE/GTC-TB* |
| Vérification / Validation des données | * *REUNION D’EVALUATION DES DONNEES* |
| Service responsable de la synthèse des données | * *Le chef Bureau Suivi-Evaluation* |
| Service interne ou structure externe responsable des analyses | * *Le service de lutte contre la TB* |
| Coût de collecte et d’analyse | * *Une desktop ; une connexion internet ; du papier A4* * *10 millions FCFA* |
| **4. Modalités d’interprétation de l’indicateur** | |
| Limites et biais connus | * *Préciser les limites et biais connus des méthodes et outils de collecte et d’analyse.* |
| Modalités d’interprétation | * *L’indicateur prend en compte les cohortes enregistrées une année avant* * *Les disponibilités des intrants (crahoirs ; lames ; anse de platine ; outils de diagnostcis et anti tuberculeux)* |

|  |
| --- |
| **5. Commentaires (le cas échéant)** |
| * Préciser les activités à réaliser afin d’assurer un renseignement fiable de l’indicateur (Description des activités prévues et les échéances) * *Informer et préparer les sources de données* * *Élaboration des outils (conception et test)* * *Conception des supports de documentation des données ;* * *Information des acteurs de collecte* * *Formation éventuelle des acteurs de collecte.* * Préparer modalités d’analyse : * *Description des analyses à faire sur la base des besoins en information des décideurs* |

## FICHE action 4 : Prise en charge du paludisme.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. Identification de l’indicateur** | | | |
| Indicateur | *Taux de mortalité spécifique du paludisme chez les enfants de moins de 5ans* | | |
| Objectif | *Améliorer le diagnostic et la prise en charge du paludisme* | | |
| Programme ou Action | *Prise en charge du Paludisme* | | |
| **2. Description de l’indicateur** | | | |
| Nature précise des données à utiliser | *Quelles sont les informations à collecter ?*   * *Données quantitatives* * *Numérateur : nombre de décès chez les moins de 5 ans* * *Dénominateur : nombre total de décès liés au paludisme* | | |
| Unité de mesure | *% pourcentage* | | |
| Mode de calcul | * *Nombre de décès lié au paludisme chez les moins de 5 ans/Nombre total de décès lié au paludisme* | | |
| Périodicité de la mesure | *annuelle* | | |
| Dernier résultat connu | Année : | 2014 | Valeur :103‰ |
| Cible fixée à fin du Programme ou Action | Année : | 2030 | Valeur :60‰ |
| Prévisions annuelles | Année : | 2022 | Valeur :75‰ |
| Année : | 2024 | Valeur :70‰ |
| Année : | 2027 | Valeur :65 ‰ |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. Renseignement de l’indicateur (collecte et analyse des données)** | |
| Sources des données | * *Le service de lutte contre le paludisme,le PNLP* |
| Mode de collecte des données | * *Collecte de données mensuelle* * *Collecte à travers le DHIS2* |
| Services ou organismes responsables de la collecte des données | * *Préciser :* * *Le service de lutte contre le paludisme, le PNLP* * *Le Dhis 2* * *le responsable du contrôle de la qualité des données collectées Le PNLP* |
| Vérification / Validation des données | * *Mode de vérification et de validation des données collectées assurée par le suivi évaluation du programme paludisme* |
| Service responsable de la synthèse des données | * *Le service de lutte contre le paludisme est responsable de la centralisation des données à l’échelle du programme ou de l’action ; avec le suivi évaluation du PNLP* |
| Service interne ou structure externe responsable des analyses | *Le service de lutte contre le paludisme et le suivi évaluation du PNLP* |
| Coût de collecte et d’analyse | * *Le coût est de 9712501000FCFA* * *ANNUELLE* |
| **4. Modalités d’interprétation de l’indicateur** | |
| Limites et biais connus | * *Les limites et les biais sont liés à l’exhaustivité des données et la méthode de calcul* |
| Modalités d’interprétation | * *Indicateur bien renseigné* |

|  |
| --- |
| **5. Commentaires (le cas échéant)** |
| * Préciser les activités à réaliser afin d’assurer un renseignement fiable de l’indicateur (Description des activités prévues et les échéances) * *Informer et préparer les sources de données* * *Élaboration des outils (conception et test)* * *Conception des supports de documentation des données ;* * *Information des acteurs de collecte* * *Formation éventuelle des acteurs de collecte.* * Préparer modalités d’analyse : * *Description des analyses à faire sur la base des besoins en information des décideurs* |

## FICHE action 5 : Prise en charge des Maladies Chroniques Non Transmissibles (MNCT).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. Identification de l’indicateur** | | | |
| Indicateur | Proportion de cas de (HTA) régulièrement suivis dans les HD | | |
| Objectif | Améliorer la prise en charge des cas et des complications des principales MCNT | | |
| Programme ou Action | Prise en charge des Maladies Chroniques Non Transmissibles (MNCT) | | |
| **2. Description de l’indicateur** | | | |
| Nature précise des données à utiliser | *Quelles sont les informations à collecter ?*   * *Données quantitatives* * *Numérateur : nombre de cas suivi (au moins une consultation tous les 6 mois)* * *Dénominateur : nombre de cas diagnostiqués dans la FOSA* | | |
| Unité de mesure | *% pourcentage* | | |
| Mode de calcul | * *nombre de cas suivi / nombre de cas diagnostiqués* | | |
| Périodicité de la mesure | *annuelle* | | |
| Dernier résultat connu | Année : | 2020 | Valeur : 50% |
| Cible fixée à fin du Programme ou Action | Année : | 2030 | Valeur : 90‰ |
| Prévisions annuelles | Année : | 2022 | Valeur : 70% |
| Année : | 2024 | Valeur : 75‰ |
| Année : | 2027 | Valeur : 80% |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. Renseignement de l’indicateur (collecte et analyse des données)** | |
| Sources des données | * *La sous-direction MCNT* |
| Mode de collecte des données | * *Collecte de données mensuelle* * *Collecte à travers le DHIS2* |
| Services ou organismes responsables de la collecte des données | * *Préciser :* * *Le service de lutte contre les maladies métaboliques* |
| Vérification / Validation des données | * *Mode de vérification et de validation des données collectées assurée par le suivi évaluation du service de lutte contre les maladies métaboliques* |
| Service responsable de la synthèse des données | * *Le service de lutte contre les maladies métaboliques est responsable de la centralisation des données à l’échelle du programme ou de l’action ; avec le référent de l’action 5* |
| Service interne ou structure externe responsable des analyses | *CIS*  *ONSP*  *DLMEP* |
| Coût de collecte et d’analyse | * *Le coût est de 50 000 000 FCFA (5 millions par Région)* * *ANNUELLE* |
| **4. Modalités d’interprétation de l’indicateur** | |
| Limites et biais connus | * *Les limites et les biais sont liés à l’exhaustivité des données et la méthode de calcul* |
| Modalités d’interprétation | * *Indicateur bien renseigné* |

