

République du Cameroun
Paix - Travail - Patrie

Ministère de la Santé Publique



Republic of Cameroon
Peace - Work - Fatherland

Ministry of Public Health

PLAN INTEGRE DE SUIVI EVALUATION 2016-2020



MINSANTE

P.I.S.E.

AOÛT 2016



MINSANTE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Plan Intégré de Suivi Evaluation (PISE)

2016-2020

TABLE DES MATIERES

LISTE DES FIGURES	VI
LISTE DES SIGLES/ABREVIATIONS, ACRONYMES	VIII
PREFACE	X
REMERCIEMENTS	XII
CHAPITRE 1 : INTRODUCTION, CONTEXTE ET JUSTIFICATION, OBJECTIFS DU PISE.....	1
1.1 Introduction	1
1.2 Contexte et justification	1
1.2.1 Contexte.....	1
1.2.2. Justification du plan intégré de suivi-évaluation du PNDS 2016-2020.....	2
1.3 Objectifs du plan de suivi-évaluation du PNDS 2016 - 2020	3
1.3.1 Objectif Global du PNDS 2016-2020.....	3
1.3.2 Objectif général du PISE	3
1.3.3. Objectifs spécifiques.....	3
CHAPITRE 2 : ETAT ACTUEL DU SUIVI-EVALUATION DU PNDS DANS LE SYSTEME DE SANTE ..	5
2.1 Généralités.....	5
2.2 Le cadre institutionnel et organisationnel du SNIS	6
2.3 Les indicateurs et le système de collecte des données.....	6
CHAPITRE 3 : CADRE DE MISE ŒUVRE DU PLAN DE SUIVI-EVALUATION DU PNDS	9
3.1. Niveau central.....	9
3.2 Niveau déconcentré	11
3.2.1 Au niveau intermédiaire : le Comité Régional de Coordination et de Suivi-Évaluation de la mise en œuvre de la SSS (CORECSES) :	11
3.2.2 Au niveau opérationnel : le Comité Opérationnel de Coordination et de Suivi-Évaluation de la mise en œuvre de la SSS (COCSES)	12
CHAPITRE 4 : CADRES DE SUIVI-EVALUATION : OUTILS UTILISES	13
4.1. Matrice opérationnelle des indicateurs	13
4.2. Cadre de performance.....	54
4.3. Suivi des indicateurs de réalisation directe	62
CHAPITRE 5 : CADRE ORGANISATIONNEL DU SUIVI-EVALUATION	77
5.1 Organisation opérationnelle du SUIVI-EVALUATION (S&E).....	77
5.2. Rôles et responsabilités des acteurs-clés (voir chapitre 3).....	79
5.3 Outils de gestion des données.....	80
5.4. Type, lieu, périodicité de collecte et mode de calcul des indicateurs.....	80
5.5 Procédures de traitement et d'analyse des données.....	81

5.6. Procédures de transmission des données	81
5.6.1. Généralités.....	81
5.6.2. Périodicité dans la transmission des données.....	81
5.6.3 Contrôle de la qualité des données	82
5.7 Supervision de la gestion des données	82
5.7.1. Les supervisions conjointes	82
5.7.2. La supervision facilitante	82
5.7.3. Les supervisions à distance.....	83
5.8. Partage et dissémination des données	83
CHAPITRE 6 : MECANISMES DE SUIVI-EVALUATION	85
6.1. Suivi du PNDS.....	85
6.1.1. Suivi du PNDS au niveau Central.....	85
6.1.2. Suivi du PNDS au niveau régional	85
6.1.3. Suivi du PNDS au niveau opérationnel	86
6.2. Processus d'évaluation de la mise en œuvre du PNDS	86
6.2.1 Equipe d'évaluation	87
6.2.2 Modalités d'évaluation du PNDS	87
6.2.3. Chronogramme de l'évaluation	89
CHAPITRE 7 : BUDGET DU PLAN INTEGRE DE SUIVI-EVALUATION	91
7.1. Coût de mise en œuvre du PISE 2016-2020	91
7.1.1. Répartition des coûts par année	91
7.1.2. Répartition des coûts par niveau de la pyramide sanitaire	92
7.2. Budget détaillé par intervention	93
ANNEXES	94
LISTE DES CONTRIBUTEURS	106
BIBLIOGRAPHIE.....	110

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Matrice opérationnelle des indicateurs de suivi-évaluation du PNDS 2016-2020.....	14
Tableau 2 : Cadre de performance du PNDS.....	55
Tableau 3 : Indicateurs de suivi du PISE 1	63
Tableau 4: Fiche synthétique des organes de pilotage, de coordination et de suivi de la mise en œuvre du PNDS	78
Tableau 5: Chronogramme de l'évaluation.....	89
Tableau 6 : Budget détaillé par intervention et année	93

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Modalités d'évaluation du PNDS.....	87
Figure 2 : Répartition des coûts du PISE sur la période 2016-2020	91
Figure 3 : Répartition des coûts du PISE par niveau de la pyramide sanitaire.....	92

LISTE DES SIGLES/ABREVIATIONS, ACRONYMES

AMC	Auto Monitoring Communautaire	ECAM	Enquêtes Camerounaises Auprès des Ménages
ARV	Antirétroviraux	EDS	Enquête Démographique et de Santé
ATPC	Assainissement Total Piloté par la Communauté	FCFA	Franc de la Communauté Financière d'Afrique
AVP	Accidents de la Voie Publique	FDR	Feuille de Route
CAPR	Centre d'Approvisionnement Pharmaceutique Régional	FINEX	Financements Extérieurs
CDMT	Cadre de Dépense à Moyen Terme	UNFPA	United Nations Fund for Population Activities
CDT	Centre de Diagnostic et de Traitement	GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunization
CENAME	Centrale National d'Approvisionnement en Médicaments et consommables Médicaux Essentiels	HTA	Hypertension Artérielle
CHRACERH	Centre Hospitalier de Recherche et d'Application en Chirurgie Endoscopique et de Reproduction Humaine	INS	Institut National de la Statistique
CICRB	Centre International de Recherche Chantal Biya	IST	Infections Sexuellement Transmissibles
CMA	Centre Médical d'Arrondissement	LANACOME	Laboratoire National de Contrôle de qualité des Médicaments et d'Expertise Maladies à Potentiel Épidémique
CNLS	Comité National de Lutte contre le Sida	MAPE	Multiple Indicators Cluster Survey (Enquête par grappes à indicateurs multiples)
CNS	Comptes Nationaux de Santé	MICS	Moustiquaires imprégnées longue durée d'action
COGE	Comité de Gestion	MILDA	
COGEDI	Comité de Gestion du District	MINAC	Ministère des Arts et de la Culture
COCSSES	Comité Opérationnel de Coordination et de Suivi-Evaluation de la mise en œuvre de la SSS	MINADER	Ministère de l'Agriculture et du Développement Rural
COFIL	Comité de pilotage et de suivi de la mise en œuvre de la stratégie sectorielle de la santé	MINAS	Ministère des Affaires Sociales
CORECSSES	Comité Régional de Coordination et de Suivi-Evaluation de la mise en œuvre de la SSS	MINATD	Ministère de l'Administration Territoriale et de la Décentralisation
COSA	Comité de Santé	MINCOM	Ministère de la communication
COSADI	Comité de Santé du District	MINDEF	Ministère de la Défense
CSI	Centre de Santé Intégré	MINDEPDED	Ministère de l'Environnement, de la Protection de la Nature et du Développement Durable
CTD	Collectivités Territoriales Décentralisées	MINEDUB	Ministère de l'Education de Base
DGSN	Délégation Générale à la Sûreté Nationale	MINEFOP	Ministère de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
DLMEP	Direction de la Lutte contre la Maladie, les Épidémies et Pandémies	MINEPAT	Ministère de l'Économie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire
DRSP	Délégation Régionale de Santé Publique	MINEPIA	Ministère de l'Élevage, des Pêches et des Industries Animales
DSCE	Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi	MINESUP	Ministère de l'Enseignement Supérieur

MINFI	Ministère des finances	PF	Planning Familial
MINFORPRA	Ministère de la Fonction Publique et de la Réforme Administrative	PIB	Produit Intérieur Brut
MINJEC	Ministère de la Jeunesse et de l'Éducation Civique	PMA	Paquet Minimum d'Activités
MINJUSTICE	Ministère de la Justice	PNLP	Programme National de lutte contre le Paludisme
MINPROFF	Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille	PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
MINRESI	Ministère de la Recherche Scientifique et de l'Innovation	PCRDS	Plan Régional Consolidé de Développement Sanitaire
MINSANTE	Ministère de la Santé Publique	POS	Procédures Opératoires Standards
MINTP	Ministère des Travaux Publics	PSNIML-MNT	Plan Stratégique National Intégré et Multisectoriel de Lutte Contre les Maladies Non Transmissibles
MINTSS	Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale	PTA	Plan de Travail Annuel
MNT	Maladies Non Transmissibles	PTF	Partenaires Techniques et Financiers
MTN	Maladies Tropicales Négligées	PTME/PECP	Prévention de la Transmission Mère-Enfant (du VIH)/Prise en Charge Pédiatrique
OBC	Organisations à base communautaires	PVVIH	Personnes Vivant avec le Virus du SIDA
ODD	Objectifs de Développement Durable	RHS	Ressources Humaines en Santé
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement	SAA	Soins Après Avortement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé	SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Acquis
ONG	Organisations non Gouvernementale	SIMR	Surveillance Intégrée des Maladies et la Riposte
ONSP	Observatoire National de la Santé Publique	SNIS	Système National d'Informations Sanitaires
OSC	Organisations de la Société Civile	SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
PAISS	Projet d'Appui aux Investissements du Secteur Santé	SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités	SRMNEA	Santé de Reproduction, Maternelle, Néonatale, de l'Enfant et de l'Adolescent
PCIME	Prise en charge Intégrée des Maladies de l'Enfant	SSP	Soins de Santé Primaires
PDRH	Plan de Développement des Ressources Humaines	SSS	Stratégie Sectorielle de Santé
PDS	Plan de Développement Sanitaire de District	ST-CP/SSS	Secrétariat Technique du Comité de Pilotage de la Stratégie Sectorielle de Santé
PETS	Public Expenditure Tracking Survey	SWAP	Sector-Wide Approach
PEV	Programme Elargi de Vaccination		

Comité de rédaction

Coordination générale:

- Monsieur MAMA FOU DA André
Ministre de la Santé Publique
- Monsieur HAYATOU Alim
Secrétaire d'Etat à la Santé Publique

Supervision générale :

- Pr. KOULLA-SHIRO Sinata
Secrétaire Général du Ministère de la Santé Publique

Supervision Technique:

- Pr. KINGUE Samuel
Conseiller Technique N°3, Vice-Président du GTT

Coordination Technique:

- Dr MATSEZOU Jacqueline
Coordonnateur du Secrétariat Technique du Comité de Pilotage et de Suivi de la mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle de Santé (ST/CP-SSS)

Membre du Secrétariat Technique :

- M. NDOUGSA ETOUNDI Guy
Cadre ST/CP-SSS

PREFACE

Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020 est la boussole qui orientera la mise en œuvre des actions de santé au cours du prochain quinquennat. Afin d'assurer un suivi efficace des interventions planifiées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, un Plan de Suivi-Evaluation (PISE) 2016-2020 a été élaboré. Celui-ci fournit le détail des activités de suivi-évaluation de la mise en œuvre du PNDS et permettra en temps réel, d'apprécier, l'évolution des performances réalisées à court, moyen et long termes dans les structures sanitaires.

Ce plan comprend, entre autres, des tableaux de bord spécifiques qui sont des échantillons d'indicateurs permettant aux gestionnaires des structures sanitaires de suivre l'évolution de leurs résultats et de les comparer aux performances projetées dans le PNDS 2016-2020. In fine, il permettra de mesurer la contribution du système de santé dans l'amélioration de l'état de santé des populations.

Toutefois, quelques obstacles pourraient entraver la mise en œuvre efficace de ce plan de suivi-évaluation, notamment : la faible disponibilité des ressources humaines dédiées au suivi intégré des performances du PNDS 2016-2020 surtout au niveau opérationnel; la non-exécution prompte des enquêtes de base inscrites dans le PNDS; la faible capacité du système de santé à collecter et à renseigner les indicateurs des ministères partenaires et du sous-secteur privé qui mènent des actions de santé.

Le gouvernement de la république s'engage à exploiter toutes les opportunités aux fins de relever les défis et obstacles susmentionnés, et sait pouvoir compter sur l'appui de tous les acteurs clefs du système de santé pour y parvenir.

Enfin, des démembrements du Comité de Pilotage et de suivi de la mise en œuvre de la stratégie sectorielle de santé, constitués des principaux acteurs du système de santé, seront rapidement mis en place à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Leur principale mission sera de concevoir et de proposer des stratégies simples aux éventuelles faibles performances enregistrées dans les structures sanitaires.

J'exhorte par conséquent tous les acteurs à s'approprier ce document porteur d'éléments novateurs à la pratique du suivi évaluation dans notre pays.



The image shows a circular official stamp in red ink. The outer ring contains the text 'REPUBLIQUE DU CAMEROUN' at the top and 'LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE' at the bottom. Inside the ring, it says 'LE MINISTRE' and 'The Minister'. In the center, there is a small emblem. Overlaid on the stamp is a handwritten signature in black ink. Below the stamp, the name 'André MAMA FOU'DA' is printed in red.

Ministre de la Santé Publique

REMERCIEMENTS

Le Ministre de la Santé Publique remercie tous les acteurs du secteur de la santé qui se sont investis dans l'élaboration du présent document.



Ministère de la Santé Publique
LE MINISTRE
REPUBLIC OF CAMEROON
REPUBLIQUE DU CAMEROUN
PAIX - TRAVAIL - PROGRES

André MAMA FOUA

Ministre de la Santé Publique

CHAPITRE 1 : INTRODUCTION, CONTEXTE ET JUSTIFICATION, OBJECTIFS DU PISE

1.1 INTRODUCTION

Le Cameroun vient d'élaborer sa Stratégie Sectorielle de Santé couvrant la période 2016-2027. L'approche participative a été adoptée pour l'élaboration de ce document de référence et de son premier Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2016-2020), afin de répondre à l'exigence de multisectorialité sans laquelle l'impact attendu des interventions de santé ne peut être obtenu.

Le PNDS 2016-2020 a décrit les différents domaines programmatiques devant faire l'objet d'un suivi pendant sa période de validité et a aussi précisé les indicateurs clés (traceurs) des performances attendues dans chaque programme.

Le présent plan précise les orientations majeures et les procédures opérationnelles pour le suivi des performances réalisées dans le secteur. Il s'agit d'une balise qui permet aux acteurs du secteur d'anticiper sur les éventuels goulots d'étranglement qui pourraient limiter les performances du secteur santé.

Le plan intégré de suivi-évaluation s'articule autour des principaux points suivants :

- Contexte et justification ;
- But et objectifs;
- Indicateurs clés de suivi ;
- Cadre de mise en œuvre ;
- Cadre de suivi-évaluation ;
- Financement du PNDS.

1.2 CONTEXTE ET JUSTIFICATION

1.2.1 Contexte

D'après le rapport d'évaluation finale de la SSS 2001-2015, le Plan Intégré de Suivi-Évaluation (PISE 2011-2015) élaboré n'a été ni validé, ni mis en œuvre de manière optimale ; ce qui n'a pas permis de renseigner à temps le niveau de performances réalisé dans le secteur de la santé.

Toutefois, il convient de souligner que le PNDS 2011-2015 disposait d'un cadre de suivi-évaluation qui a orienté l'élaboration des plans de suivi-évaluation des différents programmes prioritaires. Malgré l'existence dudit cadre, les progrès réalisés ont été très peu documentés, exception faite pour les interventions des programmes de santé prioritaires. Les valeurs de base des indicateurs de suivi de ce PNDS n'ont pas été suffisamment renseignées, ce qui, en plus de leur nombre élevé, a rendu leur suivi difficile.

Par ailleurs, la multiplicité des sous-systèmes de suivi-évaluation (existence de système et d'outils de suivi-évaluation pour chaque programme) n'a pas facilité le suivi global et cohérent de toutes les interventions mises en œuvre dans le secteur santé.

1.2.2. Justification du plan intégré de suivi-évaluation du PNDS 2016-2020

Les difficultés rencontrées dans le suivi-évaluation des performances projetées dans le PNDS 2011-2015 ont convaincu l'ensemble des parties prenantes à prioriser, dès l'année 2016, l'élaboration d'un plan intégré de suivi-évaluation (PISE). En effet, à l'issue de l'analyse situationnelle du système de suivi-évaluation (S&E) du PNDS 2011-2015, plusieurs insuffisances ont été relevées notamment : (i) l'existence d'une multitude de sous-systèmes de suivi ; (ii) la faible fonctionnalité des instances de coordination multisectorielle et de suivi surtout au niveau déconcentré (iii) l'existence d'une pléthore d'outils de collecte de données renseignant parfois les mêmes variables. Ceci a eu un impact très négatif sur les performances du Système National d'Information Sanitaire (SNIS).

Les insuffisances organisationnelles, structurelles et institutionnelles constatées dans le domaine du S&E ont eu pour principale conséquence, la faible disponibilité des informations pertinentes pour une prise de décision basée sur des données factuelles.

Il s'est avéré nécessaire de choisir et de réunir dans un document synthétique, les indicateurs les plus pertinents, validés par l'ensemble des acteurs clés du secteur. Ces indicateurs permettront d'assurer le suivi-évaluation des performances réalisées et partant, d'apporter en temps opportun les mesures correctrices appropriées pour lever des éventuels goulots d'étranglement ; ceci dans la perspective d'une réalisation optimale des objectifs de la SSS 2016-2027.

Le premier PISE de la SSS 2016-2027 (PISE 1) se présente donc comme un outil fédérateur mettant en synergie la volonté des acteurs de suivre les performances de la mise en œuvre du PNDS 2016-2020.

Conformément à la priorisation des interventions faites dans la SSS 2016-2027, le PISE 1 mettra une emphase particulière sur les indicateurs traceurs du renforcement des piliers du système de santé, de la gouvernance et du pilotage stratégique. Il permettra également de suivre les indicateurs des interventions de lutte contre la mortalité maternelle et infantile.

1.3 OBJECTIFS DU PLAN DE SUIVI-EVALUATION DU PNDS 2016 - 2020

1.3.1 Objectif Global du PNDS 2016-2020

« Rendre accessibles les services et soins de santé essentiels et spécialisés prioritaires de qualité à au moins 50% de la population d'ici 2020 ».

A l'issue de la mise en œuvre du PNDS 2016-2020, les populations, en particulier les plus vulnérables, devraient avoir un accès géographique, financier et culturel aux soins et services de santé essentiels et spécialisés prioritaires de qualité.

1.3.2 Objectif général du PISE

L'objectif général de ce PISE est d'assurer le suivi-évaluation de la mise en œuvre du PNDS 2016-2020.

1.3.3. Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques sont les suivants :

- préciser le cadre institutionnel et organisationnel du suivi-évaluation du PNDS 2016-2020 à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- mettre à la disposition de toutes les structures sanitaires, des outils de suivi simplifiés;
- mesurer les progrès réalisés à tous les niveaux ;
- élaborer la matrice des indicateurs, le cadre de performance, le tableau de bord de suivi de la mise en œuvre du PNDS pour chaque niveau de la pyramide sanitaire ;
- définir les indicateurs et les mécanismes de suivi-évaluation du PNDS ;
- décrire de manière synthétique, les modalités de suivi et d'évaluation à mi-parcours et finale du PNDS.

CHAPITRE 2 : ETAT ACTUEL DU SUIVI-EVALUATION DU PNDS DANS LE SYSTEME DE SANTE

2.1 GENERALITES

Le suivi-évaluation est une mission fondamentale de la chaîne PPBS dans tous les ministères. En plus de disposer du personnel dédié à cette tâche, chaque ministère est doté d'un dispositif interne permettant de collecter et de centraliser les informations issues du niveau opérationnel et devant éclairer la prise de décision. La plupart des interventions planifiées dans le PNDS 2016-2020 seront mises en œuvre par le MINSANTE. Le niveau de fonctionnalité du SNIS sera donc déterminant pour le succès du suivi de la mise en œuvre de ce PNDS. Par ailleurs le suivi du PNDS est aussi tributaire de la disponibilité des informations sur le niveau de mise en œuvre des interventions de santé réalisées par les ministères partenaires et les autres acteurs clefs du système de santé. A cet effet, un dispositif pour la collecte et l'analyse de ces informations sera mis en place. Autrement dit, l'un des facteurs clés pour assurer l'efficacité de la mise en œuvre de ce plan sera de rendre disponible les informations sanitaires produites par tous les acteurs du système de santé.

En effet, certaines interventions du PNDS étant multisectorielles, l'atteinte des résultats projetés dans ce document, va requérir une mise en œuvre coordonnée des actions de santé réalisées dans les différents ministères et administrations partenaires.

Le suivi-évaluation a été l'une des faiblesses relevées lors de la mise en œuvre du plan de développement sanitaire 2011-2015. Les contre-performances observées lors de l'exécution des activités de ce plan s'expliquaient, entre autres, par le manque d'outils harmonisés de suivi et d'évaluation pour tous les niveaux de la pyramide sanitaire. A cela se sont ajoutées : (i) la faible coordination de la gestion de l'information sanitaire collectée ; (ii) l'existence de plusieurs sous systèmes d'information sanitaire indépendants ; (iii) l'absence d'une instance faitière de coordination multisectorielle et de suivi du PNDS au niveau déconcentré et (iv) l'insuffisance des financements alloués au S&E.

Il est donc essentiel au cours de ce cycle de planification, d'anticiper et de lever les goulots suscités qui ont entravé le suivi de la mise en œuvre du PNDS 2011-2015.

2.2 LE CADRE INSTITUTIONNEL ET ORGANISATIONNEL DU SNIS

L'organisation et le fonctionnement du SNIS sont définis par plusieurs textes juridiques. Il s'agit du décret N°2010/2952/PM du 1^{er} novembre 2010 portant création, organisation et fonctionnement de l'Observatoire National de la Santé Publique ; du décret N°2013/093 du 03 avril 2013 portant organisation du Ministère de la Santé Publique qui a, entre autres, rattaché la Cellule des Informations Sanitaires au Secrétariat Général et érigé le service chargé de la surveillance épidémiologique en une sous-direction à la DLMEP. Le niveau régional a quant à lui bénéficié de la création d'un service de la planification et des informations sanitaires. Au niveau du DS, il n'existe pas de service technique dédié à la gestion des informations sanitaires. Par ailleurs, la création des programmes prioritaires de santé a entraîné la mise en place des sous-systèmes d'informations sanitaires aux niveaux central et régional. Ceux-ci sont gérés de manière parallèle par des entités autonomes tels que le GTC, le GTR, etc.

Le système de suivi de la mise en œuvre du PND 2016-2020 est donc relativement bien organisé sur le plan institutionnel aux niveaux central et intermédiaire. Cependant, au niveau opérationnel, le suivi du Plan de Développement sanitaire du District sera quelque peu entravé par l'absence d'un service formel chargé de la gestion des informations sanitaires. Par ailleurs, il n'existe aucun dispositif pour assurer le suivi des indicateurs de santé dans les ministères partenaires menant des actions de santé.

Un plan stratégique de renforcement du SNIS pour la période 2009-2015 a été élaboré en 2008, mais sa mise en œuvre n'a pas été effective. Au cours de la même période, les infirmiers et les aides-soignants représentaient 80% du personnel impliqué dans la gestion de l'information sanitaire au niveau opérationnel. Or, seulement 5% de ces personnels avaient reçu une formation continue sur le SNIS (ERSEN 2014).

A cela, s'ajoute la faible valorisation de l'activité du SNIS et de ses acteurs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. En effet, la gestion de l'information sanitaire est le plus souvent réservée aux personnels dits « récalcitrants » (ERSEN 2014.).

2.3 LES INDICATEURS ET LE SYSTEME DE COLLECTE DES DONNEES

La gestion de l'information sanitaire reste problématique à cause d'une grande fragmentation du SNIS liée à une multiplicité d'outils de collecte des données. L'enquête du SNIS dans la région de l'Extrême-Nord a dénombré près d'une vingtaine d'outils de collecte

des données à remplir mensuellement par les formations sanitaires. Le remplissage de ces nombreux outils au niveau opérationnel est un travail fastidieux pour les responsables des formations sanitaires ; ceci explique en partie la faible disponibilité d'une information sanitaire de qualité.

Les formations sanitaires du sous-secteur privé, à but lucratif communiquent très peu sur leurs activités et leurs données statistiques. En outre, de nombreuses formations sanitaires illégales échappent au contrôle du système de santé, d'où la faible complétude des informations sanitaires factuelles pour la prise de décision.

CHAPITRE 3 : CADRE DE MISE ŒUVRE DU PLAN DE SUIVI-EVALUATION DU PNDS

Dans le cadre de la mise en œuvre et du suivi-évaluation de la SSS 2016-2027, certains textes réglementaires en vigueur seront révisés et d'autres élaborés afin de garantir l'effectivité de l'approche sectorielle, la transparence et la participation de tous les acteurs au suivi-évaluation des performances réalisées. La composition, le fonctionnement, les missions du comité de pilotage et de suivi de la mise en œuvre de la SSS seront précisées dans un arrêté signé du Premier Ministre. Il en sera de même pour les missions des différents démembrements de ce comité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

3.1. NIVEAU CENTRAL

Le Comité de Pilotage et de Suivi de la Mise en œuvre de la SSS : la responsabilité institutionnelle du suivi-évaluation de la mise en œuvre du PNDS incombera au Comité de Pilotage et de suivi-évaluation de la mise en œuvre de la SSS et à ses démembrements du niveau central et déconcentré. A ce titre, il sera chargé entre autres de la synergie des activités concourant au développement de la santé sous le leadership du MINSANTE. Au niveau central, le comité de pilotage (COFIL) et de suivi de la mise en œuvre de la nouvelle SSS sera mis en place avec ses deux démembrements qui l'assisteront dans ses missions. Il disposera en effet, d'un Comité Technique de Suivi conformément aux recommandations du guide de planification stratégique au Cameroun et d'un Secrétariat Technique:

Le Comité Technique de Suivi : il sera présidé par le Secrétaire Général du MINSANTE. Prendront part aux réunions de ce comité technique : (i) les 10 délégués régionaux de la santé publique ; (ii) le responsable de la planification de la chaîne PPBS du MINSANTE et des ministères partenaires, (iii) les points focaux santé des ministères partenaires, les représentants des PTF; (iv) le Coordonnateur du secrétariat technique du comité de pilotage ; (v) les responsables des programmes prioritaires de santé du MINSANTE ; (vi) le chef de la cellule du suivi.

Ce comité pourrait, en cas de nécessité, avoir recours à des experts ad hoc à l'instar: (i) des Inspecteurs et des Conseillers Techniques ; (ii) des Directeurs et Chefs de Division ; (iii) des responsables des Programmes ; (iv) du Chef de la Cellule des Informations Sanitaires ; (v) des

Secrétaires Techniques des sous-comités thématiques ; (vi) du responsable de l'ONSP ; (vii) des responsables des groupes thématiques du comité de pilotage et de suivi de la mise en œuvre de la SSS ; (viii) du responsable de la CIS, etc.

Le comité Technique de suivi se réunira au moins trois fois par an et aura pour mission principale la validation des dossiers techniques à soumettre au COPIL. Pour plus d'efficacité et au regard des difficultés rencontrées par les Délégués Régionaux de la Santé Publique dans le suivi du PNDS, un plan de contingence de résolution des problèmes sera élaboré à chaque réunion du comité technique et des appuis multiformes apportés aux délégués pour lever les goulots qui entravent l'atteinte des objectifs du PNDS au niveau régional.

Le Secrétariat Technique du Comité de Pilotage et du suivi de la mise en œuvre de la SSS (ST/CP-SSS) : il est l'organe d'exécution des décisions prises par le COPIL. Pour un meilleur pilotage du secteur et un suivi efficace des indicateurs de la SSS 2016-2027, la consolidation des données collectées sera réalisée à chaque niveau de la pyramide sanitaire par les différentes instances de coordination mises en place. La synthèse des informations du niveau central comportera à la fois des données provenant : (i) des 10 comités régionaux de coordination et de suivi de la mise en œuvre du PNDS ; (ii) de la chaîne PPBS du MINSANTE et (iii) des ministères partenaires du secteur santé. Les réunions techniques du ST/CP-SSS serviront à consolider toutes les données et les informations issues de la mise en œuvre des interventions multisectorielles réalisées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire par le MINSANTE et les administrations partenaires.

Toutes ces informations permettront de renseigner le tableau de bord national du suivi de la mise en œuvre du PNDS 2016-2020. La rétro-information vers les régions sera systématique et une copie du rapport de suivi sera transmise au comité de suivi et aux DRSP. Le tableau de bord comportera deux types d'indicateurs : les indicateurs spécifiques au MINSANTE et ceux devant être renseignés par les ministères partenaires (voir Tableau 3).