|  |
| --- |
| **5. Commentaires (le cas échéant)** |
| * Description des activités prévues et les échéances   + - ***Au premier semestre*** * *Informer et préparer les sources de données* * *Élaboration des outils (conception et test)* * *Conception des supports de documentation des données ;* * *Information des acteurs de collecte*   + ***Au deuxième semestre*** * *Formation éventuelle des acteurs de collecte*   + ***Au dernier semestre*** * *Transmission du formulaire*    + ***En continu*** * *Remplissage par les points focaux des formations sanitaires*   + ***Au dernier semestre*** * *Renvoi à la DRSP et à la DLMEP* * *Audit de la qualité des données par la DLMEP à travers un échantillonnage d’Hôpitaux de District* * *Analyse des données et validation* * *Transmission au contrôleur de gestion du Programme 531.* * Préparer modalités d’analyse : * *Taux de complétude et de promptitude du formulaire* * *Taux de concordance du formulaire et de l’audit de la qualité des données* |

## FICHE action 6 : Prise en charge des Maladies Tropicales Négligées (MTN).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. Identification de l’indicateur** | | | |
| Indicateur | Proportion de cas l’Ulcère de Buruli(UB) guéris sans complication | | |
| Objectif | Améliorer la prise en charge des maladies tropicales négligées et des maladies rares. | | |
| Programme ou Action | Prise en charge des Maladies Tropicales Négligées (MTN) | | |
| **2. Description de l’indicateur** | | | |
| Nature précise des données à utiliser | *Quelles sont les informations à collecter ?*   * *Données quantitatives* * *Numérateur : nombre de* cas l’Ulcère de Buruli (UB) guéris sans complication * *Dénominateur : nombre Total de cas l’Ulcère de Buruli diagnostiqués dans la FOSA* | | |
| Unité de mesure | *% pourcentage* | | |
| Mode de calcul | * *nombre de* cas l’Ulcère de Buruli(UB) guéris sans complication */ nombre Total de cas l’Ulcère de Buruli diagnostiqués* | | |
| Périodicité de la mesure | *annuelle* | | |
| Dernier résultat connu | Année : | 2020 | Valeur : 50% |
| Cible fixée à fin du Programme ou Action | Année : | 2030 | Valeur : 90‰ |
| Prévisions annuelles | Année : | 2022 | Valeur : 70% |
| Année : | 2024 | Valeur : 75‰ |
| Année : | 2027 | Valeur : 80% |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. Renseignement de l’indicateur (collecte et analyse des données)** | |
| Sources des données | * *La sous-direction MTN* |
| Mode de collecte des données | * *Collecte de données mensuelle* * *Collecte à travers le DHIS2* |
| Services ou organismes responsables de la collecte des données | * *Préciser :* * *La Sous-Direction de MTN ;* * *Le PNLUBii* |
| Vérification / Validation des données | * *Mode de vérification et de validation des données collectées assurée par le suivi évaluation de la Sous-Direction de MTN et le PNLUB* |
| Service responsable de la synthèse des données | * *la Sous-Direction de MTN  est responsable de la centralisation des données à l’échelle du programme ou de l’action ; avec le référent de l’action 5* |
| Service interne ou structure externe responsable des analyses | *CIS*  *ONSP*  *DLMEP* |
| Coût de collecte et d’analyse | * *Le coût est de 50 000 000 FCFA (5 millions par Région)* * *ANNUELLE* |
| **4. Modalités d’interprétation de l’indicateur** | |
| Limites et biais connus | * *Les limites et les biais sont liés à l’exhaustivité des données et la méthode de calcul* |
| Modalités d’interprétation | * *Indicateur bien renseigné* |

|  |
| --- |
| **5. Commentaires (le cas échéant)** |
| * Description des activités prévues et les échéances   + - ***Au premier semestre*** * *Informer et préparer les sources de données* * *Élaboration des outils (conception et test)* * *Conception des supports de documentation des données ;* * *Information des acteurs de collecte*   + ***Au deuxième semestre*** * *Formation éventuelle des acteurs de collecte*   + ***Au dernier semestre*** * *Transmission du formulaire*    + ***En continu*** * *Remplissage par les points focaux des formations sanitaires*   + ***Au dernier semestre*** * *Renvoi à la DRSP et à la DLMEP* * *Audit de la qualité des données par la DLMEP à travers un échantillonnage d’Hôpitaux de District* * *Analyse des données et validation* * *Transmission au contrôleur de gestion du Programme 531.* * Préparer modalités d’analyse : * *Taux de complétude et de promptitude du formulaire* * *Taux de concordance du formulaire et de l’audit de la qualité des données* |

# **Annexe 4 : Renforcement du Système de Santé**

## FICHE .1 : Financement de la santé et partenariat.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. Identification de l’indicateur** | | | |
| Indicateur | Nombre moyen de jours de rupture de stock des médicaments traceurs par trimestre | | |
| Objectif | Augmenter de 50%la disponibilité et l’utilisation des médicaments et autres produits pharmaceutiques de qualité dans tous les DS | | |
| Action | Gestion des médicaments, réactifs et dispositifs médicaux et autres produits pharmaceutiques | | |
| **2. Description de l’indicateur** | | | |
| Nature précise des données à utiliser | Données quantitatives ; | | |
| Unité de mesure | Jour | | |
| Mode de calcul | L’indicateur s’obtient en faisant la moyenne du nombre de jours de rupture de stock de médicaments traceurs ; | | |
| Périodicité de la mesure | Annuel | | |
| Dernier résultat connu | Année: 2016 | | Valeur : 12,3 |
| Cible fixée à la fin de l’Action | Année : 2018 | | Valeur : 10 |
| Prévisions annuelles | Année : | 2016 | Valeur : 12,3 |
| Année : | 2017 | Valeur : 15 |
| Année : | 2018 | Valeur : 10 |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. Renseignement de l’indicateur (collecte et analyse des données)** | |
| Sources des données | * Rapport d’activité DPML |
| Mode de collecte des données | * Il existe actuellement une liste de 23 médicaments traceurs. Chaque mois, les FOSA envoient en régions (FRPS) la situation du stock de chaque médicament traceur. Chaque FRPS rassemble et transmet a la DPML qui procède a la consolidation nationale des données mensuelles collectées et calcule la moyenne du nombre de jours de rupture de stock en médicaments traceurs dans le pays par mois, trimestre et en fin d’année. |
| Services ou organismes responsables de la collecte des données | * Responsables de la production des données : responsables des FOSA / FRPS * le responsable du contrôle de la qualité des données collectées : DPML |
| Vérification / Validation des données | * la vérification des données se fera à travers le rapport des Fonds régionaux pour la promotion de la santé |
| Service responsable de la synthèse des données | * DPML |
| Service interne ou structure externe responsable des analyses | * IGSMP, IGSPL |
| Coût de collecte et d’analyse | * ND |
| **4. Modalités d’interprétation de l’indicateur** | |
| Limites et biais connus | La répartition géo graphique des FOSA et l’insuffisance des moyens modernes de communication pourraient empêcher de disposer de l’exhaustivité de toutes les données |
| Modalités d’interprétation | * Tenir compte du contexte de chaque région dans l’analyse des données. Par exemple les régions du Littoral, et de Sud-Ouest qui ont des cotes utilisent des embarcations de navigation comme moyen de ravitaillement. |
| **5. Commentaires (le cas échéant)** | |
| * ACTIVITES   + Informer et préparer les sources de données   + Élaboration des outils (conception et test)   + Conception des supports de documentation des données ;   + Information des acteurs de collecte   Formation éventuelle des acteurs de collecte. | |

## FICHE .2 : Amélioration de l’offre des soins et services de santé.

**Indicateur N°1 de l’action 2**

**FICHE N°3 : STRATEGIE PROGRAMME**

**FICHE N°3 : STRATEGIE PROGRAMME**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Identification de l’indicateur** | | | |
| Indicateur | Proportion de FOSA (CSI et CMA) délivrant le PMA complets | | |
| Objectif | Assurer la disponibilité des paquets de service et des soins de santé selon les normes dans au moins 40% des Districts de santé | | |
| Action | **Amélioration de l’offre de soins et services de santé** | | |
| **2. Description de l’indicateur** | | | |
| Nature précise des données à utiliser | * Données quantitatives et qualitatives; * Numérateur : Nombre de FOSA (CSI, CMA) délivrant le PMA complet * Dénominateur : Nombre total des CSI et CMA | | |
| Unité de mesure | Pourcentage (%) | | |
| Mode de calcul | * (Nombre de FOSA (CSI, CMA) délivrant le PMA complet/ Nombre total des CSI et CMA) x 100 | | |
| Périodicité de la mesure | Annuel | | |
| Dernier résultat connu | Année: 2016 | | Valeur : 8% |
| Cible fixée à la fin de l’Action | Année : 2018 | | Valeur : 50% |
| Prévisions annuelles | Année : | 2016 | Valeur : ND |
| Année : | 2017 | Valeur : 25% |
| Année : | 2018 | Valeur : 50% |
| **3. Renseignement de l’indicateur (collecte et analyse des données)** | | | |
| Sources des données | * Rapports des DRSP et des DS | | |
| Mode de collecte des données | * Les données se collecteront de manière trimestrielle par les DS et semestrielle par DRSP. | | |
| Services ou organismes responsables de la collecte des données | * Responsables des DS * Responsables des DRSP | | |
| Vérification / Validation des données | * la vérification des données se fera à travers les rapports de supervision des DS et des DRSP * la vérification des données se fera à travers les rapports de mission de la DOSTS | | |
| Service responsable de la synthèse des données | * SVDS/SDSSP/DOSTS | | |
| Service interne ou structure externe responsable des analyses | * DRSP. | | |
| Coût de collecte et d’analyse | * Budget DOSTS | | |
| **4. Modalités d’interprétation de l’indicateur** | | | |
| Limites et biais connus | * La complétude et la promptitude des données transmise par les DS et les DRSP ; * Compréhension et Interprétation des contenus traceurs du PMA et du PCA | | |
| Modalités d’interprétation | * Synthèses régionales | | |
|  | * Synthèse nationale | | |
| **5. Commentaires (le cas échéant)** | | | |
| *PREALABLES*   * Les DS et DRSP disposent du manuel PMA et PCA * Validation des activités phares * Chaque structure collecte activement et transmet les données   *ACTIVITES*   * + Informer et préparer les sources de données (rapports de supervision)   + Élaboration des outils (conception et test)   + Conception des supports de documentation des données ;   + Information des acteurs de collecte   + Formation éventuelle des acteurs de collecte. | | | |

**Indicateur N°2 de l’action 2**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. Identification de l’indicateur** | | | |
| Indicateur | Proportion de FOSA (HD) délivrant le PCA complet | | |
| Objectif | Assurer la disponibilité des paquets de service et des soins de santé selon les normes dans au moins 40% des Districts de santé | | |
| Action | Amélioration de l’offre de soins et services de santé | | |
| **2. Description de l’indicateur** | | | |
| Nature précise des données à utiliser | * Données quantitatives et qualitatives; * Numérateur : Nombre de FOSA (HD) délivrant le PCA complet * Dénominateur : Nombre total des HD | | |
| Unité de mesure | Pourcentage (%) | | |
| Mode de calcul | * (Nombre de FOSA (HD) délivrant le PCA complet/ Nombre total des HD) x 100 | | |
| Périodicité de la mesure | Annuel | | |
| Dernier résultat connu | Année: 2016 | | Valeur : 7% |
| Cible fixée à la fin de l’Action | Année : 2018 | | Valeur : 50% |
| Prévisions annuelles | Année : | 2016 | Valeur : ND |
| Année : | 2017 | Valeur : 25% |
| Année : | 2018 | Valeur : 50% |
| **3. Renseignement de l’indicateur (collecte et analyse des données)** | | | |
| Sources des données | * Rapports des DRSP et des DS | | |
| Mode de collecte des données | * Les données se collecteront de manière trimestrielle par les DS et semestrielle par DRSP. | | |
| Services ou organismes responsables de la collecte des données | * Responsables des DS * Responsables des DRSP | | |
| Vérification / Validation des données | * la vérification des données se fera à travers les rapports de supervision des DS et des DRSP * la vérification des données se fera à travers les rapports de mission de la DOSTS | | |
| Service responsable de la synthèse des données | * SVDS/SDSSP/DOSTS | | |
| Service interne ou structure externe responsable des analyses | * DRSP. | | |
| Coût de collecte et d’analyse | * BUDGET DOSTS | | |
| **4. Modalités d’interprétation de l’indicateur** | | | |
| Limites et biais connus | * La complétude et la promptitude des données transmise par les SSD et les DRSP ; * Compréhension et Interprétation des contenus traceurs du PMA et du PCA | | |
| Modalités d’interprétation | * Synthèses régionales | | |
|  | * Synthèse nationale | | |
| **5. Commentaires (le cas échéant)** | | | |
| *PREALABLES*   * Les DS et DRSP disposent du manuel PMA et PCA * Validation des activités phares * Chaque structure collecte activement et transmet les données   *ACTIVITES*   * + Informer et préparer les sources de données (rapports de supervision)   + Élaboration des outils (conception et test)   + Conception des supports de documentation des données ;   + Information des acteurs de collecte   + Formation éventuelle des acteurs de collecte. | | | |