Dans le cadre du S&E du PNDS, le ST/CP-SSS se chargera également : (i) de l'organisation des revues thématiques ou sectorielles ; (ii) du renforcement de l'approche sectorielle et de la mise en place d'un compact ; (iii) de la conception et du déploiement des outils d'élaboration des PDS et des PRCS ; (iv) de l'appui technique pour l'élaboration des plans de travail multisectoriels pluriannuels des DS, des DRSP et des structures du niveau central ; (v) du suivi des performances projetées dans le PNDS 2016-2020 ; (vi) de la réalisation des

enquêtes rapides afin de disposer des données de référence qui permettront d'assurer le suivi du PNDS; (vii) de l'évaluation du niveau d'atteinte des objectifs fixés par axe stratégique; (viii) de l'évaluation à mi-parcours et finale de la mise en œuvre du PNDS ; (ix) de l'élaboration d'une nouvelle SSS et ; (x) des appuis stratégique et logistique pour le fonctionnement des groupes thématiques et des sous-comités multisectoriels existant dans le secteur. Pour plus de cohérence et d'efficacité, le Secrétariat Technique du Comité de Pilotage sera élargi aux autres secrétariats multisectoriels thématiques existants.

3.2 NIVEAU DECONCENTRE

Au niveau déconcentré, le Comité de pilotage et de suivi de la mise en œuvre de la SSS aura deux démembrements à savoir : (i) le comité régional de coordination et de suivi-évaluation de la mise en œuvre (MEO) de la SSS et (ii) le comité opérationnel de coordination et de suivi-évaluation de la mise en œuvre de la SSS. La composition, le fonctionnement, les missions de toutes les instances de coordination et de suivi de la MEO du PNDS à tous les niveaux de la pyramide sanitaire seront précisés dans un arrêté signé du Premier Ministre.

3.2.1 Au niveau intermédiaire : le Comité Régional de Coordination et de Suivi-Evaluation de la mise en œuvre de la SSS (CORECSES) :

Au niveau intermédiaire, le Comité Régional de Coordination et de Suivi-Evaluation de la mise en œuvre de la SSS sera l'instance de coordination et de suivi de la mise en œuvre du PNDS 2016-2020.

A ce titre, il aura la responsabilité de : (i) élaborer le plan de Suivi-évaluation intégré du Plan Régional Consolidé de Développement Sanitaire (PRCDS) ; (ii) assurer le suivi des indicateurs du tableau de bord multisectoriel régional ; (iii) veiller à la pertinence des interventions proposées par les ministères partenaires et à leur contribution à l'atteinte des objectifs projetés dans le PRCDS ; (iv) apporter un appui technique aux districts de santé dans l'élaboration de leurs PDSD, et de leurs plans de suivi-évaluation ; (v) compiler et consolider les données de suivi du niveau déconcentré en vue d'élaborer le rapport de progrès de la DRSP; (vi) assurer la rétro-information du niveau régional vers les districts de santé; (vii) participer aux revues thématiques et/ou sectorielles ; (viii) organiser les missions de supervisions formatives et intégrées, le monitoring décentralisé et les réunions de coordination de routine au niveau régional.

Pour plus de cohérence et d'efficacité, le Secrétariat Technique du CORECSES sera élargi aux autres secrétariats multisectoriels thématiques existant dans la région. Le CORECSES veillera aussi à ce que les activités proposées dans les différents PTA /Plans pluriannuels des DS soient cohérentes et convergent vers l'atteinte des objectifs du PRCDS. Le Gouverneur de la région présidera les réunions du CORECSES et le Délégué Régional de la Santé Publique, assisté du Chef de la Brigade de Contrôle de la DRSP, assurera le secrétariat technique desdites réunions (le profil des autres membres du CORECSES est précisé dans le tableau 1).

3.2.2 Au niveau opérationnel : le Comité Opérationnel de Coordination et de Suivi-Evaluation de la mise en œuvre de la SSS (COCSES)

Le COCSES sera présidé par le Préfet/Sous-préfet. Le Chef du District de Santé quant à lui assurera la fonction de secrétaire technique. Le COCSES aura entre autres la responsabilité : (i) de consolider les PTA des aires de santé ; (ii) d'élaborer le plan de Suivi-évaluation du PDSD et veillera à ce qu'il soit arrimé au présent PISE ; (iii) d'apporter un appui technique au COSADI ; (iv) d'élaborer le tableau de bord de suivi-évaluation du PDSD ; (v) d'assurer le contrôle qualité des données collectées, de les analyser et de transmettre périodiquement le rapport de suivi des indicateurs attendu au niveau régional.

En effet, les réunions du COCSES présidées par le Préfet /Sous-Préfet seront non seulement des opportunités pour dévoiler les performances réalisées dans le DS, mais aussi des occasions qui permettront d'apprécier la qualité des données, de garantir la cohérence des interventions programmées dans les différents départements ministériels du secteur et qui sont nécessaires à l'atteinte des objectifs projetés dans le PNDS. Ces réunions permettront aussi de corriger les dysfonctionnements qui pourraient compromettre l'atteinte des résultats attendus du DS. Enfin, le Préfet/Sous-Préfet sera l'interlocuteur approprié pour assurer et renforcer la synergie des interventions menées au niveau opérationnel et la résolution multisectorielle des problèmes de santé identifiés.

CHAPITRE 4 : CADRES DE SUIVI-EVALUATION : OUTILS UTILISES

Les principaux outils préconisés pour le suivi-évaluation de la mise en œuvre du PNDS 2016-2020 comprennent : la matrice opérationnelle des indicateurs, le cadre de performance et le tableau de bord.

4.1. MATRICE OPERATIONNELLE DES INDICATEURS

La matrice opérationnelle de suivi-évaluation est un tableau qui récapitule les indicateurs de performance du PNDS 2016-2020. Elle permet d'expliquer le mode de calcul et de préciser le contenu de chaque indicateur. Tous les acteurs (à tous les niveaux) qui interviendront dans le S&E du PNDS disposeront donc d'un référentiel auquel ils peuvent recourir. Les indicateurs de cette matrice sont surtout de trois types. Sept critères sont utilisés pour décrire chaque indicateur de cette matrice, à savoir : (i) l'intitulé de l'indicateur ; (ii) son utilité ; (iii) sa méthode de calcul ; (iv) la méthode de collecte des données ; (v) les responsables de collecte ; (vi) la source de collecte des données ; (vii) la périodicité de la collecte des données.

Les indicateurs d'impact serviront à apprécier à long terme l'impact des actions de santé sur les populations. Les indicateurs d'effet quant à eux permettront d'apprécier à moyen terme, les progrès accomplis dans l'utilisation des services de santé et les changements de comportement observés. Les indicateurs d'effet et d'impact constituent donc la trame du cadre de performance du suivi-évaluation du PNDS. Enfin, les indicateurs de réalisation directe permettront de s'assurer du niveau d'exécution et de mise en œuvre des interventions planifiées.

Tableau 1: Matrice opérationnelle des indicateurs de suivi-évaluation du PNDS 2016-2020

Libellé de l'indicateur	Que mesure cet indicateur?	Comment on le calcule ?	Sources de collecte	Niveau de collecte ¹	Méthode de collecte	Périodicité
AXE STRATEGIQUE 1 : PROMOTION DE LA SANTE						
Indicateurs traceurs :						
% des membres des ménages utilisant les toilettes améliorées non partagées	Evalue l'utilisation des toilettes améliorées dans les ménages comme stratégie de prévention des maladies liées au péril fécal	Numérateur : Nombre de personnes vivant dans les ménages et qui utilisent les toilettes améliorées non partagées Dénominateur : Population d'étude	EDS	Central	Enquêtes	Tous les 5 ans
Prévalence de l'obésité en milieu urbain	Apprécie l'ampleur de l'obésité en milieu urbain (Pourcentage de la population urbaine dont l'indice de masse corporel est supérieur ou égal à 30kg/m ²)	Numérateur : Nombre de personnes atteintes d'obésité (dont l'IMC est supérieur ou égal à 30kg/m ²) en milieu urbain. Dénominateur : nombre total de personnes à risque en milieu urbain enquêtées	EDS	Central	Enquêtes	Tous les 5 ans
Pourcentage d'entreprises ciblées qui appliquent les principes de santé et de sécurité au travail	Apprécie le niveau d'application des mesures de sécurité au travail pour la prévention des maladies professionnelles et les accidents de travail	Numérateur : Nombre d'entreprises du secteur formel évalués qui appliquent les principes de santé et de sécurité au travail. Dénominateur : Nombre total d'entreprises ciblées	EDS	Central	Enquêtes	Tous les 5 ans

¹ L'affectation d'un indicateur à un niveau donné de la pyramide sanitaire, a tenu compte de deux critères : (i) la facilité pour le niveau de la pyramide à renseigner cet indicateur au regard de ses missions ; et (ii) sa capacité à mener des actions correctrices en vue d'améliorer cet indicateur si sa valeur est inférieure à celle attendue d'une part, ou à identifier les stratégies pour le maintien de cette valeur à son meilleur niveau, si celle-ci est satisfaisante d'autres parts.

Libellé de l'indicateur	Que mesure cet indicateur?	Comment on le calcule ?	Sources de collecte	Niveau de collecte ¹	Méthode de collecte	Périodicité
Taux de malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans	Mesure l'ampleur de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans	Numérateur : Nombre d'enfants de 0 à 59 mois dont l'indice poids pour âge est inférieur à -2 Z scores ¹ . Dénominateur : nombre total d'enfants de 0 à 59 mois enquêtés	EDS	Central	Enquêtes	Tous les 5 ans
Sous axe stratégique 1.1 : Capacités institutionnelles, communautaires et coordination dans le domaine de la promotion de la santé						
Indicateurs traceurs						
Proportion des DS disposant d'un COSADI fonctionnel ^(a)	Apprécie la fonctionnalité des structures de dialogue du niveau opérationnel	Numérateur : Nombre de DS disposant d'un PSDS élaboré avec la participation des membres du COSADI et ayant documenté au moins 50% des activités réalisées par les membres des structures de dialogue au cours du semestre précédant l'enquête Dénominateur : Nombre total de DS enquêtés	Rapport annuel DOSTS, rapport des DRSP, SNIS,	Régional	Enquête,	Annuelle
Indicateurs traceurs						
Proportion du budget du MINSANTE alloué aux interventions de promotion de santé	Apprécie l'engagement et le niveau d'investissement du MINSANTE pour les interventions de promotion de la santé	Numérateur : Montant du budget alloué aux interventions de promotion de la santé. Dénominateur : Budget total de l'Etat.	Rapport DRFP	Central	Exploitation des rapports	Annuelle
Proportion des DS ayant au moins 3 OSC affiliés à la plateforme régionale des OSC et ayant contribué à la mise en œuvre du PTA du DS	Apprécie la fonctionnalité des OSC des DS et celle de la plateforme régionale des OSC dans la mise en œuvre des interventions de santé; permet aussi d'apprécier l'implication des OSC dans la mise en œuvre des actions de santé	Numérateur : Nombre de DS ayant au moins 3 OSC affiliés à la plateforme régionale des OSC et qui participent à la mise en œuvre des activités de santé inscrites dans le PTA du DS pour la période évaluée. Dénominateur : Nombre total de DS évalués	Rapport DPS, DRSP, DCOOP, DS	Régional	Enquête, étude	Annuelle

Libellé de l'indicateur	Que mesure cet indicateur?	Comment on le calcule ?	Sources de collecte	Niveau de collecte ¹	Méthode de collecte	Périodicité
Proportion des DS ayant au moins 3 ASC polyvalents formés pour la dispensation d'un PMA communautaire de qualité	Mesure la disponibilité dans les districts de santé des ASC polyvalents qualifiés pour la dispensation du PMA communautaire de qualité (promotion de la santé, prévention de la maladie et prise en charge des cas de maladies)	Numérateur : Nombre de DS ayant au moins 3 ASC formés et recrutés pour la dispensation des activités du PMA au niveau communautaire Dénominateur : Nombre total de DS enquêtés	Rapport DPS, DOSTS, DRH	Régional	Enquête, étude	Annuelle
Disponibilité d'un texte réglementaire actualisé régissant la participation communautaire aux interventions de santé	Apprécie le niveau d'encadrement juridique de la participation communautaire		Rapport DPS, DAJC, DOSTS	Central	revue documentaire	Tous les deux ans
Taux de réalisation des objectifs du plan pluriannuel de promotion de la santé	Apprécie le niveau d'atteinte des objectifs projetés dans le Plan Stratégique National et Multisectoriel de promotion de la santé	Numérateur : Nombre d'objectifs du plan pluriannuel de promotion de la santé atteints Dénominateur : Nombre total d'objectifs dudit plan	Rapport DPS, DRSP, ST-CP/SSS	Central	Enquête, étude	Annuelle
Proportion des DS dont au moins 50% d'établissement secondaires mettent en œuvre les activités de promotion de la santé	Apprécie la capacité des établissements scolaires à développer et mettre en œuvre les activités de promotion de santé	Numérateur : Nombre de DS dont au moins 50% d'établissement secondaires mettent en œuvre les activités de promotion de la santé Dénominateur : Nombre total de DS	Rapport DPS, MINEDUB, MINESEC, MINESUP, MINTSS	Opérationnel	étude	tous les 2 ans
Proportion des DS ayant mis en œuvre au moins 50% d'activités communautaires inscrites dans leur PTA	Mesure le niveau de mise en œuvre des interventions communautaires inscrites dans les PTA des DS	Numérateur : Nombre de DS ayant mis en œuvre au moins 50% des activités du paquet d'interventions intégrées sous directives communautaires planifiées Dénominateur : Nombre total des DS enquêtés	Rapport DPS	Régional	Enquête, étude	Annuelle

Libellé de l'indicateur	Que mesure cet indicateur?	Comment on le calcule ?	Sources de collecte	Niveau de collecte ¹	Méthode de collecte	Périodicité
Sous-axe stratégique 1.2 : Cadre de vie des populations						
Indicateurs traceurs						
Proportion des ménages qui utilisent un combustible solide comme source première d'énergie domestique pour cuisiner	Permet d'apprécier le niveau d'exposition des ménages aux toxiques contenus dans la fumée des combustibles solides	Numérateur : Nombre de ménages qui utilisent un combustible solide comme source première d'énergie domestique pour cuisiner. Dénominateur : Nombre total de ménages ciblés	MICS, EDS	Central	Enquête	Tous les 3 à 5 ans
Proportion des ménages ayant accès à l'eau potable	Apprécie la frange de la population ayant accès à une eau de boisson potable	Numérateur : Nombre de ménages ayant accès à une source d'eau potable. Dénominateur : Nombre total de ménages recensés	DPS, EDS, MICS, ECAM	Central	Enquête, étude	Tous les 3 à 5 ans
Indicateurs traceurs						
Proportion des DS mettant en œuvre l'ATPC ^(a)	Apprécie l'implication de la communauté dans la mise en œuvre des interventions d'hygiène et d'assainissement de base du milieu	Numérateur : Nombre total de DS mettant en œuvre l'ATPC Dénominateur : Nombre total de DS ciblés	DPS, EDS, MICS, ECAM	Régional (Régions du septentrion)	Enquête, étude	Annuelle
Proportion des DS disposant des techniciens du génie sanitaire	Apprécie la disponibilité du personnel formé en hygiène et assainissement dans le DS	Numérateur : Nombre des DS disposant d'au moins un technicien du génie sanitaire Dénominateur : nombre total de district enquêtés	Rapport DPS, DRH	Régional	Revue documentaire	Tous les ans
Taux d'exécution des activités prévues dans le plan santé des entreprises ciblées au cours des 12 derniers mois	Mesure le niveau d'exécution des activités de promotion de la santé et de sécurité au travail en milieu professionnel	Numérateur : Nombre d'activités mises en œuvre dans le plan santé des entreprises au cours d'une période Dénominateur : Nombre total d'activités planifiées dans les entreprises ciblées au cours de la même période	MINTSS, DPS, DCOOP	Central	Enquête, étude	Annuelle

Libellé de l'indicateur	Que mesure cet indicateur?	Comment on le calcule ?	Sources de collecte	Niveau de collecte ¹	Méthode de collecte	Périodicité
Sous axe stratégique 1.3: Renforcement des aptitudes favorables à la santé des individus et des communautés						
Indicateurs traceurs						
Prévalence des grossesses chez les adolescentes	Mesure l'efficacité des mesures mises en place pour prévenir la survenue des grossesses précoces	Numérateur: Nombre de filles enceintes âgées de 15 à 19 ans Dénominateur: Nombre total de filles âgées de 15 à 19 ans	MICS5	Régional	Enquête, étude	Tous les 2 à 3 ans
Prévalence du tabagisme chez les sujets âgés de 15 ans et plus	Mesure l'ampleur de l'exposition au tabac chez les sujets âgés de 15 ans et plus	Numérateur: Nombre de personnes âgées de 15 ans et plus consommant du tabac Dénominateur: Nombre total de personnes âgées de 15 ans et plus	Statistiques sanitaires Mondiales, OMS, DPS, GATS	Central	Rapport OMS, Enquêtes	Tous les 3 à 5 ans
Indicateurs traceurs						
% des DS disposant d'un plan intégré de communication pour la promotion de la santé et la prévention des maladies	Mesure la capacité des DS à organiser les activités de communication pour la promotion de la santé et la prévention de la maladie	Numérateur: Nombre de DS disposant d'un Plan intégré de Communication pour la promotion de la santé et la prévention de la maladie Dénominateur: Nombre total de DS enquêtés	DPS	Régional	Etude/enquête	Annuelle
Nombre annuel de saisies de produits alimentaires de contre bande réalisées	Apprécie l'efficacité du contrôle sanitaire des aliments	Dénombrement	DPS, ANOR	Opérationnel	Exploitation des documents	Annuelle
Proportion des DS qui disposent d'équipes communautaires formées aux gestes de premiers secours	Mesure la disponibilité des équipes de prise en charge pré hospitalière utiles pour la PEC des cas d'AVP (disponibilité de l'offre de services et des soins pré hospitaliers)	Numérateur : nombre de DS qui disposent d'équipes communautaires formées en premiers secours au cours d'une période donnée Dénominateur: Nombre total des districts enquêtés au cours de la même période	DOSTS, DLMEP, ONSP, MINTRANSP ORT, Sapeurs-Pompiers	Régional	Etudes	Tous les deux ans

Libellé de l'indicateur	Que mesure cet indicateur?	Comment on le calcule ?	Sources de collecte	Niveau de collecte ¹	Méthode de collecte	Périodicité
Nombre de victimes (blessés ou morts) de la voie publique en interurbain	Apprécie l'efficacité des mesures de sécurité routière mises en place par les pouvoirs publics	Dénombrement annuel des cas victimes d'AVP	Rapports MINTRANS-PORT, Rapport CONAROUTE	Central	Exploitation des documents	annuelle
Proportion des CTD/ DS ayant des espaces aménagés et conventionnels pour la pratique des activités physiques et sportives	Mesure la disponibilité des espaces aménagés pour la pratique d'exercices physiques et sportifs dans les districts	Numérateurs : Nombre de CTD/DS disposant d'au moins un espace aménagé et conventionnel pour la pratique d'exercices physiques et sportives Dénominateurs : Nombre total de CTD/DS ciblés	CU, MINSEP	Régional	étude	Annuelle
Proportion des centres agréés pour la pratique des activités physiques et sportives qui dispose d'un éducateur sportif qualifié	Mesure la disponibilité des ressources humaines qualifiées pour encadrer la pratique des activités physiques et sportives dans les centres agréés	Numérateur : Nombre de centres agréés pour la pratique des activités physiques et sportives qui dispose d'un moniteur qualifié Dénominateur : Nombre total de centres agréés pour la pratique des activités physiques et sportives évalués	Rapports DPS, MINSEP	Régional	Enquête, étude	Annuelle
% d'enfants de 6 à 23 mois qui ont reçu des repas comprenant au moins quatre groupes d'aliments durant le jour précèdent l'enquête	Apprécie le niveau d'adoption des pratiques relatives à l'alimentation équilibrée chez les parents d'enfants de 6 à 23 mois	Numérateur : Nombre d'enfants de 6 à 23 mois ayant reçu au moins quatre groupes d'aliments durant le jour précèdent l'enquête Dénominateur : Nombre total d'enfants de 6 à 23 mois enquêtés	Rapports DPS,	Opérationnel	Enquête, étude	tous les 2 ans
Prévalence de la carie dentaire chez les élèves de l'école primaire	Mesure l'ampleur des affections bucco-dentaires en milieu scolaire	Numérateur : Nombre d'enfants en milieu scolaire ayant au moins une dent cariée Dénominateur : Nombre total d'enfants enquêtés (examinés) pour la période considérée	Rapports MINEDUB/MIINSANTE	Opérationnel	Enquête, étude	Tous les 5 ans

Libellé de l'indicateur	Que mesure cet indicateur?	Comment on le calcule ?	Sources de collecte	Niveau de collecte ¹	Méthode de collecte	Périodicité
Sous Axe stratégique 1.4 : Pratiques familiales essentielles, Planification familiale, promotion de la santé de l'adolescent et soins après avortement						
Indicateurs traceurs						
Taux de prévalence contraceptive moderne chez les femmes en âge de procréer	Permet d'estimer la proportion de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) mariées ou en couple et dont les besoins en PF sont satisfaits par des méthodes modernes	Numérateur: Nombre des femmes en âge de procréer (15 - 49 ans) et sexuellement actives qui utilisent ou dont le partenaire utilise une méthode contraceptive moderne X 100 Dénominateur: Nombre total des femmes en âge de procréer (15 - 49 ans)	Rapport DSF, PLMI, MICS	Régional	Enquête, étude	Tous les 3 à 5 ans
Proportion des besoins non satisfaits en PF	Mesure la capacité du système à rendre disponible les contraceptifs pour les femmes actuellement en union qui ne veulent plus avoir d'enfants et celles qui veulent attendre une ou plusieurs années avant d'avoir un autre enfant	Numérateur : Nombre de femmes de 15 à 49 ans mariées ou en union, qui veulent espacer leurs naissances ou limiter le nombre d'enfants mais qui n'utilisent pas actuellement une méthode de contraception Dénominateur: Nombre total de femmes de 15-49 ans actuellement en union qui sont fécondes et qui veulent espacer leurs naissances ou limiter le nombre d'enfants	MICS	Régional	Enquête, étude	tous les 2 ans
Indicateurs traceurs						
Proportion d'HD disposant d'un personnel technique formé en PFE ^(a)	Apprécie la disponibilité des ressources humaines qualifiées pour la promotion des PFE	Numérateur: Nombre d'HD disposant d'au moins un prestataire formé en PFE Dénominateur: Nombre total d'HD ciblés	DSF	Régional	Enquête, étude	Annuelle
Pourcentage des ménages mettant en œuvre au moins 7 des 15 pratiques familiales essentielles ^(a)	Donne une indication sur le niveau d'adoption des pratiques et comportements favorables à la santé dans la communauté	Numérateur: Nombre de ménages appliquant au moins 7 des 15 pratiques familiales essentielles. Dénominateur: Nombre total de ménages ciblés	Rapports DPS, MINPROF	Opérationnel	Enquête, étude	Annuelle

Libellé de l'indicateur	Que mesure cet indicateur?	Comment on le calcule ?	Sources de collecte	Niveau de collecte ¹	Méthode de collecte	Périodicité
AXE STRATEGIQUE2 : PREVENTION DE LA MALADIE						
Indicateurs traceurs :						
Prévalence de l'hypertension artérielle (HTA) chez l'adulte de plus de 15 ans en milieu urbain	Mesure l'ampleur de l'HTA en milieu urbain i.e. la proportion de personnes âgées de 15 ans et plus ayant une pression artérielle systolique ≥ 140 mmHg ou une pression artérielle diastolique ≥ 90 mm Hg	Numérateur : Nombre de sujets de plus de 15 ans souffrant d'HTA Dénominateur : Nombre total de sujets à risque et âgés de 15 ans et plus	MINSANTE (DLMEP)	Central	Enquête, étude	Au moins tous les 5 ans
Sous Axe stratégique 2.1 : Prévention des Maladies Transmissibles						
Indicateurs traceurs						
Incidence du VIH	Apprécie l'ampleur des nouvelles infections au VIH	Numérateur : Nombre de nouveaux cas de VIH au cours de la période évaluée Dénominateur : population totale des personnes à risque au cours de la même période	RSDP-VIH, EDS	Régional	Enquête, étude	Tous les 3 à 5 ans
Prévalence du VIH	Mesure l'ampleur du VIH dans la population générale	Numérateur : Nombre de personnes VIH + Dénominateur : population totale	EDS	Régional	Enquête, étude	Tous les 5 ans
Prévalence de l'hépatite virale B	Mesure l'ampleur de l'hépatite virale B dans la population générale	Numérateur : Nombre de personnes infectées par le virus de l'Hépatite B. (c'est-à-dire nombre de personnes dépistés Ag HBs positifs) Dénominateur : population totale	EDS	Régional	Enquête sérologique, étude	Tous les 5 ans
Couverture de la chimiothérapie préventive de l'onchocercose (couverture TIDC)	Mesure la capacité du système à prévenir la survenue de l'onchocercose et de ses complications	Numérateur : Nombre de personnes ayant reçu le traitement préventif Dénominateur : population totale à risque	Rapport DLMEP, Programmes	Opérationnel	Rapport technique PNLO	Annuelle

Libellé de l'indicateur	Que mesure cet indicateur?	Comment on le calcule ?	Sources de collecte	Niveau de collecte ¹	Méthode de collecte	Périodicité
Incidence de la tuberculose TPM+	Mesure le nombre de nouveaux cas de tuberculose à microscopie positive et de rechutes sur une période donnée	Numérateur: Nombre de nouveaux cas de TB et de rechutes sur une période donnée Dénominateur: Population totale à risque ciblée sur la même période	Rapports PNLTB, DLMEP	Régional	Enquête, Revue, Monitoring	Annuelle
Indicateurs traceurs						
Pourcentage de DS ayant réalisé et documenté au moins 75% des activités d'IEC/C4D inscrites dans leur Plan intégré de communication	Apprécie la capacité du système à promouvoir la santé et à sensibiliser les populations sur les moyens de prévention des maladies (appréciation du niveau de mise en œuvre des activités de sensibilisation inscrites dans le Plan intégré de Communication du DS).	Numérateur : Nombre de DS ayant réalisé et documenté les activités IEC/C4D planifiées Dénominateur: Nombre de DS évalués	Rapports DS,	Régional	étude	Semestrielle
Pourcentage des personnes âgées de 15-49 ans vivant en milieu carcéral, ayant réalisé un test de dépistage du VIH durant les 12 derniers mois et qui ont retiré leur résultat	Mesure l'efficacité de la stratégie du DCIP (Dépistage et Conseil du VIH à l'initiative des Prestataires) en milieu carcéral	Numérateur: Nombre de personnes âgées de 15-49 ans vivant en milieu carcéral ayant réalisé un test de dépistage et qui ont retiré leur résultat. Dénominateur: Nombre total des personnes de 15-49 ans vivant en milieu carcéral ayant réalisé le test	DPS, CNLS	Régional	étude	Annuelle
Pourcentage des personnes de 15-49 ans ayant réalisé un test de dépistage du VIH durant les 12 derniers mois et qui ont retiré leur résultat	Mesure l'efficacité de la stratégie du DCIP (Dépistage et Conseil du VIH à l'initiative des Prestataires)	Numérateur: Nombre des personnes de 15-49 ans ayant réalisé un test de dépistage de VIH et qui ont retiré leur résultat Dénominateur: Nombre total des personnes de 15-49 ans ayant réalisé un test	DPS, CNLS	Opérationnel	étude	Annuelle

Libellé de l'indicateur	Que mesure cet indicateur?	Comment on le calcule ?	Sources de collecte	Niveau de collecte ¹	Méthode de collecte	Périodicité
Proportion des ménages disposant d'une MILDA pour 2 personnes	Mesure la disponibilité des MILDA dans les ménages	Numérateur: Nombre de ménages ayant reçu une MILDA pour deux personnes sur la période évaluée Dénominateur: Nombre de ménages enquêtés	Rapport PNL, Registre de distribution des MILDA	Central	étude	tous les 3 ans
Proportion d'enfants de moins de 5 ans des régions du Nord et de l'Extrême Nord ayant reçu un traitement préventif pour le paludisme saisonnier	Mesure la capacité du système à assurer la prévention du paludisme saisonnier chez les enfants de moins de 5 ans dans les zones exposées au paludisme saisonnier	Numérateur : Nombre d'enfants de moins de 5 ans exposés au paludisme saisonnier et ayant reçu le traitement préventif sur une période donnée. Dénominateur: Nombre total d'enfants de moins de 5 ans exposés au paludisme saisonnier ciblés sur la même période	Rapport DLMEP, Rapport PNL, MAPE	Opérationnel	Compilation des données	Annuelle
Sous axe stratégique 2.2: MAPE et événements de santé publique						
Indicateurs traceurs						
Proportion des DS en épidémies de rougeole confirmées et ayant organisé une riposte selon les directives nationales	Mesure la fonctionnalité et la réactivité du système de surveillance/alerte et de riposte aux épidémies dans le DS	Numérateur : Nombre de DS en épidémie de rougeole et ayant organisé une riposte Dénominateur: Nombre total de DS en épidémies de rougeole	Rapports DLMEP, Fiche de notification des MAPE, Rapport des MAPE	Régional	Exploitation des rapports de surveillance épidémiologique	Hebdomadaire, Mensuelle
Proportion d'épidémies de rougeole notifiées et investiguées	Mesure les capacités du système de santé à assurer la surveillance épidémiologique de la rougeole	Numérateur: Nombre d'épidémies de rougeole notifiées et investiguées Dénominateur: Nombre total d'épidémies de rougeole notifiées	Rapports DLMEP, Fiche de notification des MAPE, Rapport des MAPE	Régional	Exploitation des rapports de surveillance épidémiologique	Hebdomadaire, Mensuelle