## FICHE 3 : Ressources Humaines en santé

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. Identification de l’indicateur** | | | | |
| Indicateur | Pourcentage des structures sanitaires dotées d’au moins 50% des ressources humaines selon les normes (PDRH 2011) | | | |
| Objectif | Accroître d’au moins 20% la disponibilité des RHS de qualité dans 80% des structures sanitaires ciblées | | | |
| Action | Développement des ressources humaines en santé | | | |
| **2. Description de l’indicateur** | | | | |
| Nature précise des données à utiliser | * Données quantitatives ; * Numérateur : Nombre de structure sanitaire disposant d’au moins 20% de personnels selon les normes ; * Dénominateur : Nombre de structure sanitaire | | | |
| Unité de mesure | Pourcentage (%) | | | |
| Mode de calcul | L’indicateur s’obtient en dénombrant le nombre de structures ayant au moins 20% du personnel selon les normes et en faisant le ratio avec le nombre Districts de santé à fort potentiel de développement du MINSANTE ; Les normes en personnels sont celles définies par la Direction des ressources humaines soit de manière conventionnelle soit en utilisant l’outil WISN qui permet de bâtir les normes en personnel en se basant sur la charge de travail. | | | |
| Périodicité de la mesure | Annuel | | | |
| Dernier résultat connu | Année: 2016 | | | Valeur : ND |
| Cible fixée à la fin de l’Action | Année : 2018 | | | Valeur : 100% |
| Prévisions annuelles | Année : | | 2016 | Valeur : 50% |
| Année : | | 2017 | Valeur : 75% |
| Année : | | 2018 | Valeur : 100% |
| **3. Renseignement de l’indicateur (collecte et analyse des données)** | | | | |
| Sources des données | | * Rapport de suivi de la mise en œuvre du PDRH | | |
| Mode de collecte des données | | * Afin de disposer des données actualisées une enquête simplifiée sera effectuée auprès des structures de santé qui devront faire parvenir dans les DRSP la liste actualisée des personnels en service. La consolidation des rapports régionaux permettront de disposer d’une base nationale sur la situation des ressources humaines en santé au Cameroun. | | |
| Services ou organismes responsables de la collecte des données | | * Responsables de la production des données : responsables des structures de santé * le responsable du contrôle de la qualité des données collectées : DRH | | |
| Vérification / Validation des données | | * la vérification des données se fera à travers les missions d’Inspection des FOSA et/ou la comparaison des bases de données disponibles (ONRH, SIGIPES,…). | | |
| Service responsable de la synthèse des données | | * ONRH | | |
| Service interne ou structure externe responsable des analyses | | * DRH | | |
| Coût de collecte et d’analyse | | * ND | | |
| **4. Modalités d’interprétation de l’indicateur** | | | | |
| Limites et biais connus | | La disponibilité et la garantie de transmission des données par les structures privées (confessionnelles et à but lucratif) | | |
| Modalités d’interprétation | | * Etat de répartition des ressources humaines par régions * Normes en ressources humaines | | |
| **5. Commentaires (le cas échéant)** | | | | |
| * + Informer et préparer les sources de données   + Élaboration des outils (conception et test)   + Conception des supports de documentation des données ;   + Information des acteurs de collecte   + Formation éventuelle des acteurs de collecte. | | | | |

## FICHE 4 : Gestion des médicaments, réactifs et dispositifs médicaux et autres produits pharmaceutiques.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. Identification de l’indicateur** | | | |
| Indicateur | Pourcentage du budget national alloué à la santé | | |
| Objectif | Augmenter les ressources internes et extérieures allouées à la santé à au moins 15% du budget national | | |
| Programme ou Action | Renforcement du financement de la santé et du partenariat | | |
| **2. Description de l’indicateur** | | | |
| Nature précise des données à utiliser | * Numérateur : Budget du MINSANTE ; * Dénominateur : Budget national | | |
| Unité de mesure | Pourcentage (%) | | |
| Mode de calcul | * Façon dont est calculé ou agrégé l’indicateur * Si nécessaire, fournir un exemple de calcul. | | |
| Périodicité de la mesure | Annuel | | |
| Dernier résultat connu | Année : | 2016 | Valeur : 5,58% |
| Cible fixée à la fin de l’Action | Année : | 2018 | Valeur : 6% |
| Prévisions annuelles | Année : | 2016 | Valeur : 7% |
| Année : | 2017 | Valeur : 4,76% |
| Année : | 2018 | Valeur : 10% |
| **3. Renseignement de l’indicateur (collecte et analyse des données)** | | | |
| Sources des données | * Loi de finances de l’Etat du Cameroun pour l’exercice 2018 | | |
| Mode de collecte des données | * La collecte des informations ne pourra se faire qu’après la publication officielle de le Loi de finances 2018 | | |
| Services ou organismes responsables de la collecte des données | * DRFP, DCOOP | | |
| Vérification / Validation des données |  | | |
| Service responsable de la synthèse des données | * DRFP | | |
| Service interne ou structure externe responsable des analyses | * SDBF | | |
| Coût de collecte et d’analyse | * ND | | |
| **4. Modalités d’interprétation de l’indicateur** | | | |
| Limites et biais connus | * Toutes les ressources allouées à la santé ne figurent pas dans le budget promulgué, notamment celles que les partenaires techniques et financiers apportent en cours d’exercice * Les ressources allouées à la santé dans les autres départements ministériels ne sont pas maitrisés | | |
| Modalités d’interprétation |  | | |
| **5. Commentaires (le cas échéant)** | | | |
| Préciser les activités à réaliser afin d’assurer un renseignement fiable de l’indicateur (Description des activités prévues et les échéances)  Le MINSANTE doit avoir élaboré son Projet de Performance de l’Administration  Ce PPA doit être validé voté et promulgué par le Parlement | | | |

## FICHE 5 : Information sanitaire et recherche en santé.

**Indicateur N°1 de l’action 5**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. Identification de l’indicateur** | | | |
| Indicateur | Taux de complétude des RMA | | |
| Objectif | Assurer le développement de la recherche en santé et la disponibilité d’une information sanitaire de qualité pour une prise de décision basées sur les évidences à tous les niveaux de la pyramide | | |
| Action | Développement du système d'information sanitaire et la recherche opérationnelle en santé | | |
| **2. Description de l’indicateur** | | | |
| Nature précise des données à utiliser | * Données quantitatives ; * Numérateur : Nombre de RMA envoyés à la CIS * Dénominateur : Nombre total de RMA Attendus | | |
| Unité de mesure | Pourcentage | | |
| Mode de calcul | L’indicateur s’obtient dénombrant les RMA envoyés par la Structures sanitaires à la CIS et en faisant le ratio par rapport au nombre total de RMA attendus. | | |
| Périodicité de la mesure | Annuel | | |
| Dernier résultat connu | Année: 2016 | | Valeur : 27 % |
| Cible fixée à la fin de l’Action | Année : 2018 | | Valeur : 60% |
| Prévisions annuelles | Année : | 2016 | Valeur : 40% |
| Année : | 2017 | Valeur : 50% |
| Année : | 2018 | Valeur : 60% |
| **3. Renseignement de l’indicateur (collecte et analyse des données)** | | | |
| Sources des données | * Rapport CIS | | |
| Mode de collecte des données | * La collecte des données consiste à faire le comptage des RMA acheminés à la CIS | | |
| Services ou organismes responsables de la collecte des données | * Responsables de la production des données : Responsables des FOSA * le responsable du contrôle de la qualité des données collectées : Chefs de Districts, DRSP | | |
| Vérification / Validation des données | * la vérification des données se fera à travers les missions de vérification (Quantité et Qualité) des données prévues à cet effet | | |
| Service responsable de la synthèse des données | * CIS | | |
| Service interne ou structure externe responsable des analyses | * CIS, DEP | | |
| Coût de collecte et d’analyse | * ND | | |
| **4. Modalités d’interprétation de l’indicateur** | | | |
| Limites et biais connus | - La faible complétude des données transmise ;  En dehors des structures sous financement basé sur la Performance, il n’existe aucun mécanisme de vérification des données collectées. | | |
| Modalités d’interprétation | * Analyser la contribution des structures privées et confessionnelles | | |
| **5. Commentaires (le cas échéant)** | | | |
| * ACTIVITES   + Informer et préparer les sources de données   + Élaboration des outils (conception et test)   + Conception des supports de documentation des données ;   + Information des acteurs de collecte   + Formation éventuelle des acteurs de collecte. | | | |

**Indicateur N°2 de l’action 5**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. Identification de l’indicateur** | | | |
| Indicateur | Pourcentage de projets de recherche autorisés dont les résultats ont été restitués / publiés | | |
| Objectif | Assurer la vulgarisation et exploitation des résultats de la recherche en Santé pour la prise de décision | | |
| Action | Développement du système d'information sanitaire et la recherche en santé | | |
| **2. Description de l’indicateur** | | | |
| Nature précise des données à utiliser | * Données quantitatives ; * Numérateur : Nombre de restitutions effectuées * Dénominateur : Nombre de restitutions attendues | | |
| Unité de mesure | Pourcentage | | |
| Mode de calcul | Pour une année, on fait le ratio du nombre de résultats (finaux ou partiels) de recherche restitués par rapport au nombre de résultats de recherches autorisées et attendus pour restitution au cours de cette année | | |
| Périodicité de la mesure | Annuelle | | |
| Dernier résultat connu | Année: 2016 | | Valeur : 41% |
| Cible fixée à la fin de l’Action | Année : 2018 | | Valeur : 60% |
| Prévisions annuelles | Année : | 2016 | Valeur : 50% |
| Année : | 2017 | Valeur : 50% |
| Année : | 2018 | Valeur : 60% |
| **3. Renseignement de l’indicateur (collecte et analyse des données)** | | | |
| Sources des données | * *Fiche annuel sur l’état d’avancement des projets (démarrage, achèvement, restitution/publication)* | | |
| Mode de collecte des données | * *Récapitulatif des recherches autorisées, suivi de la mise en œuvre, comptage des restitutions/publications effectuées* | | |
| Services ou organismes responsables de la collecte des données | * *Responsables de la production des données : CNERSH, DROS* * *le responsable du contrôle de la qualité des données collectées :* ***DROS*** | | |
| Vérification / Validation des données | * *Missions de suivi de la mise en œuvre des projets de recherche autorisés, Rapports de recherche autorisés, Rapports ou livre d’abstract des Fora scientifique, Publication dans un journal scientifique ou bibliothèque numérique* | | |
| Service responsable de la synthèse des données | * *DROS* | | |
| Service interne ou structure externe responsable des analyses | * *DROS, ONSP* | | |
| Coût de collecte et d’analyse | * *ND* | | |
| **4. Modalités d’interprétation de l’indicateur** | | | |
| Limites et biais connus | *-Faible retro-information des chercheurs après obtention de l’Autorisation Administrative de Recherche (AAR)*  *- Insuffisance de moyens pour le suivi des recherches autorisées* | | |
| Modalités d’interprétation | *Prendre en compte le fait que certaines recherches sont autorisées à l’année n et se terminent à l’année n+ .* | | |

|  |
| --- |
| **5. Commentaires (le cas échéant)** |
| * *ACTIVITES*   + Informer et préparer les sources de données   + Élaboration des outils (conception et test)   + Conception des supports de documentation des données;   + Information des acteurs de collecte   + Formation éventuelle des acteurs de collecte. |

## FICHE 6 : Offre Infrastructurelles Et équipements des Formations Sanitaires.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. Identification de l’indicateur 1** | | | |
| Indicateur 1 | Proportion des hôpitaux de 1ère et 2ème, et 3ème catégorie disposant d’un service d’urgence selon les normes | | |
| Objectif | Améliorer l’offre infrastructurelle et les équipements dans de formations sanitaires | | |
| Action 6 | Offre infrastructurelle et équipement des formations sanitaires | | |
| **2. Description de l’indicateur** | | | |
| Nature précise des données à utiliser | * *Type de données à fournir : données quantitatives*    + *Numérateur : Nombre de FOSA de 1ere, 2eme et 3eme catégorie disposant d’un service d’urgence selon les normes*   *Dénominateur : Nombre total des FOSA de 1ere, 2eme et 3eme categorie* | | |
| Unité de mesure | % | | |
| Mode de calcul | *Nombre de FOSA de 1ere, 2eme et 3eme catégorie disposant d’un service d’urgence selon les normes/ Nombre total des FOSA de 1ere, 2eme et 3eme catégorie* | | |
| Périodicité de la mesure | annuelle | | |
| Dernier résultat connu | Année : | 2020 | Valeur : 0 |
| Cible fixée à fin du Programme ou Action | Année : | 2030 | Valeur : 100 |
| Prévisions annuelles | Année : | 2022 | Valeur : 30 |
| Année : | 2024 | Valeur : 50 |
| Année : | 2027 | Valeur : 75 |
| **3. Renseignement de l’indicateur (collecte et analyse des données)** | | | |
| Sources des données | * *Rapport annuel DEP* | | |
| Mode de collecte des données | * *Données de routine* | | |
| Services ou organismes responsables de la collecte des données | *DEP-DOSTS* | | |
| Vérification / Validation des données | *ST/SSS* | | |
| Service responsable de la synthèse des données | *ST/SSS* | | |
| Service interne ou structure externe responsable des analyses | *ST/SSS* | | |
| Coût de collecte et d’analyse | * *NA* | | |
| **4. Modalités d’interprétation de l’indicateur** | | | |
| Limites et biais connus |  | | |
| Modalités d’interprétation |  | | |
| **5. Commentaires (le cas échéant)** | | | |
|  | | | |