Libellé de l'indicateur	Que mesure cet indicateur?	Comment on le calcule ?	Sources de collecte	Niveau de collecte ¹	Méthode de collecte	Périodicité
Indicateurs traceurs						
Proportion des CERPLE disposant des capacités opérationnelles minimales requises pour la surveillance des MAPE /événements de santé publique et pour la riposte ^(a)	Mesure la disponibilité des moyens institutionnels mais aussi le niveau de préparation des DRSP pour la gestion des cas d'urgences ou d'événements de santé publique (MAPE).	Numérateur: Nombre des DRSP disposant des CERPLE ayant des capacités opérationnelles minimales requises pour la surveillance des MAPE /événements de santé publique et pour la riposte Dénominateur: Nombre total des CERPLE	DRSP, DLMEP	Central	Exploitation des rapports d'activités	Annuelle
Proportion des DRSP disposant d'un laboratoire de référence qui fonctionne en réseau pour la surveillance des MAPE	Mesure la disponibilité et la fonctionnalité du réseau de laboratoires de référence pour la surveillance des MAPE	Numérateur: Nombre de DRSP disposant d'au moins un laboratoire de référence qui fonctionne en réseau pour la surveillance des MAPE Dénominateur: Nombre total des DRSP	DPML, LNSP	Central	Etudes	Annuelle
Proportion des DRSP disposant d'une cartographie annuelle actualisée des zones à risques d'épidémie et des plans opérationnels de riposte conséquents	Permet de disposer d'un état des lieux global sur la vulnérabilité sanitaire des districts de santé. Permet d'apprécier l'ampleur des zones à risques d'épidémies dans la perspective d'organiser conséquemment les ripostes dans ces zones	Numérateur: Nombre de DRSP qui disposent d'une cartographie annuelle des risques d'épidémies et des plans opérationnel de riposte Dénominateur: Nombre total de DRSP	Rapport DLMEP	Central	Etudes	Annuelle
Nombre d'enfants manqués par la vaccination de routine	Apprécie la capacité des DS à vacciner à toute leur population cible	Dénombrement	DSF, DLMEP, PEV	Régional	Monitoring décentralisé, Revue du PEV	Annuelle
Proportion des DS disposant d'intrants pour la riposte contre les autres MAPE non ciblés par le PEV au cours des trois derniers mois	Mesure la disponibilité dans les DS des intrants pré-positionnés pour la riposte contre les MAPE non pris en compte par le PEV	Numérateur: Nombre DS disposant d'intrants pour la riposte contre les autres MAPE non ciblés par le PEV Dénominateur: Nombre total de DS ciblés	Rapport DPML	Régional	Supervision	Semestrielle

Libellé de l'indicateur	Que mesure cet indicateur?	Comment on le calcule ?	Sources de collecte	Niveau de collecte ¹	Méthode de collecte	Périodicité
Sous axe stratégique 2.3 : SRMINEA et PTME						
Indicateurs traceurs						
Couverture vaccinale à l'antigène de référence (Penta3)	Mesure le niveau d'immunisation des enfants de 0-11 mois en PENTA 3	Numérateur : Nombre d'enfants de 0-11 mois ayant reçu le penta 3 sur une période donnée Dénominateur : Nombre d'enfants de moins d'un an attendus ciblés pour la même période	RMA, MICS, rapport d'activités du PEV	Opérationnel	Monitoring décentralisé, Revue du PEV	Mensuelle, Annuelle
Taux de couverture en CPN4	Mesure le niveau d'assiduité des femmes enceintes à la consultation prénatale	Numérateur Nombre total de femmes enceintes ayant effectué au moins 4 consultations prénatales au cours d'une période donnée Dénominateur : Nombre de grossesses attendues pour la période la même période	DSF PLMNI	Opérationnel	Revue des données	Annuelle
Couverture vaccinale en VAR/RR	Mesure la proportion des enfants (cible PEV) ayant achevé la vaccination de routine	Numérateur : Nombre d'enfants de 0-11 mois vaccinés contre la rougeole et la rubéole au cours d'une période donnée Dénominateur : Nombre total d'enfants de 0 à 11 mois attendus au cours de la même période	Rapport PEV	Opérationnel	Compilation des données de vaccination	Annuelle
Proportion de femmes enceintes infectées par le VIH et sous TARV	Mesure l'ampleur de l'infection à VIH chez la femme enceinte	Numérateur : Nombre total des femmes enceintes infectées par le VIH et sous TARV au cours d'une période donnée Dénominateur : Nombre total de femmes enceintes séropositives au cours de la même période	RSDP-VIH, CNLS	Opérationnel	Compilation des données de PEC du VIH	Trimestrielle

Libellé de l'indicateur	Que mesure cet indicateur?	Comment on le calcule ?	Sources de collecte	Niveau de collecte ¹	Méthode de collecte	Périodicité
Proportion d'enfants de 0-5 ans dormant sous une MILDA	Mesure l'utilisation de la MILDA chez les enfants de 0-5 ans	Numérateur : Nombre d'enfants de 0-5 ans dormant sous MILDA au cours d'une période donnée Dénominateur : Nombre total estimé d'enfants de 0-5 ans au cours de la même période	Rapport PNL, MICS, EDS	Opérationnel	EDS, Routine	Tous les trois ans
Taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant	Apprécie la capacité du système à prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant	Numérateur : Nombre total d'enfants séropositifs nés de mères séropositives. Dénominateur : Nombre total d'enfants nés de mères séropositives	Données de routine DLMEP, CNLS	Régional	Etude	Annuelle
Proportion de nouveau-nés de faible poids (poids inf. à 2500 grammes)	Permet d'apprécier l'état nutritionnel de la mère	Numérateur : Nombre de nouveau-nés ayant moins de 2500 g à la naissance au cours de la période évaluée Dénominateur : Nombre total de naissances vivantes enregistrés au cours de la même période	EDS, MICS, PHIA	Opérationnel	Etude, enquête	1 à 5 ans
Proportion des femmes enceintes ayant reçu au moins 3 doses de TPI durant leur grossesse (% TPI3)	Apprécie la capacité du système à prévenir le paludisme chez la femme enceinte	Numérateur : nombre des femmes enceintes ayant reçu au moins 3 doses de TPI durant leur grossesse au cours d'une période donnée. Dénominateur : Nombre de femmes enceintes ayant consulté en CPN au cours de la même période	RMA, rapport PNL	Opérationnel	Supervision PNL	Mensuel, Annuelle
Indicateurs traceurs						
Proportion d'HD disposant d'au moins un prestataire formé pour la dispensation des interventions à haut impact sur la santé maternelle et infantile	Mesure la disponibilité dans les HD des ressources humaines de qualité capables d'offrir des prestations de services et des soins à haut impact sur la santé maternelle et infantile.	Numérateur : Nombre d'HD disposant d'au moins un prestataire formé pour la dispensation des interventions à haut impact sur la santé maternelle et infantile Dénominateur : Nombre total d'HD évaluées	Rapport PLMI, Rapport DRH	Opérationnel	Compilation des données de routine	Annuel

Libellé de l'indicateur	Que mesure cet indicateur?	Comment on le calcule ?	Sources de collecte	Niveau de collecte ¹	Méthode de collecte	Périodicité
Proportion d'HD qui offrent les SONUC selon les normes (9 fonctions) (a)	Evalue la disponibilité de l'offre de service SONUC dans les HD (disponibilité des 9 fonctions SONUC complets)	Numérateur: Nombre d'HD qui offrent les 9 fonctions SONUC au cours d'une période donnée Dénominateur: Nombre total d'HD évalués au cours de la même période	Rapport DSF	Régional	Etude	Annuelle
Proportion de nouveau-nés ayant reçu les soins postnataux dans les 48 heures qui suivent leur naissance	Mesure la capacité du système de santé à prendre en charge les problèmes de santé du nouveau-né de manière précoce	Numérateur: Nombre d'enfants reçu à la CPON dans les 48 heures ayant suivi l'accouchement au cours d'une période. Dénominateur: Nombre total de naissances vivantes enregistrées au cours de la même période	Rapport DSF sur les accouchements dans les FOSA, MICS, Registres de consultation	Opérationnel	Compilation des données de routine	Annuelle, 3 à 5 ans
Sous axe stratégique 2.4 : Prévention des maladies non transmissibles						
Indicateurs traceurs						
Prévalence du Diabète type 2 chez les adultes ayant au moins 18 ans en milieu urbain	Mesurer l'ampleur du diabète type 2 en milieu urbain	Numérateur : Nombre de personnes en milieu urbain âgées de 18 ans et plus ayant une hyperglycémie modérée à jeun (définie par valeur de la glycémie à jeun comprise entre 110mg/dl et 126 mg/dl) Dénominateur: Population totale de sujets âgés de 18 ans et plus ciblés	Rapport DPS, Rapport DLMEP	Central	Enquête STEPS	3 à 5 ans
Indicateurs traceurs						
Proportion des DRSP ayant organisé au moins une campagne annuelle de prévention et de dépistage des MNT (HTA, diabète, cancers, etc.)	Evalue la disponibilité de l'offre de service de prévention des MNT dans les DRSP	Numérateur: Nombre de DRSP ayant organisé au moins une campagne annuelle de prévention des MNT Dénominateur: Nombre total de DRSP	DLMEP	Central	Exploitation des documents	Annuelle

Libellé de l'indicateur	Que mesure cet indicateur?	Comment on le calcule ?	Sources de collecte	Niveau de collecte ¹	Méthode de collecte	Périodicité
Proportion des DRSP ayant organisé au moins une campagne de sensibilisation et dépistage de la drépanocytose	Apprécie la capacité du système à mener les activités de dépistage pour la prévention de la drépanocytose	Numérateur: Nombre de DRSP ayant organisé au moins une campagne annuelle de prévention de la drépanocytose Dénominateur: Nombre total de DRSP	Rapport DLMEP	Central	Exploitation des documents	Annuelle
AXE STRATEGIQUE 3: PRISE EN CHARGE DES CAS						
Indicateurs traceurs						
Taux de mortalité péri-opératoire dans les hôpitaux de 2 ^{ème} , 3 ^{ème} et 4 ^{ème} catégorie	Apprécie la qualité de la prise en charge des cas médico-chirurgicaux dans les hôpitaux de 1 ^{ère} , 2 ^{ème} de 3 ^{ème} et 4 ^{ème} catégorie	Numérateur: Nombre de personnes décédées au bloc ou de suites opératoires dans une formation sanitaire de 1 ^{ère} , 2 ^{ème} de 3 ^{ème} et 4 ^{ème} catégorie au cours d'une période Dénominateur: Nombre de cas médico chirurgicaux admis dans une formation sanitaire de 3 ^{ème} et 4 ^{ème} catégorie au cours de la même période	Rapport DLMEP, Rapports DOSTS	Opérationnel	Exploitation des registres et des rapports d'activités des FOSA	Semestrielle
Taux de mortalité spécifique du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans	Apprécie l'efficacité de la prévention et de la prise en charge du Paludisme chez les enfants de moins de 5 ans	Numérateur : Nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans des suites de paludisme survenus au cours d'une période donnée Dénominateur: Nombre total d'enfants de moins de 5 ans ayant présenté cette maladie au cours de la même période	Rapport PNL, DLMEP	Central	Enquêtes Etudes	Annuelle
Taux de létalité obstétricale direct intra hospitalière	Apprécie la qualité de la prise en charge des femmes enceintes dans les FOSA	Numérateur : Nombre de patientes décédées à l'hôpital des suites d'une complication de la grossesse au cours d'une période Dénominateur: Nombre total de femmes enceintes admises dans la FOSA au cours de la même période	Rapport DSF, Rapport PLMNI	Opérationnel	Exploitation des données de routine	Tous les 6 mois

Libellé de l'indicateur	Que mesure cet indicateur?	Comment on le calcule ?	Sources de collecte	Niveau de collecte ¹	Méthode de collecte	Périodicité
Ratio de mortalité maternelle	Mesure la probabilité pour une femme de mourir des suites d'une grossesse (risque obstétrical)	Numérateur : Nombre annuel de décès de femmes, en raison de causes liées à la grossesse ou aggravées par la grossesse ou sa prise en charge, survenant pendant la grossesse ou l'accouchement ou dans les 42 jours suivant la fin de la grossesse, quelle que soit la durée de la grossesse ou le type de grossesse sur une période donnée Dénominateur : Nombre de naissances vivantes enregistrées au cours de la même période	EDS, DSF, PLMINI	Central	Enquêtes,	Tous les 5 ans
Taux de mortalité néonatale	Mesure la probabilité pour un nouveau-né de mourir avant 28 jours sur la période considérée	Numérateur : Nombre de décès de nouveau-nés survenus au cours des 28 premiers jours de vie sur une année ou sur une autre période donnée Dénominateur : Nombre total de naissances vivantes enregistrées sur la même période	EDS, DSF, PLMINI	Central	Enquêtes EDS, MICS, ECAM	Tous les 3 à 5 ans
Taux de mortalité infantile	Mesure la probabilité pour un enfant né à un endroit spécifique à une année donnée de mourir avant d'avoir atteint l'âge d'un an	Numérateur : Nombre d'enfants nés vivants et décédés avant l'âge d'un an sur une période donnée. Dénominateur : Nombre total de naissances vivantes enregistrées au cours de la même période	EDS, DSF, PLMINI	Central	Enquêtes, EDS, MICS, ECAM	Tous les 3 à 5 ans
Taux de mortalité infanto-juvénile	Mesure la probabilité pour un enfant né à un endroit spécifique en une année donnée, de mourir avant d'avoir atteint l'âge de cinq ans sur la période considérée	Numérateur : Nombre de décès d'enfants nés vivants de 0 à 4 ans révolus au cours d'une période donnée Dénominateur : Nombre d'enfants âgés de 0 à 4 ans enregistrés au cours de la même période	EDS, DSF, PNLMINI	Central	Enquêtes, EDS, MICS, ECAM	Tous les 5 ans

Libellé de l'indicateur	Que mesure cet indicateur?	Comment on le calcule ?	Sources de collecte	Niveau de collecte ¹	Méthode de collecte	Périodicité
Sous axe stratégique 3.1 : Prise en charge curative des maladies transmissibles et non transmissibles						
Indicateurs traceurs						
Taux de succès thérapeutique chez les tuberculeux à bacilloscopie positive	Apprécie l'efficacité et la qualité de la PEC de la tuberculose (diagnostique, dépistage, traitement conformes aux normes nationales)	Numérateur : nombre de nouveaux cas de TPM+ traités et guéris Dénominateur : Nombre total des TPM+ sous traitement	Rapport PNLTB	Opérationnel	Exploitation des données de routine de PEC de la TB	annuelle
Proportion des cas d'ulcère de Buruli guéris sans complications	Mesure l'efficacité de la PEC des cas d'ulcère de Buruli	Numérateur : nombre de cas d'ulcère de Buruli guéris sans complications au cours d'une période donnée Dénominateur : Nombre total des cas d'ulcère de Buruli traités au cours de la même période	Rapport d'activités MTN, Rapport d'enquêtes, SNIS	Opérationnel	Exploitation des données du programme	annuelle
Indicateurs traceurs						
Indice de satisfaction des bénéficiaires des services et des soins de santé	Mesure la capacité du système à offrir des services et soins de santé qui sont en adéquation ou qui surpassent les attentes du patient	Voir annexe 7	Rapport DROS, CIS	Central	Enquêtes	Tous les 4 ans
Proportion d'hôpitaux de 4 ^{ème} , 5 ^{ème} et de 6 ^{ème} catégorie ciblés dont 75% du personnel technique applique les protocoles de PEC des maladies transmissibles (PALU, SIDA, TB)	Mesure le niveau d'appropriation (utilisation) des protocoles de prise en charge des maladies transmissibles dans les hôpitaux de catégories 4, 5 et 6	Numérateur : Nombre d'hôpitaux de 4 ^{ème} , 5 ^{ème} et 6 ^{ème} catégorie ciblés dont au moins 75% du personnel ont recours aux POS pour la prise en charge des principales maladies transmissibles au cours d'une période donnée. Dénominateur : Nombre total d'hôpitaux de 4 ^{ème} , 5 ^{ème} et 6 ^{ème} catégorie évalués au cours de la même période	Rapports DLMEP, PNLP	Régional	Evaluation des pratiques professionnelles	Trimestrielle

Libellé de l'indicateur	Que mesure cet indicateur?	Comment on le calcule ?	Sources de collecte	Niveau de collecte ¹	Méthode de collecte	Périodicité
Proportion d'HD ciblés dont 75% du personnel technique appliquent les protocoles de prise en charge des principales MTN (Ulcère de Buruli, Lèpre)	Mesure le niveau d'appropriation (utilisation) des protocoles de PEC des principales MTN (Ulcère de Buruli, lèpre) dans les HD	Numérateur : Nombre d'HD dont 75% du personnel technique appliquent les protocoles de prise en charge des principales MTN (Ulcère de Buruli, Lèpre) au cours d'une période donnée Dénominateur : Nombre total d'HD évalués au cours de la même période	Rapport DLMEP, DOSTS	Régional	Evaluation des pratiques professionnelles	Mensuelle
% des CMA et d'HD ciblés dont 75% du personnel technique appliquent les directives de délégation des tâches lors de la PEC de l'HTA et du diabète	Mesure la capacité du système de santé à assurer une prise en charge de qualité de l'HTA et du Diabète au niveau opérationnel	Numérateur : Nombre de CMA et d'HD dont 75% du personnel technique appliquent les directives de délégation des tâches lors de la PEC de l'HTA et du diabète Dénominateur : Nombre total de CMA et d'HD ciblés au cours d'une période	Rapport DOSTS, DLMEP	Régional	Evaluation des pratiques professionnelles	Semestriel
Proportion des DRSP ayant organisé au moins une campagne annuelle de sensibilisation et de dépistage de l'HTA/Diabète en dehors des FOSA y compris lors des Journées Mondiales de lutte contre ces pathologies	Mesure la capacité du système de santé à saisir toutes les opportunités pour sensibiliser et dépister les sujets à risque d'HTA/Diabète. Mesure aussi l'acceptation et le niveau d'adhésion des populations au dépistage de l'HTA et du diabète lors des journées mondiales de lutte contre ces pathologies	Numérateur : Nombre de personnes à risque dépistées pour l'HTA /Diabète au cours des journées mondiales de lutte contre ces pathologies Dénominateur : Nombre total de personnes sensibilisées au cours de ces journées	Rapport DOSTS, DLMEP	Opérationnel	Exploitation des données de campagne de dépistage d'HTA/Diabète	Annuelle

Libellé de l'indicateur	Que mesure cet indicateur?	Comment on le calcule ?	Sources de collecte	Niveau de collecte ¹	Méthode de collecte	Périodicité
% des CMA et d'HD ciblés dont 75% du personnel technique utilisent les normes/protocoles de prise en charge des principales maladies non transmissibles (diabète, santé mentale, HTA)	Mesure la qualité de la prise en charge des cas du diabète et de l'HTA dans les hôpitaux de catégories 4 et 5	Numérateur : Nombre de CMA et d'HD dont 75% du personnel technique ciblé respectent les protocoles validés pour la PEC des cas de Diabète, et d'HTA au cours d'une période donnée Dénominateur: Nombre total de CMA et d'HD évalués au cours de la même période	Rapport DLMEP	Régional	évaluation des pratiques professionnelles	Semestrielle
% des CSI et des CMA ciblés ayant pris en charge au moins 80% des enfants de moins de 5 ans souffrant de diarrhée/IRA avec l'approche PCIME	Mesure la capacité d'intégration de la prise en charge des maladies les plus meurtrières de l'enfant de moins de 5 ans	Numérateur: Nombre des CSI et des CMA ciblés ayant pris charge au moins 80% d'enfants de moins de 5 ans en utilisant l'approche PCIME au cours d'une période donnée Dénominateur: Nombre total de CSI de CMA évalués au cours de la même période	Rapports DSF, PLMNI	Régional	évaluation des pratiques professionnelles	Annuelle
% de personnels d'HD et d'HR évalués qui utilisent les protocoles validés des soins palliatifs	Mesure le niveau d'appropriation (utilisation) des protocoles des soins palliatifs dans les hôpitaux de catégories 2 et 3	Numérateur : Nombre de prestataires techniques des hôpitaux de catégorie 2 et 3 évalués qui respectent les protocoles des soins palliatifs au cours d'une période donnée Dénominateur: Nombre total de personnels évalués dans les FOSA de catégorie 2 et 3 au cours de la même période	Rapport DLMEP, Inspections Générales, DOSTS	Central	évaluation des pratiques professionnelles	Tous les deux ans

Libellé de l'indicateur	Que mesure cet indicateur?	Comment on le calcule ?	Sources de collecte	Niveau de collecte ¹	Méthode de collecte	Périodicité
Sous axe stratégique 3.2 : Conditions maternelles, néonatales, infanto-juvéniles et des adolescents la santé						
Indicateurs traceurs						
Taux d'accouchements dans une structure sanitaire	Apprécie la capacité du système à protéger les femmes contre le risque lié à l'accouchement à domicile	Numérateur : Nombre d'accouchements effectués dans les structures sanitaires au cours d'une période donnée Dénominateur: Nombre total d'accouchements attendus au cours de la même période	Rapports DSF, PLMINI, MICs, Registres de la salle d'accouchements	Opérationnel	Exploitation des données de routine	Mensuel
Proportion des cas de fistules obstétricales réparées	Mesure la disponibilité de l'offre de prise en charge des fistules obstétricales	Numérateur : Nombre de cas de fistules notifiées et réparées Dénominateur: Nombre total de cas notifiés	Rapports DSF, PLMINI	Opérationnel	Exploitation de données de routine	Trimestrielle
Taux d'accouchements par césarienne	Mesure la capacité du système à prendre en charge les urgences obstétricales	Numérateur: Nombre total d'accouchements par césarienne enregistrés au cours d'une période donnée. Dénominateur: nombre total d'accouchements réalisés par la FOSA	Rapports DSF, PLMINI	Opérationnel	Exploitation des données de routine	Mensuelle
Indicateurs traceurs						
Proportion des CSI ayant réalisé au moins la moitié des stratégies avancées/mobiles planifiées	Mesure la capacité du système à rendre disponible les soins et services de santé aux populations résidentes en zones reculées ou d'accès difficile	Numérateur: Nombre des CSI qui ont réalisé au moins 50% des stratégies/mobiles planifiées au cours d'une période donnée. Dénominateur: Nombre total de CSI évalués au cours la même période	Rapports DOSTS	Opérationnel	Revue des rapports des CSI/CMA	Mensuelle
Pourcentage d'HD disposant d'au moins un personnel formé à la PCIME clinique	Mesure la disponibilité de l'offre de services en PCIME	Numérateur: Nombre d'HD ayant au moins un personnel formé en PCIME clinique au cours d'une période donnée Dénominateur: Nombre total d'HD évalués au cours de la même période	Rapports DSF, PLMINI	Régional	études d'évaluation des pratiques professionnelles, rapport de supervision	Tous les 2 ans

Libellé de l'indicateur	Que mesure cet indicateur?	Comment on le calcule ?	Sources de collecte	Niveau de collecte ¹	Méthode de collecte	Périodicité
Proportion des CMA et d'HD ciblés dont 75% du personnel technique appliquent les protocoles validés de PEC des problèmes de santé de la mère et de l'enfant	Mesure le niveau d'appropriation (utilisation) des protocoles de PEC des problèmes de santé de la mère et de l'enfant	Numérateur : Nombre de CMA et d'HD dont 75% du personnel évalués appliquent les protocoles validés de PEC des problèmes de santé de la mère et de l'enfant au cours d'une période donnée Dénominateur : Nombre total CMA et d'HD évalués au cours de la même période	Rapport DSF, PLMINI, Inspections Générales, DOSTS	Opérationnel	Etudes d'évaluation des pratiques professionnelles	Tous les 2 ans
Proportion d'HD disposant des services conviviaux et d'écoute pour la PEC des problèmes de santé des adolescents	Mesure la disponibilité de l'offre de service pour la prise en charge de la santé des adolescents	Numérateur : Nombre d'HD disposant des services conviviaux pour la PEC des adolescents au cours d'une période donnée Dénominateur : Nombre total d'hôpitaux de district évalués au cours de la même période	Rapports DPS, DSF, PLMINI	Régional	Enquête, étude	Annuelle
Proportion d'enfants nés de mères séropositives et mis sous TARV	Apprécie la capacité du système à prendre en charge par les ARV les femmes enceintes séropositives et leurs enfants	Numérateur : Nombre total d'enfants nés de mère séropositives et mis sous TARV au cours d'une période donnée Dénominateur : Nombre total d'enfants nés de mères séropositives au cours de la même période	Rapports RSDP-VIH, CNLS, DSF	Opérationnel	Exploitation des données de routine du CNLS (revue documentaire)	Annuelle
Sous axe stratégique 3.3 : Urgences et événements de santé publique						
Indicateurs traceurs						
Proportion d'HD ciblés ayant pris en charge au moins 80% des cas d'urgences médico-chirurgicales selon les POS au cours des 6 derniers mois	Mesure la qualité de la prise en charge des cas d'urgences médico-chirurgicales	Numérateur : Nombre d'HD ayant pris en charge au moins 80 % des cas d'urgences médico-chirurgicales selon les normes au cours des 6 mois précédant l'enquête Dénominateur : Nombre total d'HD évalués au cours de la même période	Rapport IGSMIP ou de supervision technique	Régional	Enquête, études d'évaluation des pratiques professionnelles	Tous les 2 ans

Libellé de l'indicateur	Que mesure cet indicateur?	Comment on le calcule ?	Sources de collecte	Niveau de collecte ¹	Méthode de collecte	Périodicité
Disponibilité d'un plan national de gestion des événements de santé publique budgétisé et des rapports annuels de MEO de ce plan	Mesure la capacité du système de santé à anticiper sur la survenue des MAPE et des événements de santé publique		Rapports DLMEP, DOSTS	Central	revue documentaire	Annuelle
Proportion d'HD disposant des médicaments /consommables pour une gestion efficace des cas d'urgences médico-chirurgicales les plus courantes	Apprécie la disponibilité des intrants pour la PEC des cas d'urgences dans les HD.	Numérateur : Nombre d'HD n'ayant pas connu de rupture de stocks des médicaments/consommables utilisés pour la prise en charge des cas d'urgences médico-chirurgicales les plus courantes Dénominateur : Nombre total d'HD d'évalués au cours de la même période	Rapport DPML, DOSTS	Central	Rapport de Supervision,	annuelle
Proportion des DRSP ayant conduit annuellement au moins un exercice de simulation d'une situation d'urgence	Mesure le niveau de préparation des régions à la gestion des situations d'urgence	Numérateur : Nombre de régions ayant conduit annuellement une simulation d'une situation d'urgence au cours d'une période donnée Dénominateur : Nombre total de régions évaluées au cours de la même période	Rapports DOSTS, DLMEP, MINATD (DPC)	Central	Supervision, revue documentaire	Tous les trois ans
Proportion des DRSP disposant des équipes multisectorielles d'investigation et d'interventions rapides (EIIR)	Apprécie la disponibilité des EIIR et le pré positionnement des équipements pour une gestion efficace des épidémies et catastrophes	Numérateur : Nombre de DRSP disposant des équipes multisectorielles d'investigation et d'interventions rapides au cours d'une période donnée Dénominateur : Nombre total de DRSP évaluées au cours de la même période	Rapports DLMEP, DOSTS, MINATD	Central	Supervision, revue documentaire	Tous les deux ans

Libellé de l'indicateur	Que mesure cet indicateur?	Comment on le calcule ?	Sources de collecte	Niveau de collecte ¹	Méthode de collecte	Périodicité
Sous axe stratégique 3.4 : Prise en charge du Handicap						
Indicateurs traceurs						
Proportion des patients souffrant de cataracte et ayant recouvré la vue après une intervention chirurgicale	Apprécie la capacité du système à réparer certains handicaps visuels corrigéables	Numérateur Nombre des patients souffrant de cataracte et ayant recouvré la vue après une intervention chirurgicale Dénominateur: Nombre total de cas de cataracte ayant bénéficié d'une chirurgie de réparation au cours de la même période	Rapport DLMEP	Central	Enquête	annuelle
Indicateurs traceurs						
Proportion d'HR et d'HC ayant assuré la prise en charge médicale selon les POS d'au moins 70% des cas d'handicap moteur corrigéable	Evalue la capacité du système à assurer une prise en charge du handicap moteur corrigéable de qualité	Numérateur: Nombre d'HR et d'HC ayant assuré la prise en charge médicale selon les POS d'au moins 70% des cas d'handicap moteur corrigéable Dénominateur: Nombre total d'HR et d'HC évalués	DLMEP	Central	évaluation des pratiques professionnelles	Tous les 2 ans
Proportion d'HD qui disposent d'une unité de physiothérapie fonctionnelle ^(a)	Mesure la disponibilité des services de rééducation	Numérateur: Nombre d'HD qui disposent d'une unité de physiothérapie au cours d'une période donnée Dénominateur: Nombre total d'HD évalués au cours de la même période	DOSTS	Central	Supervision, revue documentaire	Tous les 2 ans
Proportion des DRSP ayant organisé au moins une campagne annuelle de chirurgie de la cataracte	Evalue la capacité du système à assurer la prise en charge de la cataracte	Numérateur: Nombre de DRSP ayant organisé au moins une campagne annuelle de chirurgie de la cataracte Dénominateur: Nombre total de DRSP évalués	DLMEP	Central	Enquête	Tous les 2 ans