# **Annexe 5 : Gouvernance et Pilotage Stratégique du secteur santé**

## FICHE N°1. Gouvernance et pilotage stratégique du secteur santé

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. Identification de l’indicateur** | | | |
| Indicateur | Taux moyen de réalisation technique des indicateurs des 05 programmes budgétaires | | |
| Objectif | Améliorer la coordination des services et assurer la bonne mise en œuvre des programmes au ministère | | |
| Programme ou Action | **Gouvernance et pilotage stratégique du secteur** | | |
| **2. Description de l’indicateur** | | | |
| Nature précise des données à utiliser | * Données quantitatives * Numérateur : résultat de l’indicateur année n * Dénominateur : cible prévue année n | | |
| Unité de mesure | *%* | | |
| Mode de calcul | * Données quantitatives * Numérateur : résultat indicateur année n   Dénominateur : cible année n | | |
| Périodicité de la mesure | *annuelle* | | |
| Dernier résultat connu | Année : | 2020 | Valeur : ND |
| Cible fixée à fin du Programme ou Action | Année : | 2030 | Valeur : 100% |
| Prévisions annuelles | Année : | 2022 | Valeur : 70% |
| Année : | 2024 | Valeur : 80% |
| Année : | 2027 | Valeur : 90% |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. Renseignement de l’indicateur (collecte et analyse des données)** | |
| Sources des données | * *Rapport Annuel de Performance* |
| Mode de collecte des données | * Les données se collecteront de manière semestrielle à travers les revues à mi-parcours et finale de la mise en œuvre des PTA des structures. De manière spécifique, il sera question d’apprécier le niveau des extrants programmés |
| Services ou organismes responsables de la collecte des données | * ***toutes les structures*** * *le responsable du contrôle de la qualité des données collectées ;* ***la Cellule de Suivi, cellule de la planification et de la programmation /DEP*** |
| Vérification / Validation des données | * la vérification des données se fera à travers la constatation des extrants produits par les structures. la validation des données collectées se fera conjointement pendant l’élaboration du RAP |
| Service responsable de la synthèse des données | * *Cellule de Suivi/ Cellule de la planification et de la programmation* |
| Service interne ou structure externe responsable des analyses | * *CIS* |
| Coût de collecte et d’analyse | * La collecte des données se fera via des descentes (mission) auprès des structures et des réunions en téléconférences compte tenu du contexte sanitaire |
| **4. Modalités d’interprétation de l’indicateur** | |
| Limites et biais connus | * La subjectivité dans l’appréciation du niveau de réalisation des extrants ; notamment en ce qui concerne les extrants qualitatives |
| Modalités d’interprétation | * Contexte de mise en œuvre de l’activité |

|  |
| --- |
| **5. Commentaires (le cas échéant)** |
| * Préciser les activités à réaliser afin d’assurer un renseignement fiable de l’indicateur (Description des activités prévues et les échéances) * *Informer et préparer les sources de données* * *Élaboration des outils (conception et test)* * *Conception des supports de documentation des données ;* * *Information des acteurs de collecte* * *Formation éventuelle des acteurs de collecte.* * Préparer modalités d’analyse : * *Description des analyses à faire sur la base des besoins en information des décideurs* |

## FICHE N°2. Coordination et suivi des activités des services du MINSANTE

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. Identification de l’indicateur 1** | | | |
| Indicateur 1 | Proportion des réunions hebdomadaires de coordination tenues | | |
| Objectif | Assurer le bon fonctionnement de toutes les structures du ministère | | |
| Action 1 | Coordination et suivi des activités des services du MINSANTE | | |
| **2. Description de l’indicateur** | | | |
| Nature précise des données à utiliser | Compte rendu, rapport de réunions hebdomadaires de coordination validé par le Ministre/SG  Données quantitatives : les rapports   * Numérateur : nombre de réunions de coordination tenues * Dénominateur : nombre de réunions de coordination prévues | | |
| Unité de mesure | Nombre | | |
| Mode de calcul | * L’indicateur s’obtient en dénombrant le nombre de réunions de coordination tenues au cours d’une année sur le nombre de réunions de coordinations prévues tout au long de l’année | | |
| Périodicité de la mesure | *annuelle* | | |
| Dernier résultat connu | Année : | 2020 | Valeur : 76,9 |
| Cible fixée à fin du Programme ou Action | Année : | 20 | Valeur : 100% |
| Prévisions annuelles | Année : | 2022 | Valeur : 80% |
| Année : | 202 | Valeur : 900% |
| Année : | 2027 | Valeur : 100% |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. Renseignement de l’indicateur (collecte et analyse des données)** | |
| Sources des données | * *Rapports de coordination (Cellule de Suivi)* |
| Mode de collecte des données | * décompte des rapports de coordination signés par le Ministre/SG |
| Services ou organismes responsables de la collecte des données | * Préciser : * Cellule de Suivi |
| Vérification / Validation des données | * rapport de la réunion de coordination |
| Service responsable de la synthèse des données | * Cellule de suivi |
| Service interne ou structure externe responsable des analyses | * cellule de suivi |
| Coût de collecte et d’analyse | * *NA* |
| **4. Modalités d’interprétation de l’indicateur** | |
| Limites et biais connus | Certaines recommandations issues de ces réunions sont reportées tout au long de l’exercice limitent la performance des structures et de façon plus globale celle du MINSANTE |
| Modalités d’interprétation | Une réunion de coordination tenue est considérée comme validée si le rapport est signé par la hiérarchie |