Libellé de l'indicateur	Que mesure cet indicateur?	Comment on le calcule ?	Sources de collecte	Niveau de collecte ¹	Méthode de collecte	Périodicité
AXE STRATEGIQUE 4 : RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE						
Indicateurs traceurs						
Indice Global de disponibilité des soins et services de santé	Apprécie le niveau de fonctionnalité du système de santé	Calculé à partir d'une enquête SARA	Rapport de l'enquête SARA	Central	Enquête	Tous les 5 ans
Sous axe stratégique 4.1 : Financement de la santé						
Indicateurs traceurs						
% des dépenses de santé supportées par les ménages	Apprécie le poids des dépenses de santé supportées par les ménages	Numérateur : Montant total des dépenses en santé supportées par les ménages. Dénominateur : Montant totale des dépenses en santé	Rapports CNS, OMS	Régional	Enquête	Annuelle
Proportion de la population couverte par les mécanismes de partage du risque maladie	Mesure le niveau d'adhésion des populations aux mécanismes de partage du risque maladie Permet aussi d'estimer le nombre de personnes non exposées aux paiements directs	Numérateur : Population couverte par un mécanisme de partage de risque maladie Dénominateur : Population cible	Rapports annuels : DPS, MINTSS, MINFI, MINEPAT	National	Enquête	Tous les 2 ans
Indicateurs traceurs						
Proportion du budget national alloué à la Santé	Apprécie la volonté politique à résoudre prioritairement les problèmes de santé des populations	Numérateur : Budget de l'Etat alloué à la santé Dénominateur : budget global de l'Etat	loi des finances, loi de règlements	Central	Exploitation des rapports	Annuelle
Disponibilité d'un rapport validé d'analyse de l'information financière	Apprécie l'impact de l'utilisation des ressources financière pour une meilleure allocation future des ressources		Rapports DRFP, CIS	Central	Exploitation des rapports	Annuelle
Disponibilité d'un texte de cadrage accordant une autonomie de gestion des recettes affectées aux FOSA du niveau décentralisé	Apprécie le niveau de mise en œuvre du processus de décentralisation dans la gestion des recettes affectées par les FOSA		Rapports annuels : DOSTS, DRFP, DAJC, ST/CP-SSS	Central	Revue documentaire	Annuelle

Libellé de l'indicateur	Que mesure cet indicateur?	Comment on le calcule ?	Sources de collecte	Niveau de collecte ¹	Méthode de collecte	Périodicité
Disponibilité d'un rapport validant la clé de répartition du budget du MINSANTE dans les différents programmes	Apprécie le volume des financements alloués aux interventions prioritaires de la SSS		Rapport DRFP	Central	Revue documentaire	Annuelle
Proportion des districts de santé ayant intégré l'approche du financement basé sur la performance (FBP)	Apprécie le niveau d'implémentation du FBP au Cameroun	Numérateur Nombre de districts de santé ayant intégré l'approche du financement basé sur la performance (FBP) Dénominateur: Nombre total de districts de santé	Rapport CTN	Régional	Enquêtes, Etudes	Annuelle
Disponibilité d'un rapport sur les Comptes Nationaux de la Santé	Mesure la capacité du système à générer une information sanitaire capable d'orienter les décisions de politiques sanitaire		INS, CIS	Central	Enquêtes	Tous les deux ans
Sous axe stratégique 4.2 : Offre de soins et de services						
Indicateurs traceurs						
Proportion des DS viabilisés (a)	Apprécie l'évolution des DS vers leur autonomisation Evalue aussi la capacité des districts à offrir les PMA et PCA de qualité (Selon les normes)	Numérateur: nombre de DS ayant atteint la phase d'autonomisation sur la période évaluée Dénominateur: nombre total des DS évalués au cours de la même période	Rapports DOSTS	Central	Etudes	tous les 2 ans
Indicateurs traceurs						
Disponibilité d'un plan national de développement des infrastructures (construction/réhabilitation/extension/équipement et maintenance)	Mesure la capacité du système à planifier le développement des infrastructures Apprécie aussi la gestion prévisionnelle des infrastructures dans le système de santé		Rapport DEP	Central	Exploitation des rapports, supervision	Annuelle

Libellé de l'indicateur	Que mesure cet indicateur?	Comment on le calcule ?	Sources de collecte	Niveau de collecte ¹	Méthode de collecte	Périodicité
Pourcentage de la population résidant dans un rayon de moins de 5 km d'une formation sanitaire (CSI, CMA et HD)	Mesure l'accessibilité géographique aux soins et services de santé	Numérateur: Population totale résidant dans un rayon de moins de 5Km d'une FOSA au cours d'une période donnée Dénominateur: population totale du Cameroun au cours de la même période	Rapports DOSTS	Central	Etudes, enquêtes	annuelle
Pourcentage des CSI, des CMA et d'HD construits selon les normes et conformément au plan de développement des infrastructures	Permet d'apprécier, la qualité des infrastructures du niveau opérationnel	Numérateur: Nombre de CSI, de CMA et d'HD construits selon les normes et conformément au plan de développement des infrastructures au cours d'une période donnée Dénominateur: Nombre total de CSI, de CMA et d'HD construits au cours de la même période	Rapport DEP, Rapport DOSTS, Réforme hospitalière	central	Exploitation des rapports	Annuelle
Pourcentage de CSI, de CMA et d'HD délabrés qui ont été réhabilités	Permet d'apprécier, la qualité des infrastructures du niveau opérationnel et le niveau de réhabilitation de celles qui sont délabrées	Numérateur: Nombre de CSI, de CMA et d'HD délabrés qui ont été réhabilités Dénominateur: Nombre total de CSI, de CMA et d'HD à réhabiliter au cours de la même période	Rapport DEP, Rapport DOSTS, Réforme hospitalière	central	Exploitation des rapports	Annuelle
Pourcentage d'HD qui disposent d'au moins deux agents de maintenance polyvalents et outillés dans les domaines suivants (biomédical, plomberie, électricité/froid, informatique, mobilier)	Mesure la capacité des DS à assurer une maintenance continue (prévention et réparation) des équipements techniques	Numérateur: Nombre d'HD qui disposent d'au moins deux agents de maintenance polyvalents et outillés dans les domaines suivants (biomédical, électricité/froid, plomberie, informatique, mobilier) au cours d'une période donnée Dénominateur: Nombre d'HD évalués au cours de la même période	Rapports DOSTS	Central	Exploitation des rapports d'activités	annuelle

Libellé de l'indicateur	Que mesure cet indicateur?	Comment on le calcule ?	Sources de collecte	Niveau de collecte ¹	Méthode de collecte	Périodicité
Proportion des DRSP ayant signé des contrats avec les structures de maintenance dans les domaines suivants : biomédical, électricité/froid, plomberie	Apprécie la gestion prévisionnelle des équipements au niveau régional	<p>Numérateur: Nombre de DRSP ayant signé des contrats avec les structures de maintenance dans les domaines suivants : biomédical, électricité/froid, plomberie au cours d'une période donnée</p> <p>Dénominateur: Nombre total de DRSP évalués au cours de la même période</p>	rappports DRSP	Régional	Exploitation des rapports d'activités	annuelle
Pourcentage d'HD équipés selon les normes	Apprécie la disponibilité des équipements de qualité dans les HD	<p>Numérateur: Nombre d'HD équipés selon les normes sur la période évaluée</p> <p>Dénominateur: Nombre total d'HD évalués au cours de la même période</p>	Rapport DEP, DOSTS	Central	Exploitation des rapports d'activités	Annuelle
Proportion des DRSP disposant d'une structure spécialisée régionale agréée de transfusion sanguine	Mesure la disponibilité de l'offre des services de transfusion sanguine au niveau déconcentré	<p>Numérateur: Nombre de DRSP disposant d'une structure spécialisée régionale agréée de transfusion sanguine au cours d'une période donnée</p> <p>Dénominateur: Nombre total de DRSP au cours de la même période</p>	Rapport DLMEP/DEP/PNTS	Central	Exploitation des rapports d'activités	Annuelle
Proportion d'HD qui offrent au moins 75% des interventions du PCA	Permet de suivre la disponibilité et l'extension des services et des soins complémentaires au niveau opérationnel	<p>Numérateur : Nombre total d'HD qui offrent 75% des interventions du PCA au cours d'une période donnée</p> <p>Dénominateur: Nombre total d'HD évalués au cours de la même période</p>	Etudes, Audits	Régional	Exploitation des rapports , supervision	

Libellé de l'indicateur	Que mesure cet indicateur?	Comment on le calcule ?	Sources de collecte	Niveau de collecte ¹	Méthode de collecte	Périodicité
Pourcentage de CSI et de CMA publics délivrant au moins 80% des interventions du PMA	Mesure disponibilité de l'offre de services et des soins de santé primaires au niveau opérationnel	Numérateur: Nombre de CSI et de CMA publics délivrant au moins 80% des interventions du PMA Dénominateur: Nombre total de CSI et de CMA évalués au cours de la même période	Rapports DLMEP DOSTS	Opérationnel	Etude, rapport des supervisions	Annuelle
Pourcentage des infirmeries scolaires / et des centres médico-universitaires qui disposent d'un kit de premiers soins	Apprécie la disponibilité de l'offre de services et de soins de prise en charge des cas en milieu scolaire et universitaire	Numérateur : Nombre d'infirmeries scolaires / et des centres médico-universitaires qui disposent d'un kit de premiers soins au cours d'une période donnée Dénominateur: Nombre total des infirmeries scolaires / et des centres médico-universitaires évalués au cours de la même période	Rapports MINEDUB, MINESEC, MINESUP	Opérationnel	Etude, rapports de descente	Annuelle
Pourcentage de DS dont le niveau de développement a été évalué	Apprécie le niveau de viabilité des DS	Numérateur : Nombre de DS dont le niveau de développement a été évalué au cours d'une période donnée Dénominateur: Nombre total de DS évalués au cours de la même période	Rapports DOSTS, ST-CP/SSS	Régional	Etudes	Tous les trois ans
Sous axe stratégique 4.3 : Médicament et autres produits pharmaceutiques						
Indicateurs traceurs						
Proportion des besoins satisfaits en matière de transfusion sanguine	Mesure la disponibilité des produits sanguins (poches de sang surtout) dans les FOSA	Numérateur : nombre de patients ayant reçu du sang ou ses dérivés au cours d'une période Dénominateur: Nombre total de patients ayant eu besoin d'une transfusion (Sang et ses dérivés) au cours de la même période	RMA, Rapports d'activités PNTS, DPML	Central	Enquête, étude, revue documentaire	Annuelle

Libellé de l'indicateur	Que mesure cet indicateur?	Comment on le calcule ?	Sources de collecte	Niveau de collecte ¹	Méthode de collecte	Périodicité
Nombre moyen de jours de rupture de stock des médicaments essentiels traceurs par trimestre dans les HD	Mesure la disponibilité des médicaments essentiels dans les FOSA	Numérateur : Nombre moyen de jours de rupture de stock des médicaments essentiels traceurs par trimestre dans les HD Dénominateur : Nombre total d'HD évaluées	Rapports DPML,	Central	Revue des outils de gestion des médicaments dans les FOSA	semestrielle
Indicateurs traceurs						
Disponibilité du Plan Directeur Pharmaceutique National (PDP) actualisé et du rapport d'activités de l'année précédente	Mesure la disponibilité d'un plan actualisé de mise en œuvre d'une politique pharmaceutique nationale		Rapport DPML, Inspection Générale des Services pharmaceutiques et des laboratoires	Central	Exploitation des rapports	Annuelle
Disponibilité d'un acte réglementaire créant et organisant le Réseau National des Laboratoires et des rapports annuels d'activités	Apprécie l'encadrement institutionnel du Réseau National des Laboratoires		Rapport DPML, Inspection Générale des Services pharmaceutiques et des laboratoires	Central	Exploitation des rapports	Annuelle
Proportion des DRSP ayant produit un rapport annuel d'activités sur la pharmacovigilance	Mesure l'efficacité du système de pharmacovigilance au Cameroun	Numérateur : Nombre de DRSP ayant soumis un rapport d'activités sur la pharmacovigilance au cours d'une période donnée Dénominateur : Nombre total de région évaluée au cours de la même période	Rapport DPML, Inspection Générale des Services pharmaceutiques et des laboratoires	Central	Exploitation des rapports	Annuelle

Libellé de l'indicateur	Que mesure cet indicateur?	Comment on le calcule ?	Sources de collecte	Niveau de collecte ¹	Méthode de collecte	Périodicité
Pourcentage des produits pharmaceutiques contrôlés anté et post marketing dans les officines et pharmacies des hôpitaux publics	Mesure la capacité du système à assurer le contrôle qualité des produits pharmaceutiques circulant dans le territoire	Numérateur : Nombre de produits pharmaceutiques contrôlés anté et post marketing sur une période donnée Dénominateur : Nombre total de lots de produits pharmaceutiques importés et produits localement durant cette période	Rapport DPML, Inspection Générale des Services pharmaceutiques et des laboratoires	Central	Exploitation des rapports	Trimestrielle
Nombre moyen de jours de rupture des stocks des médicaments essentiels traceur par trimestre dans les FRSP	Mesure la fonctionnalité du système d'approvisionnement au niveau décentralisé		Rapport DPML	Central	Exploitation des outils de gestion des médicaments	Annuelle
Proportion des DRSP ayant organisé annuellement des opérations de saisie et de destruction des médicaments illicites	Apprécie la capacité du système de santé à lutter contre l'utilisation des médicaments et produits illicites	Numérateur : Nombre de DRSP ayant organisé annuellement des opérations de saisie et de destruction des médicaments illicites au cours d'une période donnée Dénominateurs : Nombre total de DRSP au cours de la même période	Rapport DPML, IGSP	Central	Exploitation des rapports de destruction des médicaments illicites	Annuelle
Sous axe stratégique 4.4: Ressources humaines en santé						
Indicateurs traceurs						
Pourcentage des CMA, des CSI et d'HD disposant d'au moins 50% des personnels techniques requis	Apprécie le niveau de couverture des besoins en RHS dans les structures sanitaires du niveau opérationnel	Numérateur : nombre des CMA, des CSI et d'HD dotés d'au moins 50% des personnels techniques requis au cours d'une période donnée Dénominateur : nombre total de CMA, de CSI et d'HD au cours de la même période	Rapport DRH	Régional	Etudes, exploitation rapport de supervision	Annuelle

Libellé de l'indicateur	Que mesure cet indicateur?	Comment on le calcule ?	Sources de collecte	Niveau de collecte ¹	Méthode de collecte	Périodicité
Indicateurs traceurs Pourcentage des responsables des DRSP et de SSD ciblés ayant bénéficié d'une formation/renforcement des capacités en management (processus gestionnaire)	Apprécie la capacité et les aptitudes des responsables des structures sanitaires à mettre en œuvre le processus gestionnaire	Numérateur : Nombre responsables des DRSP et des SSD ayant bénéficié d'une formation ou d'un renforcement de capacité en management au cours d'une période donnée Dénominateurs : Nombre de responsables des DRSP et des SSD recensés au cours de la même période	Rapport DRH	Central	Etudes, exploitation des rapports de supervision	Annuelle
Pourcentage des CMA et d'HD des régions septentrionales, de l'Est et du Sud disposant d'au moins une sage-femme	Apprécie le niveau de couverture des besoins en sages-femmes dans les CMA et d'HD des régions ayant des taux de mortalité maternelle élevés	Numérateur : nombre CMA et d'HD des régions septentrionales, de l'Est et du Sud disposant d'au moins une sage-femme au cours d'une période donnée Dénominateur : nombre total des CMA et d'HD des régions suscitées au cours d'une période donnée	Rapport DRH	Central	Etudes, exploitation des rapports de supervision	Annuelle
Pourcentage des DRSP ayant transmis annuellement à la DRH, les données consolidées et complètes des effectifs des RHS de la région, y compris ceux du sous-secteur privé et traditionnel	Apprécie la disponibilité des RHS du niveau opérationnel. Permet aussi d'apprécier la capacité des DRSP à faire régulièrement le point sur la situation des RHS dans les régions.	Numérateur : nombre DRSP ayant transmis annuellement à la DRH les données consolidées et complètes des effectifs des RHS de la région, y compris ceux du sous-secteur privé et traditionnel au cours d'une période donnée Dénominateur : nombre total de DRSP au cours de la même donnée	Rapport DRSP	Central	Etudes, exploitation des rapports de supervision	Annuelle

Libellé de l'indicateur	Que mesure cet indicateur?	Comment on le calcule ?	Sources de collecte	Niveau de collecte ¹	Méthode de collecte	Périodicité
% de médecins dans les CMA et les HD ayant au plus quatre ans d'expérience et qui ont bénéficié d'au-moins une formation continue dans les domaines ciblés prioritaires (SONUC, maladies mentales, Diabète, HTA etc.)	Mesure la capacité du système à renforcer les connaissances et les compétences des jeunes médecins pour leur permettre de délivrer des soins de qualité à la population dans des domaines jugés prioritaires	Numérateur : Nombre de médecins dans les CMA et HD ayant au plus quatre ans d'expérience qui ont bénéficié d'au-moins une formation continue dans les domaines ciblés Dénominateur : Nombre total de médecins dans les CMA et HD ayant au plus quatre ans d'expérience	Rapport d'activités DRH	Central	Etudes, exploitation du rapport de supervision	Tous les 2 ans
Proportion des DRSP disposant de l'outil informatique de gestion et de suivi des profils de carrière (SIGIPES Régional)	Apprécie le niveau de déconcentration de la gestion des carrières des RHS et la fonctionnalité du système de gestion des carrières des RHS au niveau déconcentré	Numérateur : Nombre de DRSP disposant d'un outil informatique de suivi des profils de carrière. Dénominateur : Nombre total des DRPS	Rapport DRH	Central	Exploitation des rapports d'activités des DRSP	Annuelle
Proportion des CMA et d'HD ciblés dont 75% du personnel appliquent les protocoles validés de PEC des problèmes de santé de la mère et de l'enfant	Mesure le niveau d'appropriation (utilisation) des protocoles de PEC des problèmes de santé de la mère et de l'enfant	Numérateur : Nombre de CMA et d'HD dont 75% du personnel évalués appliquent les protocoles validés de PEC des problèmes de santé de la mère et de l'enfant au cours d'une période donnée Dénominateur : Nombre total CMA et d'HD évalués au cours de la même période	Rapport DSF, PLMINI, Inspections Générales, DOSTS	Central	évaluation des pratiques professionnelles	Tous les 2 ans
Indice de satisfaction des RHS	Mesure la capacité du système à répondre aux besoins de son personnel	Voir annexe 7	Rapport DRH	Central	Recensement	Annuelle

Libellé de l'indicateur	Que mesure cet indicateur?	Comment on le calcule ?	Sources de collecte	Niveau de collecte ¹	Méthode de collecte	Périodicité
Pourcentage des CSI, des CMA et d'HD difficiles d'accès qui disposent d'au moins 50% de RHS en poste depuis 3 ans	Mesure l'équité dans la répartition des RHS et la mise en œuvre des mécanismes de fidélisation au poste de travail dans les structures sanitaires d'accès difficile	Numérateur : Nombre des CSI, CMA et d'HD difficile d'accès et disposant d'au moins 50% de RHS en poste durant les 3 dernières années qui précèdent l'enquête Dénominateurs : Nombre total de CSI, CMA et d'HD difficile d'accès évalués	Rapport DRH	Central	Etude, enquête	Tous les 2 ans
Sous axe stratégique 4.5 : Information sanitaire et recherche en santé						
Indicateurs traceurs						
Taux de promptitude des RMA dans les DS	Permet d'apprécier la capacité du système à rendre compte dans les délais	Numérateur : Nombre de RMA transmis à temps Dénominateur : Nombre de RMA attendus	Rapport d'activité CIS	Central	Revue Monitoring Supervision	Mensuelle
Taux de complétude des RMA dans les DS	Apprécie la disponibilité et l'exhaustivité de la transmission des RMA	Numérateur : Nombre total de RMA complet transmis au cours d'une période donnée Dénominateur : Nombre de RMA transmis au cours de la même période	Rapport d'activité CIS	Central	Revue Monitoring Supervision	Mensuelle
Proportion des résultats de recherche ayant fait l'objet d'une restitution	Apprécie la capacité du système à partager les résultats des travaux de recherche	Numérateur : Nombre de projets autorisés et dont les résultats ont fait l'objet d'une restitution Dénominateur : Nombre total de projets autorisés	Rapport d'activités DROS, Comité éthique	Central	Revue des travaux de recherche, exploitation des rapports d'activités	Annuelle
Proportion des résultats de recherche sur le VIH utilisés pour la prise de décision	Apprécie la capacité du système à utiliser les données factuelles pour la prise de décision	Numérateur : Nombre de résultats de recherche utilisés pour la prise de décision au cours d'une période donnée Dénominateur : Nombre total de de résultats de recherche validés au cours de la même période	Rapport d'activités DROS, Comité éthique	Central	Etudes, Exploitation des rapports des travaux de recherche	Annuelle

Libellé de l'indicateur	Que mesure cet indicateur?	Comment on le calcule ?	Sources de collecte	Niveau de collecte ¹	Méthode de collecte	Périodicité
Indicateurs traceurs						
Pourcentage d'enquêtes de base réalisées pour le suivi de la mise œuvre du PNDS 2016-2020	Mesure la capacité du système à assurer la disponibilité des données de base de certains indicateurs du PNDS pour un suivi évaluation efficace des performances projetées dans ce document	Numérateur: Nombre d'enquêtes de base réalisées. Dénominateur: Nombre d'enquêtes de base planifiées	Rapport ST-CP/SSS et Directions techniques	Central	Exploitation des rapports de suivi de la mise en œuvre du PNDS.	Annuelle
Proportion des responsables des DRSP ayant bénéficié d'un renforcement de capacités pour conduire des projets de recherche	Mesure la capacité des RHS du niveau opérationnel à mener la recherche en santé	Numérateur : Nombre de responsables des DRSP formés dans le domaine de la recherche en santé au cours d'une période donnée Dénominateur: Nombre total de responsables des DRSP au cours de la même période donnée	Rapport DROS, DRH,	Central	Exploitation des rapports de suivi de la mise en œuvre du PNDS.	annuelle
AXE STRATEGIQUE 5 : GOUVERNANCE & PILOTAGE STRATEGIQUE						
Indicateurs traceurs						
Taux de réalisation des objectifs du PNDS 2016-2020	Mesure le niveau d'atteinte des objectifs du PNDS	Numérateur : Nombre d'objectifs du PNDS atteints Dénominateur: Nombre total d'objectifs du PNDS	Comité de pilotage, DRSP, MCD	Central	Enquête,	annuelle
Sous axe stratégique 5.1 : Gouvernance						
Indicateurs traceurs						
Indice de perception de la corruption dans le secteur	Mesure l'efficacité des mesures prises pour la lutte contre la corruption dans le secteur santé		CONAC	Central	Enquête	Tous les 2 ans

Libellé de l'indicateur	Que mesure cet indicateur?	Comment on le calcule ?	Sources de collecte	Niveau de collecte ¹	Méthode de collecte	Périodicité
Indicateurs traceurs						
Disponibilité d'un texte réglementaire actualisé régissant l'organisation et le fonctionnement des instances de pilotage, de coordination et de S/E du PNDS à tous les niveaux	Précise l'organisation, le rôle et les missions des acteurs impliqués dans la coordination et le S/E du PNDS à tous les niveaux de la pyramide sanitaire		Rapport DAJC, ST-CP/SSS	central	revue documentaire	Après douze ans
Disponibilité des textes juridiques/réglementaires actualisés régissant l'organisation, le fonctionnement des hôpitaux publics et encadrant la prise en charge des cas	Apprécie le processus d'implémentation et d'encadrement institutionnel (Juridique et réglementaire) permettant de bâtir un système de santé capable de répondre aux besoins des populations		Rapports DAJC, DOSTS	Central	revue documentaire	Tous les quatre ans
Proportion d'HD et assimilés accrédités (disposant d'un système d'assurance qualité de soins et des services de santé)	Apprécie la capacité des FOSA à se conformer et à respecter les critères d'accréditation élaborés (apprécie aussi le niveau de MEO des soins de qualité dans les FOSA)	Numérateur : Nombre d'HD accrédités (avant mis en place un système d'assurance qualité de soins et des services de santé) au cours d'une période donnée Dénominateur : Nombre total d'HD et assimilés évalués au cours de la même période	Rapports ST/CP-SSS, DOSTS	Central	évaluation des pratiques professionnelles	Annuelle
Proportion d'HR dont les rapports techniques et financiers annuels validés par les membres du COGEH sont transmis à la DRSP	Mesure la redevabilité, la transparence et la participation des bénéficiaires à la gestion financières et technique des structures sanitaires	Numérateur : Nombre d'HR dont les rapports techniques et financiers annuels validés par les membres du COGEH sont transmis à la DRSP au cours d'une période donnée Dénominateur : Nombre total d'HR au cours de la même période	Rapports Directions techniques	Régional	Exploitation des rapports	Annuelle

Libellé de l'indicateur	Que mesure cet indicateur?	Comment on le calcule ?	Sources de collecte	Niveau de collecte ¹	Méthode de collecte	Périodicité
Proportion des grossistes répartiteurs et des pharmacies d'officines inspectés	Mesurer la capacité du système à garantir la qualité des médicaments disponibles sur le marché	Numérateur : Nombre de grossistes répartiteurs et des pharmacies d'officines inspectés au cours d'une période donnée Dénominateur: Nombre total grossistes répartiteurs et des pharmacies d'officines ciblés au cours de la même période	Rapport annuel des Inspections Générales du MINSANTE	Régional	études d'évaluation des pratiques professionnelles	annuelle
Proportion d'HG, HC et HR ayant bénéficié d'un audit externe	Apprécie la qualité de gestion des structures sanitaires sur un triple plan technique, administratif et financier	Numérateur : Nombre d'HG, HC et HR ayant bénéficié d'un audit externe au cours d'une période donnée Dénominateur: Nombre total d'HG, HC et HR ciblés au cours de la même période	DLMEP, Inspections Générales, DRFP, DRH	Central	Exploitation des rapports	Annuelle
Proportion des hôpitaux de catégories 1 et 2 ayant transmis au MINSANTE et/ou publié en ligne leurs rapports techniques d'activités	Mesure la redevabilité des structures sanitaires	Numérateur : nombre d'hôpitaux de catégorie 1 et 2 ayant publié en ligne ou transmis au MSP leurs rapports d'activités au cours d'une période donnée Dénominateur: Nombre total d'hôpitaux de catégorie 1 et 2 évalués au cours de la même période.	Rapports Hôpitaux	central	Exploitation site web du MINSANTE	Annuelle

Libellé de l'indicateur	Que mesure cet indicateur?	Comment on le calcule ?	Sources de collecte	Niveau de collecte ¹	Méthode de collecte	Périodicité
Proportion des Directions Centrales, des EPA santé et des DRSP ayant produit un rapport annuel de performance	Mesure les capacités des structures techniques centrales à produire des documents qui rendent compte des performances réalisées	Numérateur : Nombre de Directions centrales, d'EPA santé et des DRSP ayant produit un rapport annuel de performance au cours d'une période donnée Dénominateur : Nombre total de Directions centrales, d'EPA santé et des DRSP au cours de la même période	Rapports Directions techniques	central et régional	Exploitation des rapports	Annuelle
Proportion de formations sanitaires de la 1 ^{ère} à la 4 ^{ème} catégorie qui mettent en œuvre les IRR	Apprécie les mesures mises en place pour lutter contre la corruption dans les structures sanitaires de 1 ^{ère} à la 4 ^{ème} catégorie	Numérateur : Nombre de FOSA de la 1 ^{ère} à la 4 ^{ème} catégorie qui mettent en œuvre les IRR au cours d'une période donnée Dénominateur : Nombre total de FOSA de la 1 ^{ère} à la 4 ^{ème} catégorie ciblée au cours de la même période	Rapports Inspections Générales	central	Exploitation des rapports	Annuelle
Disponibilité d'un rapport de mise en œuvre des activités de la chaîne PPBS (Prise en compte des interventions du PNDS dans le CDMT respect de la clé de répartition du budget tel que prévu dans le CDMT, etc.)	Mesure la cohérence entre les activités planifiées dans les différents plans élaborés et le budget alloué		Rapport ST/CP-SSS	Central	Exploitation des rapports	Trimestrielle
Sous axe stratégique 5.2 : Pilotage stratégique						
Indicateurs traceurs						
Taux de réalisation des missions de supervision intégrées dans les DRSP et les DS	Mesure la fonctionnalité du processus gestionnaire et des instruments qui permettent de s'assurer, à tous les niveaux, du respect et l'application rigoureuse des orientations arrêtées par la hiérarchie	Numérateur : Nombre de missions de supervision intégrées des DRSP et des DS réalisées au cours d'une période donnée Dénominateur : Nombre total de missions de supervision intégrées des DRSP et des DS planifiées au cours de la même période	Rapport ST/CP-SSS, DEP	Régional	Revue, exploitation des rapports	Semestrielle