|  |
| --- |
| **5. Commentaires (le cas échéant)** |
| * Préciser les activités à réaliser afin d’assurer un renseignement fiable de l’indicateur (Description des activités prévues et les échéances) * *Informer et préparer les sources de données* * *Elaboration du plan multirisque* * *Elaboration des procédures pour l’activation* * *Élaboration des outils de sensibilisation (conception et test)* * *Exercices de simulation* * *Formations éventuelles.* * Préparer modalités d’analyse : * *Plan d’analyse* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. Identification de l’indicateur 2** | | | |
| Indicateur 2 | Proportion des réunions de coordination tenues dans les 04 programmes budgétaires | | |
| Objectif | Assurer le bon fonctionnement de toutes les structures du ministère | | |
| Action 1 | Coordination et suivi des activités de service du MINSANTE | | |
| 2. Description de l’indicateur | | | |
| Nature précise des données à utiliser | Rapports de réunions issues des programmes dans le cadre du dialogue de gestion   * Dénominateur : nombre de réunions de coordinations programmées dans les programmes * Numérateur : nombre de réunions de coordinations tenues dans les programmes | | |
| Unité de mesure | % | | |
| Mode de calcul | l’indicateur s’obtient en dénombrant le nombre de réunions de coordination tenues au cours d’une année dans le programme sur le nombre de réunions de coordinations prévues tout au long de l’année dans le programme | | |
| Périodicité de la mesure | *Trimestrielle* | | |
| Dernier résultat connu | Année : 2020 |  | Valeur : ND |
| Cible fixée à fin du Programme ou Action | Année : 2030 |  | Valeur : 100% |
| Prévisions annuelles | Année : | 2022 | Valeur : 50% |
| Année : 2024 |  | Valeur : 100% |
| Année : | 2027 | Valeur : 100% |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. Renseignement de l’indicateur (collecte et analyse des données)** | |
| Sources des données | * Rapports de réunions dans les programmes budgétaires |
| Mode de collecte des données | * Décompte des rapports de réunions dans les programmes budgétaires signés par les responsables des programmes |
| Services ou organismes responsables de la collecte des données | Contrôleur de gestion |
| Vérification / Validation des données | * rapport validé par le chef de programme |
| Service responsable de la synthèse des données | * Cellule de suivi (CG) |
| Service interne ou structure externe responsable des analyses | * Cellule de suivi |
| Coût de collecte et d’analyse | * NA |
| **4. Modalités d’interprétation de l’indicateur** | |
| Limites et biais connus | * Les réunions des programmes tenues avec les représentants d’actions à la place des responsables d’actions limitent la performance du programme |
| Modalités d’interprétation | * Une réunion de coordination tenue est considérée comme validée si le rapport est signé par la hiérarchie |

|  |
| --- |
| **5. Commentaires (le cas échéant)** |
| * Préciser les activités à réaliser afin d’assurer un renseignement fiable de l’indicateur (Description des activités prévues et les échéances) * *Informer et préparer les sources de données* * *Élaboration des outils (conception et test)* * *Conception des supports de documentation des données ;* * *Information des acteurs de collecte* * *Formation éventuelle des acteurs de collecte.* * Préparer modalités d’analyse : * *Description des analyses à faire sur la base des besoins en information des décideurs* |

## FICHE 3 : Planification et programmation stratégique

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. Identification de l’indicateur** | | | |
| Indicateur | Nombre des documents de planification, de programmation et de budgétisation produits dans les délais | | |
| Objectif | Améliorer la qualité et l’efficacité de la dépense | | |
| Action 2 | Planification et Programmation stratégique | | |
| **2. Description de l’indicateur** | | | |
| Nature précise des données à utiliser | Les documents de planification, de programmation et de budgétisation élaborés (revue, CDMT, RAP, PPA)   * Données quantitatives * Numérateur : nombre de documents de planification, de programmation et de budgétisation disponibles dans les délais * Dénominateur : nombre de documents de planification, de programmation et de budgétisation attendus dans les délais | | |
| Unité de mesure | nombre | | |
| Mode de calcul | * Nombre de documents de planification, de programmation et de budgétisation élaborés/Nombre total de documents de planification, de programmation et de budgétisation attendus | | |
| Périodicité de la mesure | annuelle | | |
| Dernier résultat connu | Année : | 2020 | Valeur :04 |
| Cible fixée à fin du Programme ou Action | Année : | 2030 | Valeur :04 |
| Prévisions annuelles | Année : | 2022 | Valeur :04 |
| Année : | 2024 | Valeur :04 |
| Année : | 2027 | Valeur :04 |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. Renseignement de l’indicateur (collecte et analyse des données)** | |
| Sources des données | * Revue, CDMT, PPA, RAP (CPP/DEP, DRFP) |
| Mode de collecte des données | * Document saisi dans l’application PROBMIS |
| Services ou organismes responsables de la collecte des données | * CPP/DEP * DRFP * Cellule de Suivi |
| Vérification / Validation des données | * Passage aux conférences / Loi des Finances |
| Service responsable de la synthèse des données | * DEP/DRFP |
| Service interne ou structure externe responsable des analyses | MINEPAT, MINFI |
| Coût de collecte et d’analyse | * NA |
| **4. Modalités d’interprétation de l’indicateur** | |
| Limites et biais connus | Non-respect du calendrier budgétaire dans l’élaboration des documents de planification, de programmation et de budgétisation. |
| Modalités d’interprétation | * Indicateur bien renseigné |

|  |
| --- |
| **5. Commentaires (le cas échéant)** |
| * Préciser les activités à réaliser afin d’assurer un renseignement fiable de l’indicateur (Description des activités prévues et les échéances) * *Informer et préparer les sources de données* * *Élaboration des outils (conception et test)* * *Conception des supports de documentation des données ;* * *Information des acteurs de collecte* * *Formation éventuelle des acteurs de collecte.* * Préparer modalités d’analyse : * *Description des analyses à faire sur la base des besoins en information des décideurs* |

## FICHE 4 : Gestion budgétaire et financière

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. Identification de l’indicateur** | | | |
| Indicateur | Taux d’exécution du budget au MINSANTE | | |
| Objectif | Assurer une bonne exécution financière des programmes budgétaires | | |
| Action 5 | Gestion budgétaire et financière | | |
| **2. Description de l’indicateur** | | | |
| Nature précise des données à utiliser | - Numérateur : crédits engagés ;  - Dénominateur : dotations initiales | | |
| Unité de mesure | % pourcentage | | |
| Mode de calcul | Crédit engagé / dotations initiales | | |
| Périodicité de la mesure | Annuelle | | |
| Dernier résultat connu | Année : | 2020 | Valeur : 92% |
| Cible fixée à fin du Programme ou Action | Année : | 2030 | Valeur : 100‰ |
| Prévisions annuelles | Année : | 2022 | Valeur : 100% |
| Année : | 2024 | Valeur : 100% |
| Année : | 2027 | Valeur : 100% |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. Renseignement de l’indicateur (collecte et analyse des données)** | |
| Sources des données | rapport financier |
| Mode de collecte des données | application PROBMIS |
| Services ou organismes responsables de la collecte des données | DRFP |
| Vérification / Validation des données | Contrôle Financier |
| Service responsable de la synthèse des données | DRFP |
| Service interne ou structure externe responsable des analyses | MINFI |
| Coût de collecte et d’analyse | NA |
| **4. Modalités d’interprétation de l’indicateur** | |
| Limites et biais connus | faible taux d’exécution du budget du MINSANTE |
| Modalités d’interprétation | Indicateur bien renseigné |

|  |
| --- |
| **5. Commentaires (le cas échéant)** |
| Préciser les activités à réaliser afin d’assurer un renseignement fiable de l’indicateur (Description des activités prévues et les échéances) Le MINSANTE doit avoir élaboré son Projet de Performance de l’Administration Ce PPA doit être validé voté et promulgué par le Parlement |