Libellé de l'indicateur	Que mesure cet indicateur?	Comment on le calcule ?	Sources de collecte	Niveau de collecte ¹	Méthode de collecte	Périodicité
Proportion des recommandations des réunions de coordination (COPII et réunions de coordination hebdomadaires du MINSANTE) qui ont été exécutées	Permet d'apprécier le niveau de mise en œuvre des recommandations et des décisions prises par les instances de coordination pour lever les obstacles à l'atteinte des objectifs projetés dans le PNDS	Numérateur : Nombre de recommandations issues des réunions de coordinations (comité de pilotage et réunions de coordination hebdomadaire du MINSANTE) exécutées au cours d'une période donnée Dénominateur : Nombre total de recommandations des réunions de pilotage /coordination prises au cours de la même période	Rapport ST/CP-SSS, CS	Central	Revue, exploitation des rapports	semestrielle
Indicateurs traceurs						
Proportion des DS dont les PDSD sont arrimés au PNDS	Mesure l'effectivité de l'alignement stratégique des PDSD sur le PNDS	Numérateur : Nombre DS dont les PDSD sont arrimés au PNDS Dénominateur : Nombre total de DS	Rapport ST/CP-SSS, DEP	Régional	revue documentaire , rapport de supervision	Annuelle
Proportion des DRSP ayant élaboré des plans régionaux consolidés de développement sanitaire de santé arrimés au PNDS 2016-2020	Mesure la capacité du niveau déconcentré et des DRSP à planifier le développement sanitaire en s'appuyant sur les orientations stratégiques du PNDS	Numérateur : Nombre de DRSP ayant élaboré d'un Plan Régional Consolidé de Santé et des PTA arrimés au PNDS 2016-2020 Dénominateur : Nombre total des DRSP	Rapport ST/CP-SSS	Central	revue documentaire , rapport de supervision	Annuelle
Disponibilité du document de politique de santé pénitentiaire validé et des rapports annuels d'activités de santé en milieu carcéral	Mesure l'encadrement institutionnel et réglementaire de la mise en œuvre des interventions de santé en milieu carcéral		Rapport ST/CP-SSS, MINJUSTICE	Central	revue documentaire	Annuelle

Libellé de l'indicateur	Que mesure cet indicateur?	Comment on le calcule ?	Sources de collecte	Niveau de collecte ¹	Méthode de collecte	Périodicité
Proportion des DS et des DRSP ayant organisé au moins 3 réunions de coordination et de suivi de la mise en œuvre de leur PTA et ayant produit un rapport annuel conséquent	Permet d'apprécier les efforts pour assurer la coordination des interventions au niveau déconcentré (capacité des DS et des DRSP à impliquer toutes les parties prenantes (société civile, ministères partenaires, PTF) dans la gestion des problèmes de santé	Numérateur : Nombre de DS et des DRSP ayant produit au moins 3 rapports de réunions de coordination pendant l'année Dénominateur : Nombre total de DS et de DRSP évalués	Rapport ST/CP-SSS, DEP/PPP	Régional	revue documentaire, rapport de supervision	Annuelle
Proportion des DS disposant du rapport d'évaluation finale de leur PDSD	Apprécie la capacité du DS à évaluer la mise en œuvre des interventions planifiées au niveau du DS	Numérateur : Nombre de DS disposant du rapport de l'évaluation finale de leurs PDSD Dénominateur : Nombre total de DS	Rapport ST/CP-SSS	régional	revue documentaire, rapport de supervision	Après 4 ans
Proportion des DRSP disposant du rapport d'évaluation finale de leur PRCDS	Apprécie la capacité du niveau intermédiaire à évaluer la mise en œuvre des interventions planifiées au niveau de la DRSP	Numérateur : Nombre de DRSP disposant du rapport de l'évaluation finale de leur PRCDS Dénominateur : Nombre total de DRSP	Rapport ST/CP-SSS	Central	revue documentaire, rapport de supervision	Après 4 ans
Proportion des DS et des DRSP ayant renseignés au moins 80% des indicateurs du tableau de bord pour le suivi de leurs performances	Permet d'apprécier la capacité des structures sanitaires du niveau déconcentré à organiser le suivi des indicateurs du PNDS et à renseigner le niveau d'exécution des interventions planifiées dans leurs plan de développement sanitaire.	Numérateur : Nombre de DS et des DRSP ayant renseignés le tableau de bord de suivi de leurs performances (voir PNDS) Dénominateur : Nombre total de DS et de DRSP évalués	Rapports, ST/CP-SSS, CPP, DRSP	Central	revue documentaire, rapport de supervision Monitoring déconcentré	Semestrielle
Niveau d'atteinte des cibles projetées dans le PISE.	Permet d'apprécier l'efficacité de la mise en œuvre des documents stratégiques	Numérateur : Nombre de cibles atteintes Dénominateur : Nombre cibles projetées dans le PISE	Rapports, ST/CP-SSS, CPP, DRSP	Central	revue documentaire, rapport de supervision Monitoring déconcentré	Annuelle
Disponibilité d'un rapport annuel de la revue sectorielle ou thématique de santé	Mesure le niveau d'exécution des modalités du suivi évaluation du PNDS	.	Rapport ST/CP-SSS, DEP	Central	revue documentaire, rapport de supervision	Tous les 2 ans

Libellé de l'indicateur	Que mesure cet indicateur?	Comment on le calcule ?	Sources de collecte	Niveau de collecte ¹	Méthode de collecte	Périodicité
Disponibilité des rapports d'évaluation à mi-parcours et finale du PNDS	Mesure la capacité du système à planifier à documenter le niveau d'atteinte des résultats projetés dans le PNDS		Rapport ST/CP-SSS	Central	revue documentaire, rapport de supervision	tous les 2,5 ans
Proportion des DS et des DRSP disposant des rapports d'évaluation à mi-parcours et finale du PNDS 2016-2020	Apprécie la capacité du système à partager et à disséminer l'information sur le S/E de la mise en œuvre du PNDS au niveau déconcentré	Numérateur : Nombre de DS et des DRSP disposant du rapport de l'évaluation finale du PNDS Dénominateur : Nombre total de DRSP et de DS	Rapport ST/CP-SSS	Régional	revue documentaire, rapport de supervision	Après 5 ans
Disponibilité du rapport annuel de veille stratégique	Mesure la capacité du système de santé à documenter, à anticiper et à réduire les risques et les facteurs susceptibles d'avoir un impact sanitaire sur les populations		Rapport ST/CP-SSS	central	revue documentaire, rapport de supervision	Annuelle
Pourcentage de conventions signées et respectées entre le MINSANTE et les OSC intervenant dans le secteur santé	Mesure l'appropriation et l'alignement des acteurs du système de santé sur le PNDS, unique cadre de référence pour tous les acteurs du système de santé	Numérateur : Nombre de conventions signées dont les objectifs ont été atteints Dénominateur : nombre total de conventions signées	Rapports DCOOP, Directions techniques	Central	exploitation des rapports	Annuelle
Niveau d'atteinte des objectifs du Compact National	Apprécie la performance du partenariat dans la mise en œuvre du PNDS, la mobilisation et l'utilisation des ressources.	Numérateur : Nombre d'objectifs projetés par le Compact National Dénominateur : Nombre d'objectifs atteints	Rapports Inspections Générales, DCOOP, Directions techniques	central	revue documentaire, rapport de supervision	annuelle

(a) : voir définition à l'annexe 3 du document

4.2. CADRE DE PERFORMANCE

Au regard des contraintes de ressources et de capacités institutionnelles, une liste de 41 indicateurs clés, traceurs du système de santé validés par les parties prenantes a été dressée. Ces indicateurs permettront d'une part, de suivre périodiquement les progrès réalisés par axes stratégiques et d'apprécier le niveau de performance ou d'atteinte des objectifs du PNDS d'autres parts. Le cadre de performance ci-après présente pour chaque indicateur, sa valeur de base lorsque les données sont disponibles, et projette une évolution souhaitée (scénario souhaitable) de performance.

Tableau 2 : Cadre de performance du PNDS

Libellé de l'indicateur	BaseLine		Année	Référence	Cibles					
	Valeur				2016	2017	2018	2019	2020	
AXE STRATEGIQUE 1 : PROMOTION DE LA SANTE										
Indicateurs de performance de la SSS 2016-2027										
-% des membres des ménages utilisant les toilettes améliorées non partagées	34,9%		2014	MICS 5						37%
Prévalence de l'obésité en milieu urbain	23,50%		2015	Kingue et al.						22,5%
Pourcentage d'entreprises ciblées qui appliquent les principes de santé et de sécurité au travail	ND									40%
Taux de malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans	14,8%		2014	MICS 5						10%
Sous axe stratégique 1.1 : Capacités institutionnelles, communautaires et coordination dans le domaine de la santé										
Proportion des DS disposant des COSADI fonctionnels	65%		2015	FDR 2015 et CDMT 2013-2015	70%	75%	80%	85%		90%
Sous-axe stratégique 1.2 : Cadre de vie des populations										
Proportion des ménages qui utilisent un combustible solide comme source première d'énergie domestique pour cuisiner	80,4%		2015	MICS 5	78%	76,5%	75%	72,5%		70%
Proportion des ménages ayant accès à l'eau potable	72,9%		2015	MICS 5	73,5%	74%	75%	76,5%		78%
Sous axe stratégique 1.3: Renforcement des aptitudes favorables à la santé des individus et des communautés										
Prévalence des grossesses chez les adolescentes	25,2%		2014	MICS 5	24%	22%	19%	17%		14%

Libellé de l'indicateur	Baseline			Cibles				
	Valeur	Année	Référence	2016	2017	2018	2019	2020
Prévalence du tabagisme chez les sujets âgés de 15 ans et plus	6%	2013	GATS	6%	5,5 %	5,5 %	5,5 %	5%
Sous Axe stratégique 1.4 : Pratiques familiales essentielles, Planification familiale, promotion de la santé de l'adolescent et soins après avortement								
Indicateurs								
Taux de prévalence contraceptive moderne chez les femmes en âge de procréer	21%	2014	MICS 5	22%	24%	25%	27%	30%
Proportion des besoins non satisfaits en PF	18%	2014	MICS 5			16%		14%
AXE STRATEGIQUE2 : PREVENTION DE LA MALADIE								
Indicateurs de performance de la SSS 2016-2027								
Prévalence de l'hypertension artérielle (HTA) chez l'adulte de plus de 15 ans en milieu urbain	29%	2015	Kingué et al.					28%
Sous Axe stratégique 2.1 : Prévention des Maladies Transmissibles								
Incidence du VIH	45499 nouveaux cas	2015	Rapport 2015 estimations et projections sur le VIH et le SIDA au Cameroun	45 076	42 141	40 267	38 087	35929
Prévalence du VIH	4,3%	2011	(EDS-MICS 2011)	4,1%		3,70%		3,3%
Prévalence de l'hépatite virale B	11,90%	Données du CPC 2015		11%		9%		3,50%
Couverture de la chimiothérapie préventive de l'onchocercose (couverture TIDC)	80%	2015	(Rapport d'activités 2015 des MTN)	84%	85%	86%	87%	90%

Libellé de l'indicateur	Baseline			Cibles				
	Valeur	Année	Référence	2016	2017	2018	2019	2020
Incidence de la tuberculose TPM+ 117 nouveaux cas pour 100 000 habitants		2015	Note conceptuelle unique TB/VIH 2016-2017	102,5	88	73,5	59	45
Sous axe stratégique 2.2: MAPE et événements de santé publique surveillance et réponse aux maladies à potentiel épidémique, aux zoonoses et événements de santé publique								
Proportion des DS en épidémies de rougeole confirmées et ayant organisé une riposte selon les directives nationales	34%	2014	Rapport DLMEP 2014	70%	80%	90%	95%	95%
Proportion d'épidémies de rougeole notifiées et investiguées	50%	2014	Rapport DLMEP 2014	70%	80%	90%	95%	95%
Sous axe stratégique 2.3 : SRMNEA et PTME								
Couverture vaccinale à l'antigène de référence (Penta3)	84,50%	2015	MINSANTE Rapport PEV 2015	85%	86%	88%	90%	92%
Taux de couverture en CPN 4	58,8%	2014	MICS5	62%	65%	68%	71%	74%
Couverture vaccinale en VAR/RR	80%	2014	MICS 5	81%	82%	83%	85%	86%
Proportion de femmes enceintes infectées par le VIH et sous TARV	84,4%	2015	Rapport CNLS	85%	86%	86,5%	87%	88%
Proportion d'enfants 0-5 ans dormant sous une MILDA	54,80%	2014	MICS 5	85%	86%	88%	89%	90%
Taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant	6, 5%	2014	Rapport CNLS 2014	6%	5, 5%	5%	4,5%	4%
Proportion de nouveau-nés de faible poids (poids inf. à 2500 grammes)	9%	2014	MICS5	7%	7%	6%	6%	6%
Proportion des femmes enceintes ayant reçu au moins 3 doses de TPI durant leur grossesse (% TPI3)	26%	2014	MICS 5	35%	40%	45%	50%	55%

Libellé de l'indicateur	Baseline			Cibles				
	Valeur	Année	Référence	2016	2017	2018	2019	2020
Sous axe stratégique 2.4 : Prévention des maladies non transmissibles								
Prévalence du Diabète type 2 chez les adultes ayant au moins 18 ans en milieu urbain	6,60%	2015	Kingue et al.			6%		5,8%
AXE STRATEGIQUE 3 : PRISE EN CHARGE DES CAS								
Indicateurs de performance de la SSS 2016-2027								
Taux de mortalité péri-opératoire dans les hôpitaux de 1 ^{ère} , 2 ^{ème} , 3 ^{ème} et 4 ^{ème} catégorie	ND	2015						
Taux de mortalité spécifique du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans	45%	Rapport PNL	2015			38%		31%
Taux de létalité obstétricale direct intra hospitalière	1,50%	2015	Enquête SONU			1,13%		0,75%
Ratio de mortalité maternelle	782/100 000	2011	EDS-MICS	740	700	666	626	580
Taux de mortalité néonatale	28/1000	2014	MICS 5	27	26	25	24	23
Taux de mortalité infantile	60 / 1 000	2014	MICS 5	58	56	54	51	48
Taux de mortalité infanto-juvénile	103/100 0	2014	EDS MICS	99	95	91	87	83
Sous axe stratégique 3.1 : Prise en charge curative des maladies transmissibles et non transmissibles								
Taux de succès thérapeutique chez les tuberculeux à bacilloscopie positive	84%	2013	cohorte 2013, Rapport PNLTB	85%	85,5%	86%	86,5%	87%
Proportion des cas d'ulcère de Buruli guéris sans complications	80%	2015	Rapport d'activités MTN	82%	84%	86%	88%	90%

Libellé de l'indicateur	Baseline			Cibles				
	Valeur	Année	Référence	2016	2017	2018	2019	2020
Sous axe stratégique 3.2 : Conditions maternelles, néonatales, infanto-juvéniles et des adolescents la santé								
Taux d'accouchement dans une structure sanitaire	61.3%	2014	MICS 5	65%	66%	67%	68%	70%
Proportion des cas de fistules obstétricales réparées	ND			Augmentation de 75% à échéance				
Taux d'accouchements par césarienne	2,4%	2014	MICS 5	3%	4%	5%	6%	8%
Sous axe stratégique 3.3 : Urgences et événements de santé publique								
Proportion d'HD ciblés ayant pris en charge au moins 80% des cas d'urgences médico-chirurgicales selon les POS au cours des 6 derniers mois	ND	2015		13%	40%	53%	100%	100%
Sous axe stratégique 3.4 : Prise en charge du Handicap								
Proportion des patients souffrant de cataracte et ayant recouvré la vue après une intervention chirurgicale	ND	2015		25%	50%	85%	85%	90%
AXE STRATEGIQUE 4: RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE								
Sous axe stratégique 4.1 : Financement de la santé								
Indicateurs de performance de la SSS 2016-2027								
Indice Global de disponibilité des soins et services de santé	ND	2015						30%
% des dépenses de santé supportées par les ménages	70,6%	2012	CNS 2012	69%	67%	65%	63%	60%
Proportion de la population couverte par les mécanismes de partage du risque maladie	3%	2011	EDS MICS 2011	5%	7%	10%	15%	20%

Libellé de l'indicateur	Baseline		Cibles					
	Valeur	Année	Référence	2016	2017	2018	2019	2020
Sous axe stratégique 4.2 : Offre de soins et de services								
Proportion des DS viabilisés	ND	2015			20%	25%	30%	35%
Sous axe stratégique 4.3 : Médicament et autres produits pharmaceutiques								
Proportion des besoins satisfaits en matière de transfusion sanguine	18%	2015	OMS	20%	30%	40%	50%	60%
Nombre moyen de jours de rupture de stock des médicaments essentiels traceurs par trimestre dans les FRSP	6 jours	2015	Rapport MINSANTE	5,5 jours	5 jours	4 jours	3 jours	2 jours
Sous axe stratégique 4.4 : Ressources humaines en santé								
Pourcentage des CMA, des CSI et d'HD disposant d'au moins 50% des personnels techniques requis	40%	2013	Rapports annuels mise en œuvre PDRH, Recensement RHS	42%	43%	45%	48%	50%
Sous axe stratégique 4.5 : Information sanitaire et recherche en santé								
Taux de promptitude des RMA dans les DS	0%	2015	SNIS	75%	75%	75%	80%	80%
Taux de complétude des RMA dans les DS	0%	2015	SNIS	100%	100%	100%	100%	100%
Proportion des résultats de recherche ayant fait l'objet d'une restitution	ND	2015		5%	5%	10%	15%	30%
Proportion des résultats de recherche sur le VIH utilisés pour la prise de décisions	ND	2015		5%	5%	10%	15%	20%

Libellé de l'indicateur	Baseline		Cibles					
	Valeur	Année	Référence	2016	2017	2018	2019	2020
AXE STRATEGIQUE 5 : GOUVERNANCE & PILOTAGE STRATEGIQUE								
Indicateurs de performance de la SSS 2016-2027								
Taux de réalisation des objectifs du PNDS 2016-2020	0%	2015					70%	100%
Sous axe stratégique 5.1 : Gouvernance								
Indice de perception de la corruption dans le secteur	7,56%	2010	Plan national de lutte contre la corruption			7%		6%
Sous axe stratégique 5.2 : Pilotage stratégique								
Taux de réalisation des missions de supervision intégrées dans les DRSP et les DS	ND			50%	75%	75%	75%	75%
Proportion des recommandations des réunions de coordination (COPIL et réunions de coordination hebdomadaires du MINSANTE) qui ont été exécutées	75%	2015	Rapports annuels ST/CP-SSS		75%	75%	100%	100%

4.3. SUIVI DES INDICATEURS DE REALISATION DIRECTE

Les indicateurs de réalisation directe ont été sélectionnés pour : (i) leur pertinence par rapport aux principales interventions retenues dans le PNDS ; et (ii) leur disponibilité, faisabilité, et périodicité de collecte. Le suivi de ces indicateurs sera effectué à tous les niveaux de la pyramide sanitaire à travers un tableau de bord.

En effet, le tableau de bord est un outil qui offrira au gestionnaire une vue synthétique de la situation et des tendances des indicateurs (voir annexes 3,4 et 5). Celui-ci sera rapidement renseigné sur le niveau d'atteinte des cibles projetées et pourra prendre des décisions conséquentes. En d'autres termes, le tableau de bord permettra de trouver les réponses aux 2 questions clefs suivantes : Où en sommes-nous aujourd'hui ? Où voulons-nous aller ?

Tableau 3 : Indicateurs de suivi du PISE 1

Libellé de l'indicateur	Baseline		Cibles					
	Valeur	Année	Référence	2016	2017	2018	2019	2020
AXE STRATEGIQUE 1 : PROMOTION DE LA SANTE								
Sous axe stratégique 1.1 : Capacités institutionnelles, communautaires et coordination dans le domaine de la promotion de la santé								
Indicateurs traceurs								
Proportion du budget du MINSANTE alloué aux interventions de promotion de santé	ND	2015		6%	7%	7%	7%	7%
Proportion des DS ayant au moins 3 OSC affiliés à la plateforme régionale des OSC et ayant contribué à la mise en œuvre du PTA du DS	ND			6%	7%	7%	7%	7%
Proportion des DS ayant au moins 3 ASC polyvalents formés pour la dispensation d'un PMA communautaire de qualité	1%	2015	Données de routine DOSTS	Egal à 50% à échéance				
Disponibilité d'un texte réglementaire actualisé régissant la participation communautaire aux interventions de santé	0	2015	Rapport DAJC			1		
Taux de réalisation des objectifs du plan pluriannuel de promotion de la santé	0			50%	75%	75%	75%	75%
Proportion des DS dont au moins 50% d'établissement secondaires mettent en œuvre les activités de promotion de la santé	ND			50%	60%	70%	75%	75%
Proportion des DS ayant mis en œuvre au moins 50% d'activités communautaires inscrites dans leur PTA	6%	2015	Rapport d'activités DOSTS	40%	50%	60%	70%	80%

Libellé de l'indicateur	Baseline		Cibles					
	Valeur	Année	Référence	2016	2017	2018	2019	2020
Sous-axe stratégique 1.2 : Cadre de vie des populations								
Indicateurs traceurs								
Proportion des DS mettant en œuvre l'ATPC	22, 2 %	2012	Rapport DPS	26%	30%	34%	38%	40%
Proportion des DS disposant des techniciens du génie sanitaire	ND			Egal à 50% à échéance				
Taux d'exécution des activités prévues dans le plan santé des entreprises ciblées au cours des 12 derniers mois	ND			75%	75%	75%	75%	75%
Sous axe stratégique 1.3: Renforcement des aptitudes favorables à la santé des individus et des communautés								
Indicateurs traceurs								
% des DS disposant d'un plan intégré de communication pour la promotion de la santé et la prévention des maladies	ND	2015		20%	40%	60%	70%	80%
Nombre annuel de saisies de produits alimentaires de contre bande réalisées	ND	2015		1	1	1	1	1
Proportion des DS qui disposent d'équipes communautaires formées aux gestes de premiers secours	ND			10/189	50/189	100/189	189/189	189/189
Nombre de victimes (blessés ou morts) de la voie publique en interurbain	3 071	en 2013	Rapport CONAROUTE	0	0	0	0	0
Proportion des CTD/DS ayant des espaces aménagés et conventionnels pour la pratique des activités physiques et sportives	ND			5%	10%	20%	30%	40%
Proportion des centres agréés pour la pratique des activités physiques et sportives qui dispose d'un éducateur sportif qualifié	ND			10%	15%	20%	25%	30%
% d'enfants de 6 à 23 mois qui ont reçu des aliments d'au moins quatre groupes d'aliments durant le jour précédent l'enquête	ND			Augmentation de 25% à échéance				

Libellé de l'indicateur	Baseline		Cibles					
	Valeur	Année	Référence	2016	2017	2018	2019	2020
Prévalence de la carie dentaire chez les élèves de l'école primaire	ND				Réduction de 4%	Réduction de 5%	Réduction de 7%	Réduction de 9%
Sous Axe stratégique 1.4 : Pratiques familiales essentielles, Planification familiale, promotion de la santé de l'adolescent et soins après avortement								
Indicateurs traceurs								
Proportion d'HD disposant d'un personnel technique formé en PFE	ND				Egal à 50% à échéance			
Pourcentage des ménages mettant en œuvre au moins 7 des 15 pratiques familiales essentielles	ND				15%	20%	25%	30%
AXE STRATEGIQUE 2 : PREVENTION DE LA MALADIE								
Sous Axe stratégique 2.1 : Prévention des Maladies Transmissibles								
Indicateurs traceurs								
Pourcentage de DS ayant réalisé et documenté au moins 75% des activités d'IEC/C4D inscrites dans leur Plan intégré de communication	ND			80%	80%	80%	80%	80%
Pourcentage des personnes âgées de 15-49 ans vivant en milieu carcéral, ayant réalisé un test de dépistage du VIH durant les 12 derniers mois et qui ont retiré leur résultat	ND				80%	82%	85%	90%
Pourcentage des personnes de 15-49 ans ayant réalisé un test de dépistage du VIH durant les 12 derniers mois et qui ont retiré leur résultat	F: 25,1% H: 22,5%	2014	MICS 5	F : 26,1% H : 23,4%	F : 27,1% H : 24,3%	F : 28,1% H : 25,2%	F : 29,1% H : 26,1%	F : 30,1% H : 27%
Proportion des ménages disposant d'une MILDA pour 2 personnes	37,4%	2014	MICS 5	40%	50%	60%	80%	95%
Proportion d'enfants de moins de 5 ans des régions du Nord et de l'Extrême Nord ayant reçu un Traitement préventif pour le paludisme saisonnier	ND			25%	30%	40%	60%	85%

Libellé de l'indicateur	Baseline			Cibles				
	Valeur	Année	Référence	2016	2017	2018	2019	2020
Sous axe stratégique 2.2: MAPE et événements de santé publique surveillance et réponse aux maladies a potentiel épidémique, aux zoonoses et événements de sante publique								
Indicateurs traceurs								
Proportion de CERPLE disposant de capacités opérationnelles minimales requises pour la surveillance des MAPE /événements de santé publique et pour la riposte	ND	2014		50%	60%	75%	100%	100%
Proportion des DRSP disposant de laboratoires de référence qui fonctionnent en réseau pour la surveillance des MAPE	ND			60%	65%	70%	75%	80%
Proportion de DRSP disposant d'une cartographie annuelle actualisée des risques d'épidémie et des plans opérationnels de riposte conséquents	ND			100% à échéance				
Nombre d'enfants manqués par la vaccination de routine	ND			Réduction annuelle de 10%				
Proportion des DS disposant d'intrants pour la riposte contre les autres MAPE non ciblés par le PEV au cours des trois derniers mois	ND			50%	50%	50%	75%	100%
Sous axe stratégique 2.3 : SRMNEA et PTME								
Indicateurs traceurs								
Proportion d'HD disposant d'au moins un prestataire formé à la dispensation des interventions à haut impact sur la santé maternelle et infantile	ND			85%	85%	90%	90%	100%
Proportion d'HD qui offrent les SONUC selon les normes (9 fonctions)	61%	2015	Enquêtes SONU	65%	70%	80%	90%	95%

Libellé de l'indicateur	Baseline		Cibles						
	Valeur	Année	Référence	2016	2017	2018	2019	2020	
Proportion de nouveau-nés ayant reçu les soins postnataux dans les 48 heures qui suivent leur naissance	68,5%	2014	MICS 5	70%	75%	80%	85%	90%	
Sous axe stratégique 2.4 : Prévention des maladies non transmissibles									
Indicateurs traceurs									
Proportion des DRSP ayant organisé au moins une campagne annuelle de prévention et de dépistage des MNT (HTA, diabète, cancers, etc.)	ND			25%	50%	90%	100%	100%	
Proportion de DRSP ayant organisé au moins une campagne de sensibilisation et dépistage de la drépanocytose	ND			100%	100%	100%	100%	100%	
AXE STRATEGIQUE 3: PRISE EN CHARGE DES CAS									
Sous axe stratégique 3.1 : Prise en charge curative des maladies transmissibles et non transmissibles									
Indicateurs traceurs									
Indice de satisfaction des bénéficiaires des services et des soins de santé	67%	2010	PETS2 2010	68%	70%	75%	80%	85%	
Proportion d'hôpitaux de 4 ^{ème} , 5 ^{ème} et 6 ^{ème} catégorie ciblés dont 75% du personnel technique applique les protocoles de PEC des maladies transmissibles (PALU, SIDA, TB)	ND			30%	40%	60%	65%	75%	
Proportion d'HD ciblés dont 75% du personnel technique appliquent les protocoles de prise en charge des principales MTN (Ulçère de Buruli, Lèpre)	ND			30%	40%	60%	65%	75%	
% des CMA et d'HD ciblés dont 75% du personnel technique appliquent les directives de délégation des tâches lors de la PEC de l'HTA et du diabète	ND			30%	40%	60%	65%	75%	

Libellé de l'indicateur	Baseline		Cibles					
	Valeur	Année	Référence	2016	2017	2018	2019	2020
Proportion des DRSP ayant organisé au moins une campagne annuelle de sensibilisation et de dépistage de l'HTA/Diabète en dehors des FOSA y compris lors des Journées Mondiales de lutte contre ces pathologies	ND			Augmentation de 40% à échéance				
% de CMA et d'HD ciblés dont 75% du personnel technique utilisent les normes/protocoles de prise en charge des principales maladies non transmissibles (diabète, santé mentale, HTA)	ND					40%	50%	60%
% de CSI et CMA ciblés ayant pris en charge au moins 80% des enfants de moins de 5 ans souffrant de diarrhée/IRA avec l'approche PCIME	31%	2012	Rapport annuel 2010 OMS Cameroun cité par le RASS 2012	32%	33%	34%	35%	40%
% de personnels d'HD et d'HR évalués qui utilisent les protocoles validés des soins palliatifs	ND			30%	40%	60%	65%	75%
Sous axe stratégique 3.2 : Conditions maternelles, néonatales, infanto-juvéniles et des adolescents la santé								
Indicateurs traceurs								
Proportion des CSI ayant réalisé au moins la moitié des stratégies avancées/mobiles planifiées	ND			75%	75%	100%	100%	100%
Pourcentage d'HD disposant d'au moins 1 personnel formé à la PCIME clinique	31%	2015	Rapport DSF	31,50%	32%	32,50%	33%	35%
Proportion des CMA et d'HD ciblés dont 75% du personnel technique appliquent les protocoles validés de PEC des problèmes de santé de la mère et de l'enfant	ND			75% à échéance				
Proportion d'HD disposant des services conviviaux et d'écoute pour la PEC des problèmes de santé des adolescents	ND			Augmentation de 20 % sur la période 2016 -2020				

Libellé de l'indicateur	Baseline			Cibles					
	Valeur	Année	Référence	2016	2017	2018	2019	2020	
Proportion d'enfants nés de mères séropositives et mis sous TARV	34%	2015	Rapport de progrès PTME, CNLS	50%	70%	80%	90%	90%	
Sous axe stratégique 3.3 : Urgences et événements de santé publique									
Indicateurs traceurs									
Disponibilité d'un plan national de gestion des événements de santé publique budgétisé et des rapports annuels d'activités de MEO de ce plan	0	2015				1		1	
Proportion d'HD disposant des médicaments / consommables pour la prise en charge des urgences médico-chirurgicales les plus courantes	ND			50%	100%	100%	100%	100%	
Proportion de DRSP ayant conduit annuellement au moins une simulation d'une situation d'urgence	2/10	2015	Rapport DLMEP	5/10	7/10	10/10	10/10	10/10	
Proportion des DRSP disposant des équipes multisectorielles d'investigation et d'interventions rapides (EIIR)	ND			5/10	7/10	10/10	10/10	10/10	
Sous axe stratégique 3.4 : Prise en charge du Handicap									
Indicateurs traceurs									
Proportion d'HR et d'HC ayant assuré la prise en charge médicale selon les POS d'au moins 70% des cas d'handicap moteur corrigé	ND			75% à échéance					
Proportion d'HD qui dispose d'une unité de physiothérapie fonctionnelle	ND			75% à échéance					
Proportion des DRSP ayant organisé au moins une campagne annuelle de chirurgie de la cataracte	ND			75% à échéance					

Libellé de l'indicateur	Baseline			Cibles				
	Valeur	Année	Référence	2016	2017	2018	2019	2020
AXE STRATEGIQUE 1 : RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE								
Sous axe stratégique 4.1 : Financement de la santé								
Indicateurs traceurs								
Proportion du budget national alloué à la Santé	5,5%	2015	Loi des finances			6,50%		8%
Disponibilité d'un rapport validé d'analyse de l'information financière	2	2015	CNS 2012	1	1	1	1	1
Disponibilité d'un texte de cadrage accordant une autonomie de gestion des recettes affectées aux FOSA du niveau déconcentré	0	2015	Rapport DAJC			1		
Disponibilité d'un rapport validant la clé de répartition du budget du MINSANTE dans les différents programmes	0	2015	Rapport DRFP		1	1	1	1
Proportion des districts de santé ayant intégré l'approche du financement basé sur la performance (FBP)	13,6%	2015	Rapport PBF	15%	20%	70%	80%	100%
Disponibilité d'un rapport sur les Comptes Nationaux de la Santé	1	2012	CNS 2012			1		1
Sous axe stratégique 4.2 : Offre de soins et de services								
Indicateurs traceurs								
Disponibilité d'un plan national de développement des infrastructures (construction/réhabilitation/extension/équipement et maintenance)	0	2015	Rapport DEP MINSANTE			1		
Pourcentage de la population résidant dans un rayon de moins de 5 km d'une formation sanitaire (CSI, CMA et HD)	80,6%	2007	ECAM 3	81,5%	83%	85%	88%	90%

Libellé de l'indicateur	Baseline			Cibles					
	Valeur	Année	Référence	2016	2017	2018	2019	2020	
Pourcentage de CSI, de CMA et d'HD construits selon les normes et conformément au plan de développement des infrastructures	1%	2015	Rapport DEP MINSANTE	2%	5%	10%	20%	30%	
Pourcentage de CSI, de CMA et d'HD délabrés qui ont été réhabilités	1%	2015	Rapport DEP MINSANTE	2%	5%	10%	20%	30%	
Pourcentage d'HD qui disposent d'au moins deux agents de maintenance polyvalents et outillés dans les domaines suivants (biomédical, électricité/froid, plomberie, informatique, mobilier)	ND	2015	Rapport DRH MINSANTE	8%	26%	53%	100%	100%	
Proportion des DRSP ayant signé des contrats avec les structures de maintenance dans les domaines suivants: biomédical, électricité/froid, plomberie	0	2015	Rapport DEP MINSANTE	8%	26%	53%	100%	100%	
Pourcentage d'HD équipés selon les normes	ND		Rapport DEP MINSANTE		40%	45%	45%	50%	
Proportion de DRSP disposant d'une structure spécialisée régionale agréée de transfusion sanguine	0/10	2015	Rapport PNLTS MINSANTE			1/10	3/10	5/10	
Pourcentage d'HD qui offrent au moins 75% des interventions du PCA	10%	2015	Enquête SONUC 2015	15%	25%	50%	75%	80%	
Pourcentage de CSI et de CMA publics délivrant au moins 80% des interventions du PMA	ND	2015				70%		75%	
Pourcentage des infirmeries scolaires / et des centres médico-universitaires qui disposent d'un kit de premiers soins	ND			20%	25%	50%	75%	75%	
Pourcentage des DS dont le niveau de développement a été évalué	ND	2015			50%	100%	100%	100%	

Libellé de l'indicateur	Baseline			Cibles					
	Valeur	Année	Référence	2016	2017	2018	2019	2020	
Sous axe stratégique 4.3 : Médicament et autres produits pharmaceutiques									
Indicateurs traceurs									
Disponibilité du Plan Directeur Pharmaceutique National (PDP) actualisé et du rapport d'activités de l'année précédant l'évaluation de la mise en oeuvre de ce plan	0	2015	Rapport DPML MINSANTE		1				
Disponibilité d'un acte réglementaire créant et organisant le Réseau National des Laboratoires et des rapports annuels d'activités de transmission des données	0	2015	Rapport DPML MINSANTE			1		1	
Proportion des régions ayant produit un rapport annuel d'activités sur la pharmacovigilance	ND		Rapport DPML MINSANTE	50%	75%	100%	100%	100%	
Pourcentage de produits pharmaceutiques contrôlés anté et post marketing dans les officines et pharmacies des hôpitaux publics	ND		Rapport DPML MINSANTE	Egal à 25% à échéance					
Nombre moyen de jours de rupture des stocks des médicaments essentiels traceurs par trimestre dans les HD	6 jours	2016	Rapport DPML 2015	5,5 jours	5 jours	4 jours	4 jours	2 jours	
Proportion des DRSP ayant organisé annuellement des opérations de saisie et de destruction des médicaments illicites	ND	2015			100%	100%	100%	100%	
Sous axe stratégique 4.4: Ressources humaines en santé									
Indicateurs traceurs									
Pourcentage des responsables des DRSP et de SSD ciblés ayant bénéficié d'une formation/renforcement des capacités en management (processus gestionnaire)	ND	2015		Egal à 100 % de chefs de DS formés à échéance					
Pourcentage des CMA et d'HD des régions septentrionales, de l'Est et du Sud disposant d'au moins une sage-femme	ND			Egal 50% à échéance					

Libellé de l'indicateur	Baseline			Cibles					
	Valeur	Année	Référence	2016	2017	2018	2019	2020	
Pourcentage des DRSP ayant transmis annuellement à la DRH les données consolidées et complètes des effectifs des RHS de la région, y compris ceux du sous-secteur privé et traditionnel	ND			50%	100%	100%	100%	100%	
% de médecins dans les CMA et les HD ayant au plus quatre ans d'expérience qui ont bénéficié d'au-moins une formation continue dans les domaines ciblés (SONUC, maladies mentales, Diabète, HTA etc.)	ND			5%	10%	15%	20%	30%	
Proportion de DRSP disposant de l'outil informatique de gestion et de suivi des profils de carrière (SIGIPES Régional)	0	2015	Rapport Cellule des Informations sanitaires		5/10	8/10	10/10	10/10	
Proportion des CMA et d'HD ciblés dont 75% du personnel appliquent les protocoles validés de PEC des problèmes de santé de la mère et de l'enfant	ND			Atteindre 80% à échéance					
Indice de satisfaction des RHS	ND			Augmentation de 30% à échéance					
Pourcentage de CSI, CMA et d'HD difficiles d'accès qui disposent d'au moins 50% de RHS en poste depuis 3 ans	ND			Augmentation de 20% à échéance					
Sous axe stratégique 4.5 : Information sanitaire et recherche en santé									
Indicateurs traceurs									
Pourcentage d'enquêtes de base réalisées pour le suivi de la mise œuvre du PNDS 2016-2020	ND				100%				
Proportion des responsables des DRSP ayant bénéficié d'un renforcement de capacités pour conduire des projets de recherche	ND				100%	100%	100%	100%	

Libellé de l'indicateur	Baseline			Cibles				
	Valeur	Année	Référence	2016	2017	2018	2019	2020
AXE STRATEGIQUE 5 : GOUVERNANCE & PILOTAGE STRATEGIQUE								
Sous axe stratégique 5.1 : Gouvernance								
Indicateurs traceurs								
Disponibilité d'un texte réglementaire actualisé régissant l'organisation et le fonctionnement des instances de pilotage, de coordination et de S/E du PNDS à tous les niveaux	0		Rapport DAJC		1			
Disponibilité des textes juridiques/réglementaires actualisés régissant l'organisation, le fonctionnement des hôpitaux publics et encadrant la prise en charge des cas	0	2015	Rapport DOSTS MINSANTE		1			
Proportion d'HD et assimilés accrédités (disposant d'un système d'assurance qualité de soins et des services de santé)	0%					30%	50%	70%
Proportion d'HR dont les rapports techniques et financiers annuels validés par les membres du COGEH sont transmis à la DRSP	ND				100%	100%	100%	100%
Proportion des grossistes répartiteurs et des pharmacies d'officines inspectés	ND					25%	30%	40%
Proportion d'HG, HC et HR ayant bénéficié d'un audit externe	ND		/			40% HG, HC et HR audités à l'horizon 2020		
Proportion des hôpitaux de catégorie 1 et 2 ayant transmis au MINSANTE et/ou publié en ligne leurs rapports techniques d'activités	ND					100% chaque année		
Proportion des Directions Centrales, des EPA santé et des DRSP ayant produit un rapport annuel de performance	ND					100% chaque année		
Proportion de formations sanitaires de la 1ère à la 4ème catégorie qui mettent en œuvre les IRR	ND					Augmentation de 20% par année		

Libellé de l'indicateur	Baseline			Cibles					
	Valeur	Année	Référence	2016	2017	2018	2019	2020	
Disponibilité d'un rapport de mise en œuvre des activités de la chaîne PPBS (Prise en compte des interventions du PNDS dans le CDMT, respect de la clé de répartition du budget tel que prévu dans le CDMT, etc.)	0	2015	Rapport ST/PC-SSS	1 rapport par an					
Sous axe stratégique 5.2 : Pilotage stratégique									
Indicateurs traceurs									
Proportion des DS dont les PDSD sont arrimés au PNDS	ND		Rapport annuel du ST/CP-SSS	100%	100%	100%	100%	100%	
Proportion des DRSP ayant élaboré des plans régionaux consolidés de santé arrimés au PNDS 2016-2020	0%	2015	Rapport annuel du ST/CP-SSS	100%	100%	100%	100%	100%	
Disponibilité du document de politique de santé pénitentiaire validé et des rapports annuels d'activités de santé en milieu carcéral	0	2015	Rapport annuel du ST/CP-SSS		1				
Proportion des DS et des DRSP ayant organisé au moins 3 réunions de coordination et de suivi de la mise en œuvre de leur PTA et ayant produit un rapport annuel conséquent	ND				50%	75%	75%	75%	
Proportion des DS disposant du rapport d'évaluation finale de leur PDSD	0	2015	Rapport ST/CP-SSS					100%	
Proportion des DRSP disposant du rapport d'évaluation finale de leur PRCDS	0	2015	Rapport ST/CP-SSS					100%	
Proportion des DS et des DRSP ayant renseignés au moins 80% des indicateurs du tableau de bord pour le suivi de leurs performances	0%		Rapport annuel du ST/CP-SSS		100%	100%	100%	100%	
Niveau d'atteinte des cibles projetées dans le PISE	0%		Rapport annuel du ST/CP-SSS	25%	50%	75%	90%	100%	

Libellé de l'indicateur	Baseline			Cibles						
	Valeur	Année	Référence	2016	2017	2018	2019	2020		
Disponibilité d'un rapport annuel de la revue sectorielle ou thématique de santé	1	2013	Rapport annuel du ST/CP-SSS			1	1	1		
Disponibilité des rapports d'évaluation à mi-parcours et finale du PNDS	0		Rapport annuel du ST/CP-SSS			100%				
Proportion des DS et des DRSP disposant des rapports d'évaluation à mi-parcours et finale du PNDS 2016-2020	0%		Rapport annuel du ST/CP-SSS					100%		
Disponibilité du rapport annuel de veille stratégique	0		Rapport ST/CP-SSS	1	1	1	1	1		
Pourcentage de conventions signées et respectées entre le MINSANTE et les OSC intervenant dans le secteur santé	ND			100%	100%	100%	100%	100%		
Niveau d'atteinte des objectifs du Compact National	0%	2015	Rapport ST/CP-SSS	25%	50%	75%	85%	100%		

CHAPITRE 5 : CADRE ORGANISATIONNEL DU SUIVI-EVALUATION

5.1 ORGANISATION OPERATIONNELLE DU SUIVI-EVALUATION (S&E)

La performance du suivi du PNDS est tributaire de la fonctionnalité du SNIS qui constituera la principale source de données pour son S&E. A terme, une seule instance de coordination multisectorielle et de S&E sera mise en place à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, en lieu et place des multiples comités des programmes prioritaires de santé et des sous-comités thématiques existant au niveau opérationnel. Pour ce qui concerne les indicateurs du MINSANTE contenus dans le PISE, seuls les plus pertinents des trois composantes verticales et des deux composantes transversales validés de manière consensuelle par toutes les parties prenantes ont été retenus dans le tableau de bord de suivi multisectoriel du PNDS. Il en est de même des indicateurs des ministères partenaires qui comme ceux du MINSANTE feront tous l'objet d'un suivi régulier.

Le suivi-évaluation de la mise en œuvre du plan de développement sanitaire 2016-2020 sera donc participatif et multisectoriel (voir tableau 4).

Trois points majeurs sont à considérer pour donner de meilleures chances de réussite à la mise en œuvre du PISE 2016-2020. Il s'agit de : (i) la mise en place des organes de pilotage et de suivi-évaluation du PISE à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ; (ii) la définition des rôles, des responsabilités et des modalités de suivi du PNDS; (iii) la mobilisation des ressources financières et humaines de qualité pour que ce suivi soit effectif.

Tableau 4: Fiche synthétique des organes de pilotage, de coordination et de suivi de la mise en œuvre du PNDS

ORGANES	COMPOSITION	RÔLE/FRÉQUENCE DES RÉUNIONS
<p>Comité de Pilotage et de Suivi de la Mise en œuvre de la SSS</p>	<p>PRÉSIDENT : Ministre de la Santé Publique MEMBRES :un représentant des services du PM; un responsable de très haut rang des Ministères partenaires (MINTSS, MINAS, MINPROFF, MINEDUB, MINESEC, MINESUP, MINADER, MINEPIA, MINEE, MINEPDED, MINJEC, MINCOM) ; le responsable santé du MINDEF, du MINJUSTICE, de la DGSN, du MINFI ; le Président des ordres des Médecins, le président des ordres du personnel paramédical, des Pharmaciens le représentant du GICAM, des CVUC et des OSC ; le chef de file des PTF bilatéraux et multilatéraux du secteur santé.</p>	<p>PILOTAGE ET SUIVI-ÉVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA SSS :</p> <p>Formulation des orientations pour la mise en œuvre efficace, le suivi et l'évaluation de la SSS ; Validation finale des documents stratégiques élaborés (stratégie de financement de la santé, SSS, PNDS des rapports d'évaluation de la SSS 2001-2015, etc.) ; Plaidoyer permanent pour une augmentation des ressources financières allouées au secteur santé (recherche des solutions durables au financement de la santé) ;</p> <p>Rencontres semestrielles et en cas de besoin.</p>
<p>Comité Technique de Suivi Evaluation de la mise en œuvre de la SSS</p>	<p>PRÉSIDENT : SG MINSANTE MEMBRES : le responsable en charge de la - planification de la chaîne PBSS du MINSANTE et des ministères partenaires ; les points focaux santé dans les ministères partenaires (MINDEF, DGSN, MINJUSTICE etc.) ; le Coordonnateur du secrétariat technique du comité de pilotage ; le chef de la cellule du suivi-évaluation ; les responsables des programmes prioritaires de santé du MINSANTE, les représentants des PTF; les (10) délégués régionaux de la santé publique (DRSP).</p>	<p>COORDINATION STRATÉGIQUE DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA SSS :</p> <p>Revue et approbation (i) des rapports de performances et de S/E de la mise en œuvre de la SSS, (ii) des documents stratégiques présentés par le Secrétariat Technique avant leur soumission au Comité de Pilotage ; Gestion technique des problèmes transversaux aux différents départements ministériels impliqués dans le S/E de la SSS (Financement, dispositif de S&E, planification, etc.) ; Proposition des mesures correctrices pour lever les goulots d'étranglement qui empêchent l'atteinte des objectifs du PNDS. ; Mise en cohérence des actions de santé inscrites dans les différents plans des ministères partenaires ;</p> <p>Rencontres tous les 4 mois ou en cas de besoin.</p>
<p>Secrétariat Technique du Comité de Pilotage et de suivi de la MEO de la SSS</p>	<p>COORDONNATEUR : Médecin de santé publique de préférence</p> <p>PERSONNEL TECHNIQUE : (i) un statisticien ; (ii) un comptable ; (iii) un expert en planification, suivi-évaluation ; (iv) Ingénieur informaticien ; (v) experts en économie de la santé ; (vi) expert en finances publiques ;(vii) deux médecins de santé publique (option épidémiologie / système de santé).</p>	<p>COORDINATION OPERATIONNELLE DU SUIVI ET DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA SSS/PNDS :</p> <p>Suivi trimestriel des interventions (actions et programmes) exécutées par les administrations du secteur de la santé et proposition des mesures correctives pour les faibles performances observées ;Evaluation trimestrielle/annuelle du niveau d'atteinte des objectifs par axe stratégique du PNDS/SSS ; Evaluation à mi-parcours et finale de la SSS ; Elaboration d'une nouvelle SSS ; Appui logistique au fonctionnement des groupes thématiques et des sous-comités multisectoriels ; Rédaction des comptes- rendus des réunions et des rapports de performance du système de santé ; Mise à jour des outils de S&E de la MEO de la SSS et appui technique aux DRSP/DS pour le S&E de la MEO de leurs PRCDs ;</p>

ORGANES	COMPOSITION	RÔLE/FRÉQUENCE DES RÉUNIONS
		Appui à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour la production des statistiques sectorielles ; Organisation des revues sectorielles ; Tenue des archives physiques ou électroniques ; Rédaction des comptes rendus des réunions.
Comité Régional de Coordination et de Suivi-Evaluation de la mise en œuvre de la SSS	PRÉSIDENT : Gouverneur (Représentant du MSP) SECRETARIAT TECHNIQUE : DRSP MEMBRES : Délégués Régionaux des ministères partenaires au MINSANTE, (MINAS, MINPROFF, MINEDUB, MINESEC, MINESUP, MINADER, MINEPIA, MINEE, MINPEDED, MINJEC, MINCOM) responsable de l'infirmierie de la prison du niveau régional; manager du FRSP ; représentant de la plateforme régional des OSC.	Coordination et suivi-évaluation de la mise en œuvre de la SSS et du PNDS au niveau régional et autres missions que lui assignera le ST/CP-SSS ; Rencontres trimestrielles et en cas de besoin.
Comité Opérationnel de Coordination et de Suivi-Evaluation de la mise en œuvre de la SSS	PRÉSIDENT : Préfet/Sous-préfet SECRETARIAT TECHNIQUE : Chef Service du District de Santé ; MEMBRES :(i) président du COSADI ; (ii) Membres de l'ECD ; (iii) délégués départementaux des ministères partenaires ; (iv) les membres de l'Equipe Cadre du District ; (v) les responsables des CTD et des organisations de la société civile affiliées à la plateforme régionales des OSC.	Coordination et suivi-évaluation de la mise en œuvre de la SSS et du PNDS au niveau opérationnel et autres missions que lui assignera le ST/CP- SSS ; Rencontres trimestrielles et en cas de besoin.

5.2. ROLES ET RESPONSABILITES DES ACTEURS—CLES (VOIR CHAPITRE 3)

Le suivi de la MEO du PNDS 2016-2020 sera sous la responsabilité institutionnelle du comité de Pilotage. Ce COPIL disposera au niveau central, d'un Comité Technique de Suivi et d'un Secrétariat Technique, puis des démembrements aux niveaux régional et opérationnel pour l'assister dans sa tâche. Le COPIL sera entre autres chargé d'assurer la synergie des activités, concourant au développement de la santé, conduites par le MINSANTE et les ministères partenaires impliqués dans la mise en œuvre des actions de santé.

5.3 OUTILS DE GESTION DES DONNEES

Trois types d'outils de gestion des données seront utilisés : Les registres et formulaires de collecte mensuelle des données des FOSA (RMA) ; le DHIS-2 ; le tableau de bord multisectoriel.

- *Les registres et formulaires de collecte mensuelle de données des FOSA (RMA)*

Les registres harmonisés des FOSA constituent la source primaire de collecte des données de base du PNDS 2016-2020. Le Rapport Mensuel d'Activités (RMA) harmonisé du SNIS restera l'outil de synthèse et de transmission des données des FOSA vers les Districts de Santé.

- *La banque centrale des données du SNIS : le DHIS-2*

Les données du SNIS collectées dans les FOSA seront directement saisies et analysées dans le DHIS-2 en cours d'implémentation. A différents niveaux de la pyramide, des accès à la banque de données seront accordés par la CIS aux différents acteurs pour permettre une gestion efficace et une utilisation optimale de l'information disponible.

- *Le tableau de bord multisectoriel*

Le tableau de bord multisectoriel du PISE 2016-2020 est un outil de collecte de second degré qui est élaboré à partir du cadre de performance du PNDS. Cet outil, bien renseigné par tous les acteurs du secteur, permet de mesurer systématiquement et instantanément les performances de chaque district de santé et de chaque DRSP. L'analyse des goulots d'étranglement, qui pourraient être la cause des faibles performances observées, permettra d'apporter des solutions appropriées aux problèmes de suivi identifiés.

Pour les autres données non collectées par le circuit usuel du SNIS, notamment celles provenant des ministères partenaires, des outils spécifiques de collecte primaire de données seront développés et les performances réalisées analysées au cours des réunions de coordination multisectorielle.

5.4. TYPE, LIEU, PERIODICITE DE COLLECTE ET MODE DE CALCUL DES INDICATEURS

La matrice des indicateurs du PISE précise le type, le lieu, la périodicité de collecte et le mode de calcul de chaque indicateur.

5.5 PROCEDURES DE TRAITEMENT ET D'ANALYSE DES DONNEES

Au plan opérationnel, les FOSA auront pour missions de : collecter et de compiler les données assorties d'analyses, prendre les décisions conséquentes puis, de transmettre les données collectées aux districts de santé pour saisie dans le DHIS 2.

A chaque niveau de la pyramide sanitaire, les indicateurs calculés seront analysés et discutés lors des réunions du COPIL mais également lors des réunions de coordination ou de monitoring décentralisé pour le niveau opérationnel. Au cours de ces réunions, les performances seront analysées, les actions correctrices à entreprendre recommandées et les tableaux de bord renseignés avec toutes les parties prenantes. Un accent particulier sera mis sur la retro information du niveau central vers les DRSP, des DRSP vers les DS et des DS vers les FOSA (structures productrice des données).

5.6. PROCEDURES DE TRANSMISSION DES DONNEES

5.6.1. Généralités

A titre de rappel, les données collectées dans les FOSA seront analysées localement et disponibles instantanément au niveau du district à travers le DHIS-2. Les districts de santé à leur tour analyseront les données à leur disposition pour la prise de décision grâce à leurs droits d'accès au DHIS-2 ; les données validées par les DS seront exploitées par les DRSP et ultérieurement par les structures du niveau central.

En plus des données des FOSA, celles provenant des ministères partenaires seront également compilées au niveau du district de santé et seront prises en compte dans l'analyse des performances du district. Le rapport issu de cette analyse sera transmis au Secrétariat Technique du CORECSES. Celui-ci, après appréciation, transmettra son rapport au Secrétariat Technique du Comité de Pilotage de la Stratégie Sectorielle pour exploitation, synthèse, transmission au COPIL et feedback aux différentes régions et à la CPP.

5.6.2. Périodicité dans la transmission des données

Les données sanitaires de toutes les FOSA des aires de santé ainsi que celles des administrations partenaires seront acheminées au district de santé au plus tard le 05 du mois. Ces données devront être saisies, validées puis analysées par les districts de santé au plus tard le 10 du mois. Un feedback du DS aux FOSA est impératif. Les DRSP quant à elles devront analyser les performances des DS au plus tard le 15 du mois. Enfin, la CIS, l'ONSP et

le ST/CP-SSS, les différentes structures techniques centrales au regard de leurs missions seront chargées d'exploiter l'information sanitaire disponible pour la prise de décision stratégique. Le ST/CP-SSS veillera à ce que les performances réalisées soient également mises à la disposition de tous les membres du COPIL (structures sanitaires du niveau central, PTF, ONG, OSC, etc.).

5.6.3 Contrôle de la qualité des données

Le contrôle de la qualité des données collectées se fera à tous les niveaux de la pyramide. Il s'agira à travers des revues de données et des audits, de vérifier la traçabilité, la pertinence, la complétude et l'exactitude des données disponibles. Ceci suppose un archivage (électronique et physique) des données et une bonne tenue des statistiques et rapports à tous les niveaux, en particulier dans les FOSA et les districts de santé. Une copie du rapport de la FOSA sera transmise au district de santé et une autre conservée dans la FOSA.

5.7 SUPERVISION DE LA GESTION DES DONNEES

Trois modalités de supervisions seront appliquées : les supervisions conjointes, facilitantes et à distance.

5.7.1. Les supervisions conjointes

Les supervisions conjointes, avec les partenaires au développement, seront organisées une fois par an pour gérer les problèmes d'harmonisation, de coordination, de plaidoyer, et pour accélérer la mobilisation des ressources pour l'atteinte des objectifs projetés dans le PNDS.

5.7.2. La supervision facilitante

La supervision facilitante sera axée sur l'accompagnement ou le coaching des acteurs à tous les niveaux du système. Il s'agira de les amener à s'approprier le PISE et ses outils notamment : la matrice d'indicateurs, le cadre de performances et le tableau de bord. Il sera aussi question, au cours de cette supervision, d'amener les structures sanitaires à tous les niveaux de la pyramide à réaliser le S&E, puis à développer la culture de la redevabilité et de la résilience. Ces supervisions permettront aussi de mesurer la performance des équipes dans la mise en œuvre des recommandations de la précédente supervision.

5.7.3. Les supervisions à distance

Pour une bonne mise en œuvre de la SSS, des supervisions à distance seront aussi organisées après exploitation des résultats des tableaux de bord des aires de santé, des districts et des régions.

5.8. PARTAGE ET DISSEMINATION DES DONNEES

A titre de rappel, les informations sur le S&E du PNDS seront partagées à tous les acteurs concernés par les performances réalisées dans le secteur (PTF, Directions techniques, Programmes de santé, OSC, OBC, ECD etc.) à travers :

- les réunions de coordination trimestrielle régionale (Comité régional de coordination et de suivi de la MEO de la SSS) ;
- les revues périodiques des données ;
- les réunions statutaires du COPIL au niveau central ;
- les annuaires statistiques de chaque district de santé et de chaque région.

CHAPITRE 6 : MECANISMES DE SUIVI-EVALUATION

6.1. SUIVI DU PNDS

6.1.1. Suivi du PNDS au niveau Central

Le suivi de la mise en œuvre du PNDS s'alignera sur les prévisions des progrès du cadre de performance de la SSS 2016-2027. Sous la supervision du COPIL et du comité technique de suivi, le ST/CP-SSS assurera la coordination de la mise en œuvre du suivi-évaluation du PNDS à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Il s'agira de suivre la mise en œuvre du PNDS à travers les 3 interventions suivantes :

- la supervision (conjointe, thématique, et générale) ;
- la revue semestrielle/annuelle sectorielle ou thématique ;
- les appuis technique et logistique aux sous-comités et groupes thématiques.

La mission conjointe de supervision aura pour objet de suivre le processus d'exécution du PNDS sur le terrain. Elle associera les experts du MINSANTE, les Partenaires Techniques et Financiers et éventuellement les ministères partenaires en cas de besoin. Cette supervision se focalisera sur les indicateurs de réalisation directe. A la fin de la supervision, un plan de suivi de la mise en œuvre des recommandations opérationnelles arrêtées sera élaboré de manière participative. Le suivi de la mise en œuvre de ce plan sera réalisé par le CORECSES. L'utilisation d'un logiciel approprié facilitera le suivi des performances réalisées.

Les indicateurs calculés seront analysés et discutés lors des revues sectorielles ou thématiques organisées par le ST/CP-SSS. Au cours de ces revues, les performances seront analysées et les tableaux de bord renseignés. Les problèmes, les faiblesses ou les goulots d'étranglements seront identifiés et les actions correctrices à entreprendre recommandées.

L'appui stratégique des groupes et des sous-comités thématiques multisectoriels consistera à accompagner les acteurs des groupes thématiques dans le suivi de la mise en œuvre du PNDS.