## FICHE 5 : Contrôle et audit des structures

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. Identification de l’indicateur** | | | |
| Indicateur | Nombre de rapports de contrôles et d’audit transmis | | |
| Objectif | Améliorer le fonctionnement et la performance des services | | |
| Action 4 | Contrôle et audit des structures | | |
| **2. Description de l’indicateur** | | | |
| Nature précise des données à utiliser | Données quantitatives ;  - Numérateur : Nombre de structures sanitaires de la 1ere à la 6ème auditées/contrôlées  - Dénominateur : Nombre de structures sanitaires du 1er à la 6ème planifiées | | |
| Unité de mesure | % pourcentage | | |
| Mode de calcul | (Nombre de structures sanitaires de la 1ere à la 6eme catégorie auditées/ Nombre de structures sanitaires de la 1ere à la 6ème catégorie planifiées) x100 | | |
| Périodicité de la mesure | annuelle | | |
| Dernier résultat connu | Année : | 2020 | Valeur : ND |
| Cible fixée à fin du Programme ou Action | Année : | 2030 | Valeur : 80% |
| Prévisions annuelles | Année : | 2022 | Valeur : 50% |
| Année : | 2024 | Valeur : 60% |
| Année : | 2027 | Valeur : 70% |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. Renseignement de l’indicateur (collecte et analyse des données)** | |
| Sources des données | * Rapport de missions des Inspections Générales |
| Mode de collecte des données | * La collecte des données se fait sur exploitation des rapports de missions des Inspections Générales |
| Services ou organismes responsables de la collecte des données | Inspections Générales |
| Vérification / Validation des données | Inspections Générales |
| Service responsable de la synthèse des données | Inspections Générales |
| Service interne ou structure externe responsable des analyses | Inspections Générales |
| Coût de collecte et d’analyse | * *NA* |
| **4. Modalités d’interprétation de l’indicateur** | |
| Limites et biais connus | Certaines missions effectuées au terme des engagements et non pris en compte dans le budget de l’exercice |
| Modalités d’interprétation | Indicateur bien renseigné |

|  |
| --- |
| **5. Commentaires (le cas échéant)** |
| * Informer et préparer les sources de données * o Élaboration des outils (conception et test) * o Conception des supports de documentation des données; * o Information des acteurs de collecte o Formation éventuelle des acteurs de collecte. |

## FICHE 6 : Renforcement du dispositif de veille stratégique et de résilience du système de santé

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. Identification de l’indicateur 1** | | | |
| Indicateur 1 | Disponibilité du rapport de suivi semestriel du secteur santé | | |
| Objectif | Améliorer le développement de la prospection et la disponibilité de l’information stratégique pour une meilleure résilience du système de santé | | |
| Action 5 | Renforcement du dispositif de veille stratégique et de résilience du système de santé | | |
| **2. Description de l’indicateur** | | | |
| Nature précise des données à utiliser | - NA | | |
| Unité de mesure | nombre | | |
| Mode de calcul | NA | | |
| Périodicité de la mesure | annuelle | | |
| Dernier résultat connu | Année : | 2020 | Valeur : ND |
| Cible fixée à fin du Programme ou Action | Année : | 2030 | Valeur : 02 |
| Prévisions annuelles | Année : | 2022 | Valeur : 02 |
| Année : | 2024 | Valeur : 02 |
| Année : | 2027 | Valeur : 02 |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. Renseignement de l’indicateur (collecte et analyse des données)** | |
| Sources des données | * *Rapport de suivi* |
| Mode de collecte des données | * *Données de routine* |
| Services ou organismes responsables de la collecte des données | *ST/SSS* |
| Vérification / Validation des données | *ST/SSS* |
| Service responsable de la synthèse des données | *ST/SSS* |
| Service interne ou structure externe responsable des analyses | *ST/SSS* |
| Coût de collecte et d’analyse | * *NA* |
| **4. Modalités d’interprétation de l’indicateur** | |
| Limites et biais connus |  |
| Modalités d’interprétation |  |

|  |
| --- |
| **5. Commentaires (le cas échéant)** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. Identification de l’indicateur 2** | | | |
| Indicateur 2 | Nombre de bulletins d’informations publiés annuellement | | |
| Objectif | Améliorer le développement de la prospection et la disponibilité de l’information stratégique pour une meilleure résilience du système de santé | | |
| Action 5 | Renforcement du dispositif de veille stratégique et de résilience du système de santé | | |
| **2. Description de l’indicateur** | | | |
| Nature précise des données à utiliser | - Numérateur : nombre de bulletins d’informations publiés ;  - Dénominateur : nombre de bulletins d’informations attendues | | |
| Unité de mesure | *nombre* | | |
| Mode de calcul | * Nombre de bulletins d’informations publiés / Nombre de bulletins d’informations attendues | | |
| Périodicité de la mesure | *annuelle* | | |
| Dernier résultat connu | Année : | 2020 | Valeur : ND |
| Cible fixée à fin du Programme ou Action | Année : | 2030 | Valeur : 12 |
| Prévisions annuelles | Année : | 2022 | Valeur : 12 |
| Année : | 2024 | Valeur : 12 |
| Année : | 2027 | Valeur : 12 |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. Renseignement de l’indicateur (collecte et analyse des données)** | |
| Sources des données | * *Bulletins d’informations* |
| Mode de collecte des données | * *DHIS2* |
| Services ou organismes responsables de la collecte des données | * *ONSP* |
| Vérification / Validation des données | * *ONSP* |
| Service responsable de la synthèse des données | *ONSP* |
| Service interne ou structure externe responsable des analyses | *ONSP* |
| Coût de collecte et d’analyse | * *NA* |
| **4. Modalités d’interprétation de l’indicateur** | |
| Limites et biais connus | * *Non Disponibilité des bulletins d’informations dans les délais* |
| Modalités d’interprétation |  |

|  |
| --- |
| **5. Commentaires (le cas échéant)** |
|  |

1. Confère fiche de synthèse de l’évaluation. [↑](#footnote-ref-1)