6.1.2. Suivi du PNDS au niveau régional

Au niveau régional, le suivi de la mise en œuvre du PNDS sera réalisé à travers : (i) les réunions de coordination de routine et multisectorielles organisées par le CORECSES ; (ii) le monitoring décentralisé dans les districts de santé ; (iii) la supervision conjointe ; (iv) la

revue trimestrielle et la validation des données des districts de santé, de l'hôpital régional et assimilés.

6.1.3. Suivi du PNDS au niveau opérationnel

Le COCSES assurera le suivi de la mise en œuvre du PNDS au niveau opérationnel. Il sera présidé par le Préfet et travaillera sous le leadership Technique du Chef de District. Ses membres seront issus des administrations partenaires notamment : le président du COSADI, les membres de l'Equipe Cadre du District, les responsables des CTD et des organisations de la société civile affiliées à la plateforme régionales des OSC, les délégués départementaux des ministères partenaires. Ceux-ci participeront au suivi de la mise en œuvre du PNDS à travers les principales interventions suivantes:

- la supervision intégrée. A la fin de chaque supervision, un plan de suivi des recommandations sera élaboré de manière participative;
- le monitoring décentralisé ;
- les réunions de coordination et de suivi de la mise en œuvre des interventions (coordination multisectorielle).

Le suivi du PNDS au niveau opérationnel, sera essentiellement axé sur le suivi de la mise en œuvre des différents PDSD.

6.2. PROCESSUS D'ÉVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU PNDS

Le ST/CP-SSS conduira, conformément à ses missions, le processus d'évaluation de la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire sous la supervision du Comité Technique de Suivi et avec la participation des autres acteurs intervenant dans le secteur santé.

L'évaluation du PNDS portera sur les aspects quantitatifs et qualitatifs et sera réalisée par un processus itératif à travers trois interventions (Fig. 1) :

- la surveillance des interventions;
- l'évaluation à mi-parcours ;
- l'évaluation finale.

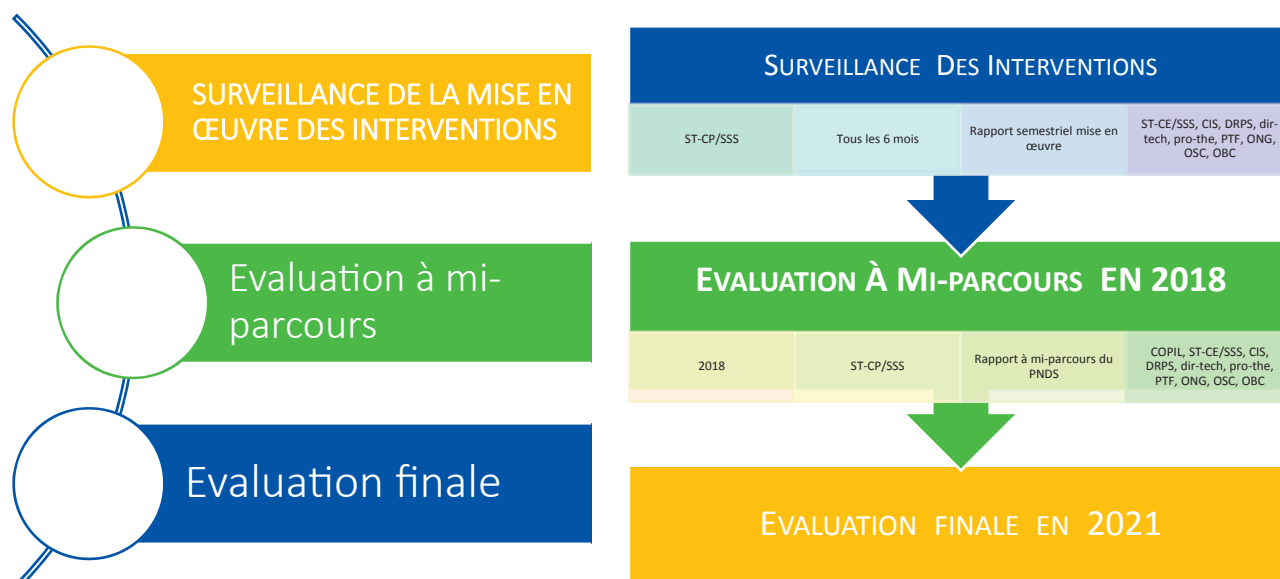


Figure 1: Modalités d'évaluation du PNDS

6.2.1 Equipe d'évaluation

La mise en œuvre du PNDS sera évaluée par le Secrétariat Technique du Comité de Pilotage de la SSS qui mobilisera un groupe d'experts pour : les enquêtes de base, la surveillance des interventions, l'évaluation à mi-parcours et l'évaluation finale. Ceux-ci travailleront sous la supervision du Secrétariat Général du MINSANTE.

6.2.2 Modalités d'évaluation du PNDS

L'évaluation de la mise en œuvre du PNDS comprendra 3 volets : (i) la surveillance des progrès accomplis dans la mise en œuvre du PNDS, (ii) l'évaluation à mi-parcours et (iii) l'évaluation finale.

- Surveillance des progrès accomplis dans la mise en œuvre du PNDS

La surveillance des progrès accomplis est une modalité d'évaluation séquentielle des interventions qui aura pour objet de mesurer le processus de suivi dans la mise en œuvre du PNDS ; ceci permettra d'anticiper sur les éventuels problèmes ou goulots d'étranglements et de recadrer la mise en œuvre du PNDS 2016-2020 sur les prévisions de progrès fixées par le cadre de performance de la SSS 2016-2027.

Il s'agira de mesurer le niveau d'atteinte des cibles des indicateurs du PNDS 2016-2020 par composante, par sous-composante et par intervention. Les résultats obtenus seront discutés pendant les réunions du comité de pilotage de la SSS. Les outils spécifiques de la surveillance seront élaborés par le ST-CP/SSS en se basant sur le cadre de performance du PISE.

NB : Plusieurs données de base du PISE n'ont pas pu être renseignées. A cet effet, des enquêtes et des études appropriées seront menées rapidement au début de la mise en œuvre du PNDS en vue d'obtenir les données de base nécessaires à l'évaluation effective du PNDS.

- ***Evaluation à mi-parcours***

L'évaluation à mi-parcours sera réalisée en 2018, par l'équipe technique multisectorielle et multidisciplinaire (voir 6.2.1 équipe d'évaluation) sous la supervision générale du Ministre de la Santé Publique et la coordination du Secrétaire Général du MINSANTE. L'objet de l'évaluation à mi-parcours sera soumis à l'approbation du COPIL. Le groupe technique de travail, mis sur pied à cet effet, évaluera le niveau d'atteinte des objectifs spécifiques projetés dans le PNDS. Il organisera également le suivi des recommandations formulées à l'issue de l'évaluation à mi-parcours pour s'assurer que les nouvelles actions planifiées contribuent à l'atteinte des objectifs finaux retenus dans le PNDS. Cette équipe identifiera aussi les opportunités à saisir pour avancer avec efficacité vers l'atteinte des objectifs stratégiques du PNDS.

Cette évaluation permettra d'apprécier, à mi-parcours, les progrès réalisés pour l'amélioration de la santé de la population et de les analyser. L'équipe d'évaluation identifiera enfin les faiblesses et les tendances qui auront constitué des goulots d'étranglement et les opportunités à saisir pour l'atteinte des objectifs du PNDS puis proposera des actions concrètes et pertinentes à cet effet. Les résultats de l'évaluation à mi-parcours permettront de réorienter l'utilisation des ressources mobilisées et de recadrer l'action des acteurs de mise en œuvre du PNDS à tous les niveaux.

- ***Evaluation finale de la mise en œuvre du PNDS***

L'évaluation finale de la mise en œuvre du PNDS sera réalisée en 2021. Il s'agira d'une évaluation globale et nationale, réalisée par l'équipe du Secrétariat Technique du Comité de Pilotage de la SSS (voir section 6.2.1). Cette évaluation permettra d'apprécier les écarts de performances avant l'élaboration du second PNDS (PNDS 2021-2027).

6.2.3. Chronogramme de l'évaluation

Tableau 5: Chronogramme de l'évaluation

Modalités d'évaluation	périodicité	Année	Source des données	Lieu de collecte
Surveillance	Tous les 06 mois	2016, 2017, 2018, 2019, 2020	Rapports d'enquêtes et d'études rapides, rapports d'activités des programmes prioritaires Rapport de monitoring décentralisé, Rapports des réunions de coordination de routine, ou multiseCTORielle	Districts, régions, directions techniques, Ministères partenaires.
	Tous les ans (évaluation annuelle)	2016, 2017, 2018, 2019, 2020	Rapports d'enquêtes et d'études rapides, rapports d'activités des programmes prioritaires Rapports des revues semestrielles, Rapports des évaluations séquentielles, Rapports des réunions de coordination multiseCTORielle Rapports de Supervision et de monitoring	Central District, région, programme thématique, direction technique, Ministères partenaires
Evaluation à mi-parcours	Après 30 mois	2018	Rapport des revues des programmes de santé, Rapport des revues thématiques ou sectorielles, rapports d'activités des programmes prioritaires	Central
Evaluation finale	Après 60 mois	2021	Rapports d'Enquêtes nationales (ECAM, EDS, MICS) Rapport des revues des programmes de santé, Rapport des revues thématiques ou sectorielles, rapports d'activités des programmes prioritaires, Rapports d'Enquêtes nationales (ECAM, EDS, MICS)	Central

CHAPITRE 7 : BUDGET DU PLAN INTEGRE DE SUIVI-EVALUATION

7.1. COUT DE MISE EN ŒUVRE DU PISE 2016-2020

Le coût de la mise en œuvre du PISE sur la période 2016-2020 s'élève à FCFA 9 084 800 000, soit une moyenne annuelle de 1,5 milliards FCFA. Il est important de noter que ces coûts ont déjà été pris en compte lors de l'estimation du coût global du PNDS 2016-2020 et donc ne représentent pas des coûts supplémentaires à son implémentation.

7.1.1. Répartition des coûts par année

En dehors de l'année 2016 qui marque la finalisation et l'adoption des documents de planification stratégique en santé par le gouvernement, le financement du PISE reste relativement stable sur la période avec un maximum de 2,27 milliards FCFA en 2017. En effet l'année 2017 marquera le début effectif de la mise en œuvre du PISE avec : le développement et la mise en place des outils de planification et de suivi-évaluation (PDSD, PRCDs, PTA, Tableau de bord, etc.) ; la réalisation des enquêtes de base. L'année 2020, année d'évaluation du PNDS, présente également un coût plus important avec 2,14 milliards FCFA. (Voir Figure 2).

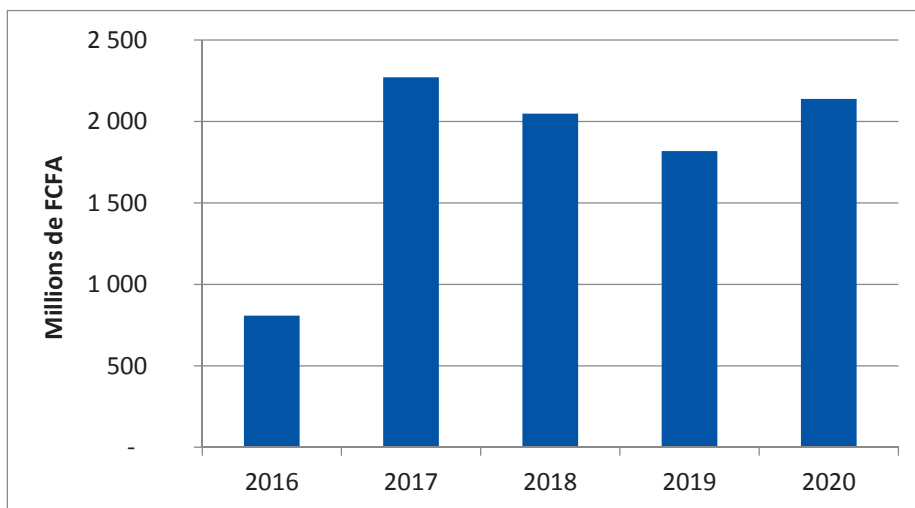


Figure 2 : Répartition des coûts du PISE sur la période 2016-2020

7.1.2. Répartition des coûts par niveau de la pyramide sanitaire

La figure 3 représente la proportion du budget à allouer à chaque niveau de la pyramide. Les budgets alloués aux niveaux central, régional et opérationnel représentent respectivement 41%, 16% et 43%. On constate donc que la plus grande proportion du budget sera allouée au niveau opérationnel (District de santé). Ceci marque la volonté du MINSANTE de renforcer le suivi-évaluation à ce niveau qui est en grande partie responsable de l'amélioration des indicateurs clés du système de santé.

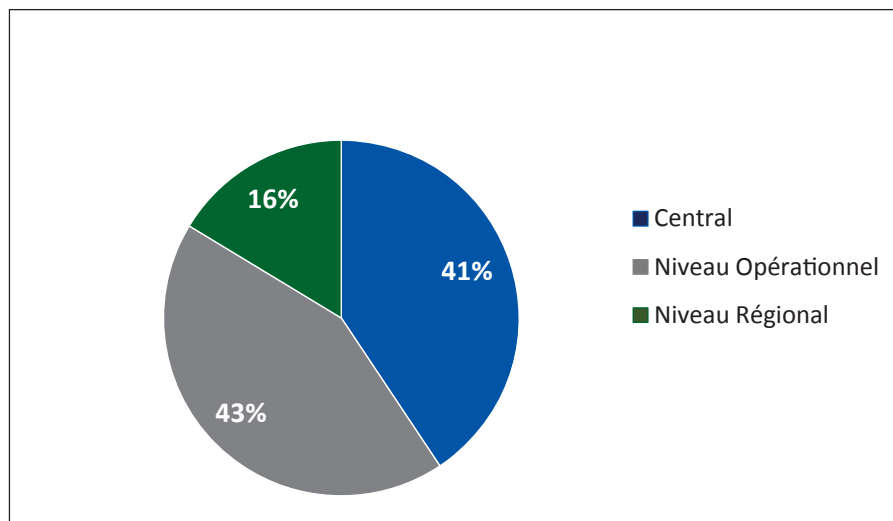


Figure 3 : Répartition des coûts du PISE par niveau de la pyramide sanitaire

7.2. BUDGET DETAILLE PAR INTERVENTION

Tableau 6 : Budget détaillé par intervention et année

Niveau de la pyramide	Interventions / Activités	2016	2017	2018	2019	2020
Niveau Central	Appui à l'élaboration et au suivi-évaluation du PTA/PSDS/PCRD niveau décentralisé	24 800 000	578 000 000	124 800 000	124 800 000	124 800 000
	Appui technique et logistique aux 7 groupes thématiques	10 000 000	56 000 000	56 000 000	56 000 000	56 000 000
	Etudes et Enquêtes de Base	250 000 000	250 000 000	250 000 000	250 000 000	250 000 000
	Réunions de coordination du COPIL	10 000 000	20 000 000	20 000 000	20 000 000	20 000 000
	Réunions de Suivi des reformes et des textes réglementaires	10 200 000	10 200 000	10 200 000	10 200 000	10 200 000
	Revues et validation des données	45 000 000	45 000 000	45 000 000	45 000 000	90 000 000
	Revues sectorielles			80 000 000		90 000 000
	Revues thématiques	35 000 000	35 000 000	35 000 000	35 000 000	70 000 000
	Suivi MEO des PTA et PPA		60 000 000	60 000 000	60 000 000	60 000 000
	Supervision générale conjointe	40 000 000	40 000 000	40 000 000	40 000 000	40 000 000
Total Niveau Central		425 000 000	1 094 200 000	721 000 000	641 000 000	811 000 000
Niveau Régional	Réunions de coordination régionale (+Revue et validation des données au niveau régional)	78 952 000	78 952 000	78 952 000	78 952 000	78 952 000
	Revues sectorielles régionale			150 000 000		150 000 000
	Revues thématiques régionale		70 000 000	70 000 000	70 000 000	70 000 000
	Suivi MEO des PTA et PPA (régional et de district)		80 000 000	80 000 000	80 000 000	80 000 000
	Supervisions conjointes au niveau régional	37 800 000	37 800 000	37 800 000	7 800 000	37 800 000
Total Niveau Régional		116 752 000	266 752 000	416 752 000	266 752 000	416 752 000
Niveau Opérationnel	Monitorage décentralisé		378 000 000	378 000 000	378 000 000	378 000 000
	Réunions de coordination de district (+Revue et validation des données)	266 680 000	168 540 000	168 540 000	168 540 000	168 540 000
	Suivi MEO des PTA et PPA (district et aire de santé)		189 000 000	189 000 000	189 000 000	189 000 000
	Supervision générale des aires et de l'Hôpital de district		175 000 000	175 000 000	175 000 000	175 000 000
Total Niveau Opérationnel		266 680 000	910 540 000	910 540 000	910 540 000	910 540 000
Total Général		808 432 000	2 271 492 000	2 048 292 000	1 818 292 000	2 138 292 000

ANNEXES

ANNEXE 1 : Critères de viabilisation d'un DS

L'évaluation de la viabilité des DS s'effectuera sur la base des trois variables suivantes:

- Viabilisation technique et opérationnelle (VTO) ;
- Viabilisation institutionnelle (VIN) ;
- Viabilisation financière (VIF).

Chaque variable sera subdivisée en critères et chaque critère aura un score pondéré à partir des modalités qui seront définies. Ceci permettra d'apprécier la valeur de chaque variable susmentionnée. Leur moyenne arithmétique pondérée par DS permettra de les classer en fonction de leur niveau de viabilité.

Chaque DS en fonction du score obtenu appartiendra à l'une des classes suivantes :

- District de santé en phase de démarrage/opérationnalisation ;
- District de santé en phase de consolidation/fonctionnelle ;
- District de santé en phase d'autonomisation/viabilisation.

L'outil de mesure du niveau de viabilisation d'un DS sera élaboré à partir des éléments suivants:

VARIABLES	ELEMENTS D'ELABORATION DES CRITERES
Viabilisation technique et opérationnelle (VTO)	Infrastructures
	Equipements-logistique-technologie
	Ressources Humaines
	Processus gestionnaire
	Partenariat pour la santé
	Gouvernance
Viabilisation institutionnelle (VIN)	Règlementation
	Normalisation
	Procédures opérationnelles standardisées
Viabilisation financière (VIF)	Financement communautaire (indirect ou renouvelable)
	Financement institutionnel

ANNEXE 2 : Méthodes d'évaluation rapide du niveau de viabilisation d'un DS

Composante	Critère	Score Min	Score max	
Viabilité technique				
Disponibilité des ressources humaines techniques	Personnel du SSD	0	2	0 : Aucun Médecin au DS 1 : 1 Médecin au DS + 1 CBS + 1 CBAF 2 : Équipe complète conformément au dispositif de l'organigramme du MINSANTE
	Personnel technique dans les CSI/CMA	0	2	0 : Nombre de personnel requis < à 50 % 1 : Nombre de personnel requis > = à 50 % et < 75% 2 : Nombre de personnel requis > = à 75 %
	Personnel technique à l'hôpital de District	1	2	HD Rural : 1 Au minimum : sous modalités majeures (MM) : 1 Médecin +1 Anesth + 2 Techn Labo + 1 TechnRx + 5 inf2 Sous modalités mineures (mm) : 1 nutritionniste +1kiné 2 Situation souhaitée: sous modalités majeures (MM) : 2 Médecins +1 Anesth + 2 Techn Labo + 1 TechnRx + 5 inf Sous modalités mineures (mm) : 1 nutritionniste, + 1 kiné
	Personnel technique à l'hôpital de District	1	2	HD Urbain : 1. Au minimum : sous modalités majeures (MM) : Au moins 5 Médecins +1 Anesth + 5 Techn Labo + 2 TechnRx + 10 inf Sous modalités mineures (mm) : 1 nutritionniste +1kiné 2. Situation souhaitée : sous modalité majeure MM) Au moins 10 Médecins +1 Anesth + 10 Techn Labo + 4 Techn de Radiologie + 15 inf Sous modalités mineures (mm) : 1 nutritionniste +1kiné
Paquets d'offres de services et des soins	Disponibilité du PMA dans les (CSI/CMA)	1	4	1 Le CSI/CMA offre moins de 50 % des interventions du PMA 2 Le CSI/CMA offre entre 50 % à 75% des interventions du PMA 3 Le CSI/CMA offre entre 75% et 85% des interventions du PMA 4 Le CSI/CMA offre plus de 85% des interventions du PMA
	Disponibilité du PCA	1	4	1 HD offre moins de 50 % des interventions du PCA 2 HD offre entre 50 % à 75% des interventions du PCA 3 HD offre entre 75% et 85% des interventions du PCA 4 HD offre plus de 85% des interventions du PCA
Infrastructures	Disponibilité d'une infrastructure de qualité dans les CSI/CMA	1	3	1 CSI/CMA entouré d'une barrière et possédant une toiture étanche 2 CSI/CMA entouré d'une barrière, possédant une toiture étanche, des murs propres, des toilettes propres et un point d'eau potable 3 CSI/CMA mis aux normes sur le plan infrastructurel

² Le point doit être attribué au DS évalué même en l'absence de deux des sous modalités mineures

Composante	Critère	Score Min	Score max	
	Disponibilité d'une infrastructure de qualité à l'HD	1	3	<ol style="list-style-type: none"> 1. HD entouré d'une barrière et possédant une toiture étanche 2. HD entouré d'une barrière, possédant une toiture étanche, des murs propres, des toilettes propres et de l'eau courante 3. HD mis aux normes sur le plan infrastructurel,
	Couverture sanitaire	1	3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Moins de 25% des AS possèdent une CSI 2. Entre 25% et 50% des AS possèdent au moins une CSI 3. Plus de 50% des AS possèdent au moins une CSI
Equipements	Equipements minimums CSI	0	3	<p>Minimum : 1 Microscope fonctionnel + 1 tensiomètre fonctionnel + stérilisateur + boîte d'accouchement + table d'accouchement + boîte isotherme + boîte de petite chirurgie complète + 4 lits d'observation + 1 source d'énergie solaire (électrique) + pèse personne +1 réfrigérateur fonctionnel</p> <p>0 : Moins de 25% des CSI ont les équipements sus-cités; 1 : 25-<50% des CSI ; 2 :50-<80% des CSI ; 3 :80% et plus des CSI/CMA ont les équipements sus cités</p>
	Equipements minimums HD	0	3	<p>10 services au moins sont disponibles (pédiatrie, chirurgie , médecine interne, gynécologie, maternité , salle d'IEC et de démonstrations , consultations externes et bloc opératoire fonctionnel , laboratoire avec 4 services fonctionnels (parasitologie, biochimie, bactériologie, immunologie, etc.), service de radiologie fonctionnel , morgue , pharmacie ; ; 5 services avec au moins 75% de la gamme de prestation</p> <p>0 : Moins de 25% des services et équipements disponibles; 2 : 25-< 75 % des services et équipements disponibles 3 : Plus de 80% des services et équipements disponibles</p>
Maintenance des infrastructures et des équipements	Disponibilité à l'HD de deux agents de maintenance polyvalents et outillés dans les domaines suivants (biomédical, électricité/froid, plomberie, informatique, mobilier)	0	3	<p>1: Absence de techniciens polyvalents pour assurer la maintenance des équipements et des infrastructures à l'HD (maintenance des infrastructures par à coup)</p> <p>1 : Présence d'un seul des deux techniciens polyvalents requis pour assurer la maintenance des équipements et des infrastructures à l'HD</p> <p>2 : présence des deux techniciens polyvalents requis pour assurer la maintenance des équipements et des infrastructures à l'HD.</p> <p>3 : Disponibilité d'un plan d'amortissement des infrastructures et d'équipements et présence des deux techniciens polyvalents requis pour assurer la maintenance des équipements et des infrastructures à l'HD</p>
Logistique	Disponibilité au SSD d'un véhicule 4 x 4 en bon état	0	2	<p>0 : DS ne disposant pas d'un véhicule 4x4 en bon état pour la supervision :</p> <p>2 DS disposant d'un véhicule 4x4 en bon état pour la supervision</p>
	Disponibilité d'au moins une moto en bon état pour l'exécution des stratégies dans chaque AS pour l'exécutions des stratégies	1	3	<ol style="list-style-type: none"> 1 Moins de 50 % des AS disposent d'une moto en bon état de marche 2 Au moins 75% des AS disposent d'une moto en bon état de marche 3 Plus de 75% des AS disposent d'une moto en bon état de marche

Composante	Critère	Score Min	Score max	
	avancées et mobiles			
Médicaments, réactifs et dispositifs médicaux essentiels	La disponibilité des médicaments essentiels dans les CSI/CMA/HD	0	2	0 : CSI/CMA/HD ayant enregistré des ruptures de stock des médicaments essentiels de plus de 7 jours au cours des 3 derniers mois 1 : CSI/CMA/HD ayant enregistré des ruptures de stock des médicaments essentiels de moins de 7 jours au cours des 3 derniers mois 2 CSI/CMA/HD n'ayant enregistré aucune rupture de stock de médicaments essentiels au cours des 3 derniers mois
	La promotion de l'usage des médicaments génériques dans les HD	1	2	1. Moins de 50% des médecins de l'HD prescrivent les médicaments génériques 2. Plus de 50% des médecins de l'HD prescrivent les médicaments génériques
Les procédures opérationnelles standardisées	La disponibilité des procédures opérationnelles standardisées pour une offre de services et des soins de qualité dans les FOSA du niveau opérationnel	1	3	1. Au moins 50% des FOSA du niveau opérationnel disposent des procédures opérationnelles standardisées et des protocoles actualisés pour la prise en charge des des pathologies les plus fréquentes (palu, TB, HTA etc.) 2. Au moins 75% des FOSA du niveau opérationnel disposent des procédures opérationnelles standardisées et des protocoles actualisés pour la prise en charge des des pathologies les plus fréquentes (palu, TB, HTA etc.) 3. Toutes les FOSA du niveau opérationnel disposent des procédures opérationnelles standardisées et des protocoles actualisés pour la prise en charge des des pathologies les plus fréquentes (palu, TB, HTA etc.)
Gouvernance				
Régulation	Respect de la régulation dans les structures sanitaires du niveau opérationnel	1	2	1: Existence d'un règlement intérieur dans chaque structure sanitaire du niveau opérationnel 2: Disponibilité du dernier rapport semestriel sur le respect des dispositions du règlement intérieur
	Lutte contre la corruption au niveau opérationnel	1	3	1 : Présence d'une boîte à suggestions dans toutes les FOSA du niveau opérationnel 2 : Présence d'une boîte à suggestion dans la FOSA et d'un rapport sur le recueil des préoccupations des utilisateurs de la FOSA signé par toutes les parties prenantes. 3 : Disponibilité d'un rapport d'enquête fait sur la satisfaction des utilisateurs des FOSA du DS
Formation et recherche	Formation continue	1	4	1 : Disponibilité d'un état de besoins en formations continues dans chaque CSI /CMA/HD 2: Disponibilité d'un état de besoins en formations continues dans chaque CSI /CMA/HD et d'une demande de renforcement des capacités pour les prestataires des services et soins de santé pour chaque catégorie de FOSA. du district 3 : si au moins 30% des personnels identifiés dans les CSI/CMA ont vu leurs capacités renforcées 4 : si au moins 50% des personnels identifiés dans les CSI/CMA ont vu leurs capacités renforcées dans les domaines ciblés par la FOSA.
	Recherche	0	2	0 : Aucune recherche effectuée

NB : Des enquêtes et des études appropriées seront menées dès le début de la mise en œuvre du PNDS afin de renseigner les données de base manquantes. Celles-ci sont essentielles pour le suivi et l'évaluation du PNDS.

- ***Evaluation à mi-parcours***

L'évaluation à mi-parcours sera réalisée en 2018, par l'équipe technique multisectorielle et multidisciplinaire (voir 6.2.1 équipe d'évaluation) sous la supervision générale du Ministre de la Santé Publique et la coordination du Secrétaire Général du MINSANTE. L'objet de l'évaluation à mi-parcours sera soumis à l'approbation du COPIL. Le groupe technique de travail, mis sur pied à cet effet, évaluera le niveau d'atteinte des objectifs spécifiques projetés dans le PNDS. Il organisera également le suivi des recommandations formulées à l'issue de l'évaluation à mi-parcours pour s'assurer que les nouvelles actions planifiées contribuent à l'atteinte des objectifs finaux retenus dans le PNDS. Cette équipe identifiera aussi les opportunités à saisir pour avancer avec efficacité vers l'attente des objectifs stratégiques du PNDS.

Cette évaluation permettra d'apprécier, à mi-parcours, les progrès réalisés pour l'amélioration de la santé de la population et de les analyser. L'équipe d'évaluation identifiera enfin les faiblesses et les tendances qui auront constitué des goulots d'étranglement et les opportunités à saisir pour l'atteinte des objectifs du PNDS puis proposera des actions concrètes et pertinentes à cet effet. Les résultats de l'évaluation à mi-parcours permettront de réorienter l'utilisation des ressources mobilisées et de recadrer l'action des acteurs de mise en œuvre du PNDS à tous les niveaux.

- ***Evaluation finale de la mise en œuvre du PNDS***

L'évaluation finale de la mise en œuvre du PNDS sera réalisée en 2021. Il s'agira d'une évaluation globale et nationale, réalisée par l'équipe du Secrétariat Technique du Comité de Pilotage de la SSS (voir section 6.2.1). Cette évaluation permettra d'apprécier les écarts de performances avant l'élaboration du second PNDS (PNDS 2021-2027).

Composante	Critère	Score Min	Score max	
	Couverture DTC3 (%)	0	3	0 : < 25% ; 1 : 25 - <50% ; 2 : 50- < 80% ; 3 : >=80%
	Malades Référés parmi hospitalisés	0	3	0 : Si taux de référence < 25% ; 1 : Si taux de référence compris entre 25 - <50% ; 2 Si taux de référence compris entre : 50- < 80% ; 3 : Si taux de référence compris entre >=80%
	Taux hospitalisation HD (%)	0	3	0 : <1% ; 1 : 1- <3% ; 2 : 3- <5% ; 3 : 5- 10%.
	Taux césarienne (%)	0	3	0 : taux < 1% ; 1 : taux compris entre 4 et 5% ; 2 : taux compris entre 6 et 9% ; 3 : taux compris entre 10-15%
Total Global		18	85	

Grille de classification des DS

- District de santé en phase de démarrage/opérationnalisation : performances comprises entre 18 et 25 points.
- District de santé en phase de consolidation/fonctionnelle : performances comprises entre 26 et 75.
- District de santé en phase d'autonomisation/viabilisation : performances comprises entre 76 et 80.

ANNEXE 3 : Définitions opérationnelles des concepts utilisés dans le PNDS

- 1. Normes sur le nombre d'ASC polyvalents /habitants :** il est de 1 ASC polyvalents / 1 000 habitants (milieu rural) et de 1 ASC / 2 500 (milieu urbain). A ce jour, ce nombre n'est pas connu avec exactitude. Toutefois, durant l'horizon couvert par ce PNDS, on s'assurera que chaque district dispose d'au moins 3 ASC ; puis progressivement, on veillera à ce que la norme pour ce qui concerne le nombre d'ASC par habitant soit respectée.
- 2. COSADI fonctionnels :** COSADI disposant d'un cadre d'activité spécifique extrait du PTA du DS et ayant documenté au moins 50% des activités réalisées au cours de la période évaluée.
- 3. DS mettant en œuvre l'ATPC :** DS dans lesquels au moins deux conditions suivantes sont réunies : (i) chaque ménage dispose d'une toilette améliorée qui est utilisée (absence de défécation à l'air libre) ; (ii) Existence d'un point d'eau à l'entrée des toilettes pour le lavage des mains.
- 4. Capacités minimales d'interventions d'un CERPLE :** 1) Salle pour les réunions de coordination des interventions de santé publique ; 2) matériel de bureautique, informatique, et de communication (ordinateur, téléphone etc.) ; 3) véhicule adapté pour l'investigation des cas et l'organisation des ripostes 4) Stocks des médicaments prédisposés pour la riposte 5) Profil approprié pour le responsable du CERPLE : diplômé du CAFETP (Cameroon Field Epidemiology) ou de santé publique 6) disponibilité d'une ligne budgétaire ou d'un fond de soutien pour la gestion des urgences.
- 5. Pratiques Familiale Essentielles :** 1) allaitement maternel exclusif, 2) soins préventifs de l'enfant (ex vaccination, PCIMA, etc.), 3) utilisation d'une moustiquaire, 4) lavage des mains avec le savon, 5) supplément nutritionnel après 6 mois, 6) réhydratation de l'enfant au SRO en cas de diarrhées, 7) consultation au centre de santé en cas de maladie, 8) promotion des méthodes de planification moderne chez les FEAP.
- 6. CSI/CMA/HD implémentant la délégation de tâches dans la PEC de l'HTA et du diabète :** Le développement de l'approche de prise en charge par délégation des tâches tout comme la création des centres médicaux ambulatoires sont des stratégies mises en place pour améliorer la disponibilité des services et des soins de santé de qualité auprès des bénéficiaires. Elle a pour préalable : 1) l'élaboration des procédures opérationnelles de prise en charge et leur vulgarisation à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, 2) le renforcement du contrôle, du suivi et de la supervision des acteurs du niveau déconcentré, 3) le renforcement des capacités des prestataires institutionnels et communautaires du niveau déconcentré.
- 7. Plateau technique minimum pour la PEC des urgences médico-chirurgicales dans un hôpital de district :** 1) une ambulance fonctionnelle, 2) un tensiomètre complet, 3) une boîte de petite chirurgie complète, 4) le matériel de stérilisation à vapeur et à chaleur, 5) l'oxygène, 6) les médicaments d'urgence pour les urgences les plus fréquentes, 7) un personnel recyclé pour la prise en charge des de l'HTA, du diabète et de leurs complications ; 8) un personnel formé en SONEU/SOUC.
- 8. HD accrédités :** formation sanitaire ayant mis en place un système d'assurance qualité de soins et des services de santé : PF, SONEU/SONU, SAA, chirurgie obstétricale d'urgence, PEC VIH/SIDA, Paludisme, Tuberculose, HTA, Diabète, CPNR.
- 9. Principales fonctions SONUC:** 1) administration des AB par voie générale, 2) administration des utéro toniques par voie parentérale, 3) administration des anticonvulsivants par voie parentérale 4) évacuation du produit de conception(AMIU), 5) délivrance artificielle, 6) accouchement par voie basse assisté par les instruments (ventouse, forceps,) 7) réanimation du nouveau-né, 8) transfusion sanguine et césarienne, 9) pratique de la césarienne. NB . la FOSA doit offrir ces 9 fonctions pour être qualifiée de FOSA SONU complet

10. **Les OSC des DS affiliées à la plateforme régionale des OSC ayant contribué à la mise en œuvre du PTA du DS** sont celles qui ont mené au moins 2 interventions inscrites dans le PTA durant la période évaluée

11. Une entreprise sera considérée comme appliquant les principes de santé et de sécurité au travail si elle respecte au moins quatre des 10 principes suivants :

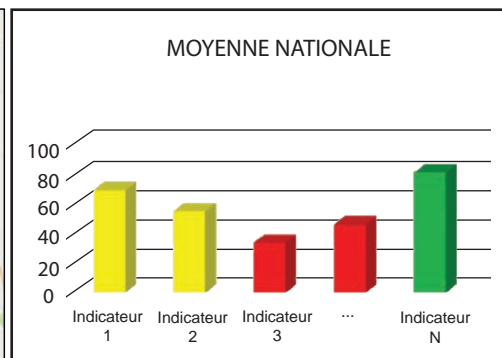
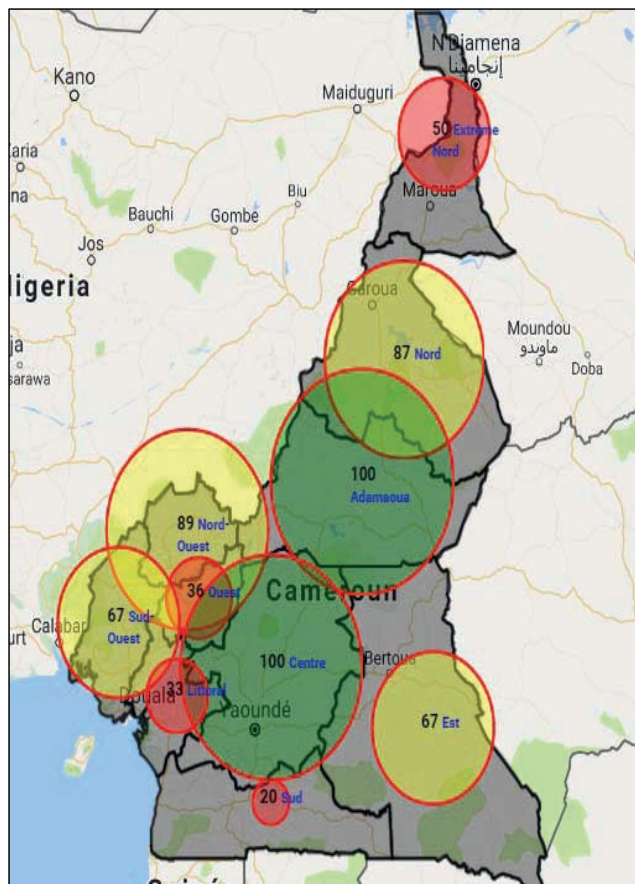
- Existence d'un service médical du travail;
- Existence d'un CHS (Comité d'Hygiène et de Sécurité) fonctionnel;
- Existence d'un dispositif de déclaration des Risques Professionnels (Maladies professionnelles et Accidents du Travail);
- Production régulière par le service médical du travail d'un rapport annuel d'activité;
- Existence des méthodes de prévention individuelle (Mise à la disposition des travailleurs des équipements de protection individuelle, le cas échéant, etc.);
- Existence des méthodes de prévention collective (Alarme, filets de protection, signaux lumineux), le cas échéant

ANNEXE 4 : Tableau de bord du PISE au niveau central

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
SUIVI DES PROGRES DU PLAN NATIONAL DE
DEVELOPPEMENT
SANITAIRE (PNDS 2016- 2020)
TABLEAU DE BORD *Année N*

Niveau Central

INDICATEUR	MOYENNE NATIONALE	AD	ES	CE	LI	EN	NO	NW	OU	SU	SW
Indicateur 1	69	100	67	100	33	50	87	89	75	20	67
Indicateur 2	55	10	90	10	80	50	81	82	70	12	67
Indicateur 3	34	40	60	50	60	50	10	25	10	15	20
...	46	60	35	25	20	50	87	30	60	70	25
Indicateur N	81	90	85	100	40	50	87	90	100	75	94



Légende des couleurs

- Bonne performance**
- Performance Moyenne**
- Mauvaise performance**

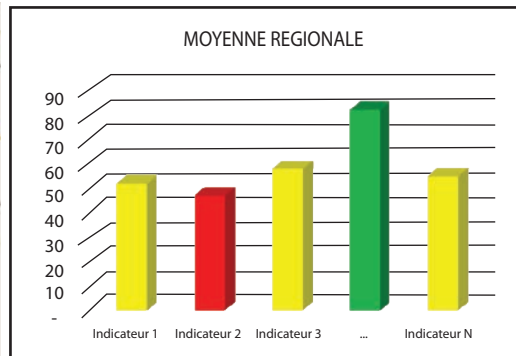
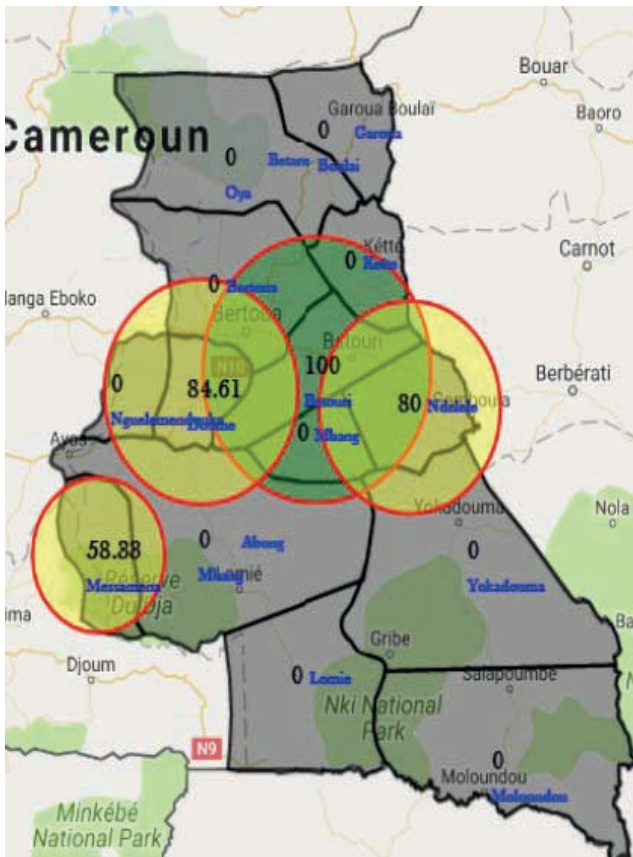
ANNEXE 5 : TABLEAU DE BORD DU PISE AU NIVEAU INTERMEDIAIRE

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
SUIVI DES PROGRES DU PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT
SANITAIRE (PNDS 2016- 2020)
TABLEAU DE BORD *Année N*

Niveau Régional



INDICATEUR	Moyenne Régionale	DS1	DS2	DS3	DS4	DS5	DS6	DS7	...	DS N
Indicateur 1	52	10	25	35	45	100	10	100		90
Indicateur 2	47	0	10	100	55	30	30	95		55
Indicateur 3	58	20	35	80	80	90	20	98		40
...	82	100	80	90	90	80	50	66		100
Indicateur N	55	40	55	20	100	20	68	55		80



Légende des couleurs

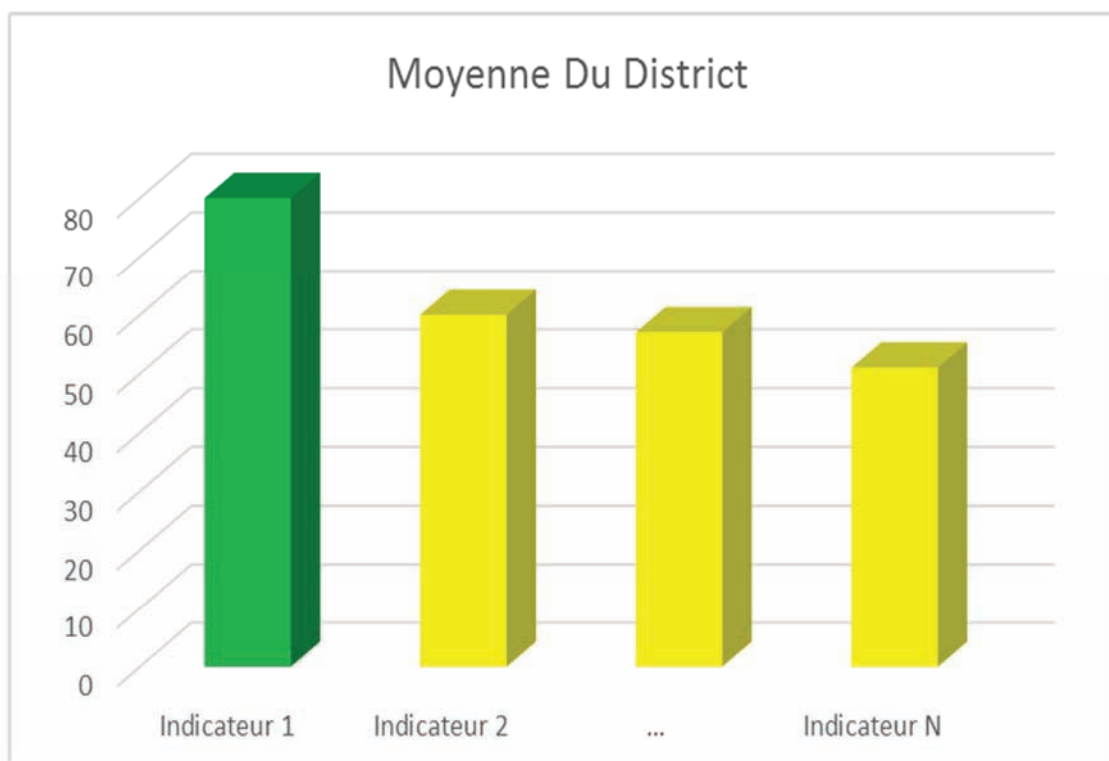
- Bonne performance**
- Performance Moyenne**
- Mauvaise performance**

ANNEXE 6 : TABLEAU DE BORD DU PISE AU NIVEAU OPERATIONNEL

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
SUIVI DES PROGRES DU PLAN NATIONAL DE
DEVELOPPEMENT
SANTAIRE (PNDS 2016- 2020)
TABLEAU DE BORD *Année N*
Niveau Opérationnel




INDICATEUR	Moyenne Du District	FOSA 1	FOSA 2	FOSA 3	FOSA 4	...	FOSA N
Indicateur 1		100	10	90	100		100
Indicateur 2		50	20	50	90		90
...		20	50	50	85		80
Indicateur N		0	100	20	35		100



Légende des couleurs

Bonne performance
 Performance Moyenne
 Mauvaise performance

ANNEXE 7 : METHODOLOGIE DE CONSTRUCTION DE L'INDICE DE SATISFACTION³

Analyse des Correspondances Multiples

L'ACM vise à étudier les associations existantes entre les différentes modalités des variables ou à rechercher les groupes d'individus qui se ressemblent au vue d'une certaine métrique. Cette méthode utilise exclusivement les variables catégorielles et se situe dans l'ensemble des méthodes d'analyse factorielle. Elle est une combinaison de deux autres méthodes d'analyse factorielle : l'Analyse Factorielle des Correspondances (AFC) et l'Analyse en Composantes Principales (ACP). Une AFC est réalisée sur le tableau de Burt (issu du tableau disjonctif complet) et deux ACP sont réalisées sur les profils marginaux colonnes et profils marginaux lignes de ce tableau, lesquels profils étant caractérisés par leurs coordonnées factorielles sont issues de l'AFC.

Les outils d'aide à l'interprétation en ACM sont la qualité de représentation d'un point individu ou variable (appréciée par le cosinus carré) et la contribution d'un point à la formation d'un axe factoriel. Un point individu ou variable qui suivant un axe factoriel a un cosinus carré "proche" de zéro est très mal représenté par cet axe et bien représenté si le cos² est "proche" de un. La contribution relative d'un point à la formation d'un axe est la part de l'inertie de cet axe expliquée par le point. L'on améliore la clarté de l'analyse factorielle en mettant en supplémentaire des points qui ont une "forte" contribution. Les coordonnées factorielles sont les données qui définissent la position des points projetés sur le plan engendré par les axes factoriels.

Construction de l'indicateur

La construction de l'indicateur de satisfaction des bénéficiaires des services de santé est basée sur une approche multidimensionnelle et vise à définir un indicateur composite pour chaque bénéficiaire de l'échantillon. Une ACM préliminaire est effectuée et à l'issue de celle-ci, les variables ayant une "mauvaise" qualité de représentation sont recodées tandis que les individus sont mis en supplémentaire. Les variables définitives devant contribuer à la construction de l'indicateur sont ainsi sélectionnées. Une ACM définitive est effectuée pour obtenir les coefficients de pondération qui sont les scores normalisés sur le premier axe factoriel.

La forme fonctionnelle de l'indicateur pour un bénéficiaire b est définie comme suit :

$$I_b = \frac{\sum_{k=1}^K \sum_{j=1}^{J_k} w_{jk}^b s_{jk}^b}{K}$$

Où w_{jk}^b est le coefficient de pondération de la modalité j et de la variable k pour le bénéficiaire b, c'est dire la valeur du score (coordonnée) obtenue dans l'ACM et normalisée par la première valeur propre ; l'indicateur de la modalité j de la variable k pour le bénéficiaire b et K le nombre d'indicateur catégorielle (variables). Une fois obtenue les coordonnées des points individus sur les axes factoriels après application de l'ACM, une Classification Ascendante Hiérarchique (CAH) est réalisée sur les individus munis de toutes les coordonnées factorielles.

La CAH est une technique qui vise à classer les individus au vu d'un certain nombre de ressemblances de sorte que deux individus appartenant à une même classe se rassemblent au plus et diffèrent de deux autres appartenant à deux classes différentes.

³ Enquête sur le suivi des dépenses publiques et le niveau de satisfaction des bénéficiaires dans les secteurs de l'éducation et de la santé au Cameroun (PETS2)

LISTE DES CONTRIBUTEURS

Le Ministre de la Santé Publique remercie ses collaborateurs, les PTF et les experts qui ont contribués de loin ou de près à l'élaboration de ce document, plus particulièrement :

	NOMS	ORGANISME/STRUCTURE
Les Ministères partenaires	Pr Francisa MONEBENIMP	MINESUP
	Dr Norbert Francis NDI	MINJUSTICE
	M. IHONG III	SCES/PM
	M. Paul ATOUNGA	MINPROFF
	M. Thomas MBAKWA TAYONG	MINAS
	Mme Chantal HANDJOU	MINPROFF
	M. Pierre NGUETSE TEGOUM	MINEPAT
	M. Hervé KWADJIO	MINEPAT
	M. François EFFILA NDZEMENA	MINFI
	M. Nicholas DASSI	MINTSS
	Dr NDTOUNGOU SCHOUAME	DGSN
	Mme NLOM MPENEKOUL née AZO'O	MINADER
	M. Pierre Marie AKEUM	MINPROFF
	M. EBAL MINYE Edmond	MINSEP
	Mme Anne TOUBIOU	MINJEC
	M. Bertrand ENGOLA ELONO T.	MINJEC
	Mme Valery TSAMA	MINEPDED
	M. Dieudonné OMBALA	MINEE
	M. Christian DJONG	MINEE
	M. OROK Samuel OTANG	MINAS
M. ATANGANA	MINCOM	
M. GUETSOP Molière	INS	
Les Partenaires Techniques et Financiers	Dr Léonard MBAM MBAM	OMS
	Dr Dorothy ACHU	CHAI
	Mme Raymond ALICE	CHAI
	Mme Caroline COMITI	Ambassade de France
	M. Thomas TCHETMI	ONUSIDA
	Dr NNOMZO'O Etienne	OMS
	Dr Nicole ETEKI	FNUAP
	M. Dieter KÖECHER	GIZ
	M. ALIOUNE Diallo	OMS
	Pr MAMDOU SAMBA	OMS
	M. AMADOU NOUHO	OMS
	Dr Jean Claude TAPTSUE FOTSO	Banque Mondiale
	Dr Belyse NGUM	UNICEF
	Mme Arrey Catherine TAKOR	Ordre des Infirmiers
	Dr BIDZOGO ATANGANA	AD Ludcem
	Dr Isaac NGALLY NZIE	CLINIQUE BON BERGER
	Dr Grégoire KANANDA	UNICEF

	Dr Micheline DSAMOU	CHAMBRE DE COMMERCE
	Dr Irène EMAH	OMS
	M. KONDJI KONDJI Dominique	ACASAP
	M. Girault Duvalier NDAMCHEU	ONG PRESSE JEUNE DÉVELOPPEMENT
	Dr Olga BASSONG MANKOLLO	EXPERT
	Dr Marlyse PEYOU NDI	RIRCO
	M. Protais BESSALA	CARLETAS
	M. Tiburce NYIAMA	EXPERT
	Dr. NZIMA Valery	EXPERT
	M. BIDZOGO ONGUENE Protais	EXPERT
LES PERSONNELS DU MINSANTE	Dr Marlyse LOUDANG	Inspecteur Général des Services Pharmaceutiques et de Laboratoire
	M. Alexandre BAHANAG	Inspecteur Général des Services Administratifs
	Pr Magloire BIWOLE SIDA	Inspecteur Général des Services Médicaux et Paramédicaux
	Pr Marie Thérèse NKOA	Conseiller Technique n° 2
	Pr Samuel KINGUE	Conseiller Technique n° 3
	Pr Gervais ONDOBO ANDZE	Inspecteur des Services/IGSMP
	Dr Pauline NDJITTOYAP NDAM	Inspecteur des Services/IGSPL
	M. Pierre Charles DIKANDA	Directeur des Ressources Humaines
	M. Luc Florent ANDEGUE	Directeur des Ressources Financières et du Patrimoine
	Pr Robinson MBU	Directeur de la Santé Familiale
	Dr Bernard CHEUMAGA	Directeur de la Promotion de la Santé
	Dr Aristide ATEBA ETOUNDI	Directeur de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires
	Dr Georges ETOUNDI MBALLA	Directeur de la Lutte contre les Maladies, les Epidémies et les Pandémies
	Dr Anne ZOA NNANGA Yves	Directeur de l'Organisation des Soins et de la Technologie Sanitaire
	Pr. ZOUNG-KANYI BISSEK	Chef de la Division de la Recherche Opérationnelle en Santé
	M. Emmanuel MAINA DJOULDE	Chef de la Division de la Coopération
	M. Sylvain AWONO MVOGO	Chef de la Division des Etudes et des Projets
	Dr YAMBA BEYAS	Délégué Régional de la Santé Partenariat/Littoral
	Dr Victor NDIFORCHU AFANWI	Coordonnateur Comité Technique National/PBF
	Pr ONGOLO Pierre	Directeur Centre de Développement des Bonnes Pratiques en Santé/HCY
	Dr Patrice MACHE	DRH
	M. Samuel NGUEDE	Chef de la Cellule de la Planification et de

	la Programmation /DEP
Dr SEIDOU MOLUH MOLUH	Sous-Directeur de la Santé de Reproduction /DSF
M. Séverin ZINGA	Sous-Directeur de la Solde et des Pensions /DRH
M. MENDOGO NKODO	Sous-Directeur du Patrimoine /DRFP
M. BANDOLO OBOUH FEGUE	Sous-Directeur du Budget et du Financement /DRFP
Dr Félicien NTONE ENYIME	Directeur Général Adjoint/CHU
Dr Virginie OWONO LONGANG	Sous-Directeur de la Prévention et de l'Action Communautaire/DPS
M. Georges OKALA	Sous-Directeur de l'Alimentation et de la Nutrition /DPS
Dr T. Rose-Claire BITHA BEYIDI	Coordonnateur Nationale Adjoint Comité Technique National/PBF
Dr Samuel AKWE	Sous-Directeur des Soins de Santé Primaire /DOSTS
Dr Elise Claudine SEUKAP PENA	Sous-Directeur de la lutte contre les Epidémies et les Pandémies/DLMEP
Dr Georges NKO'O AYISSI	Sous-Directeur de la lutte contre le Paludisme et les Maladies Tropicales Négligées/DLMEP
Dr Engelbert MANGA	Chef de la Cellule du Partenariat International (CPI)/DCOOP
Dr John EYONG EFOBI	Chef de la Cellule du Partenariat National (CPN)/DCOOP
M. EVEGA MVOGO	Chef de la Cellule de Suivi
Dr Maurice FEZEU	Chef Cellule des Informations Sanitaires
Dr Jean Louis ABENA FOE	Secrétaire Permanent/PNL Tuberculose
Dr Apollonie NOAH OWONA	Secrétaire Permanent/PNTS
Dr Etienne FONDJO	Secrétaire Permanent/PNLP (Parti, soit considéré comme Expert)
Dr Jean Bosco ELAT NFETAM	Secrétaire Permanent/CNLS
Dr Marie Louise KOBELA	Secrétaire Permanent PEV
Dr Désiré NOLNA	Secrétaire Permanent Adjoint/PEV (est déjà à l'OMS)
Dr OKALLA ABODO	Coordonnateur/UCPC
Dr Martina BAYE LUKONG	Coordonnateur du ST-PNLMMNI
M. ENANDJOURM BWANGA	Coordonnateur du PAISS
Dr FIFEN ALASSA	Coordonnateur/ONSP
M. Eric Jackson FONKOUA	Chargé d'Etudes Assistant/CPN/DCOOP
M. Guy EKANI NDONGO	Chargé d'Etudes Assistant/CIS
M. Patrice MESSANGA	Chargé d'Etudes Assistant/CI

Dr Armelle NGOMBA	Expert en Santé Publique/PEV
Dr Jean Claude AKONO EMANE	Expert en Santé Publique/ST-CP-SSS
Dr Basile KEUGOUNG	Expert en Santé Publique/DRH
M. Achille Christian BELA	Expert en RH/GIZ
Dr Lucienne DEMPOUO	Chef de Service/DLMEP
Dr FOUAKENG Flaubert	Chef de Service de la Mobilisation Sociale/DPS
Mme NGUEDJIO Aurelia	Chef de la Cellule de la Traduction
M. OMGBA Yves Alain	Chef d'unité en charge de la gestion des données du PEV et de l'informatique
Dr ZE KAKANOU	Sous-directeur de la lutte contre le VIH/SIDA, les Infections sexuellement transmissibles et la Tuberculose/DLMEP
Mme Christie TIWODA	Cadre /DLMEP
M. Paul KANA	Cadre/CNLD
Dr François AMESSE	Délégué Régional de la Santé Publique du Sud
Dr Joseph VAILLAM	Directeur de la CENAME
Dr NGONO ABONDO	Directeur du LANACOME
M. NDOUGSA ETOUNDI Guy	Cadre/ST-CP-SSS
M. Hervé MBIDA	Cadre/DRSP Centre
M. Cyrille TALLA FONGANG	Chargé d'Etudes/CIS
M. Hénock MFOUAPON	Expert Comité Technique National/PBF
M. Ernest NZANGUE	Informaticien /HCY
M. Charles YOPNDOI	Cadre/Secrétariat Général
M. Bernard BANGUE	Cadre/PAISS
M. Salomon EFFA	Cadre/DRSP-Centre
Dr OLEN KAMGA	Psychiatre/HJY
Dr EBENE Blandine	Expert en Santé Publique/DLMEP
Dr BIHOLONG	SP PNLO

BIBLIOGRAPHIE

1. Institut National de la Statistique (INS) et ICF. International. 2012. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Cameroun 2011. Calverton, Maryland, USA : INS et ICF International.
2. Institut National de la Statistique, 2e enquête sur le suivi des dépenses publiques et le niveau de satisfaction des bénéficiaires dans les secteurs de l'éducation et de la santé au Cameroun (PETS 2): Rapport principal, volet santé. 2010.
3. Institut National de la Statistique, 5e Enquête a indicateurs multiples (MICS 5) : Rapport préliminaire. 2015.
4. MINSANTE, Enquête Rapide du SNIS dans la région de l'Extrême Nord (ERSEN). 2014.
5. MINSANTE, Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015.
6. MINSANTE, Plan National de Développement Sanitaire 2016-2020.
7. MINSANTE, Stratégie Sectorielle de la Santé 2001-2015.
8. MINSANTE, Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027.