



NIGER

DIAGNOSTIC SECTORIEL PNIN

MARS 2019

RÉPUBLIQUE DU NIGER

Fraternité - Travail - Progrès

MINISTÈRE DU PLAN

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE

PLATEFORME NATIONALE D'INFORMATION POUR

LA NUTRITION

N°02

NUTRITION



**SYSTÈME D'INFORMATION ET STATISTIQUES
MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE**



Institut National
de la Statistique

NIGER





SIGNALÉTIQUE



OURS

Unité responsable : Plateforme Nationale d'Information pour la Nutrition

Directeur du projet : ALCHINA KOURGUENI Idrissa, Directeur Général de l'INS

Chargée du suivi du projet : OMAR Haoua Ibrahim, Secrétaire Générale de l'INS

Coordonnateur : MAHAMANE Issiak Balarabe, Coordonnateur National du projet PNIN, Institut National de la Statistique (INS)

Chargée d'Appui Sectoriel de la PNIN : AGOUMO Rahila Ibrahimn

Chef d'Équipe, Statisticien-Analyste, Assistant Technique PNIN (AT/PNIN) : POIREL Guillaume

Analyste Principal PNIN, Institut National de la Statistique (INS) : THEODORE YATTA Almoustapha

Conseiller en Formulation de Politiques et Communication Stratégique en Nutrition, Assistant Technique PNIN (AT/PNIN) : AG BENDECH Mohamed

Conseiller en Formulation de Politiques et Communication Stratégique en Nutrition, Assistant Technique PNIN (AT/PNIN) : Lankouande Fatoumata

Éditeur de la publication : Plateforme Nationale d'Information pour la Nutrition, Institut National de la Statistique (INS)





SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ACT	Antipaludéens issus de Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine
AME	Allaitement Maternel Exclusif
ANJE	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
BM	Banque mondiale,
CEDEAO	Communauté Economique et de Développement des Etats d'Afriques de l'Ouest
CRENAS	Centres Régionaux Nutritionnel Ambulatoire Sévère
CPS	Chimio-prophylaxie Saisonnière du Paludisme
CRENI	Centre de Récupération et d'Education Nutritionnelle Intensif
CS	Centres de Santé
CSI	Centre de Santé Intégré
CSME	Centres de Santé de la Mère et de l'Enfant
DA	Direction des Archives
DEP	Direction des Etudes et de la Programmation,
DHIS2	District Health Information Software 2
DI	Direction des Immunisations
DIDRP	Direction de l'Information, de la Documentation et des Relations Publiques
DN	Direction de la Nutrition
DS	Direction de la Statistique
DSME	Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant
DSREP	Direction de la Surveillance et de la Riposte et des Epidémies et les Programmes verticaux
DUE	Délégation de l'Union Européenne
HD	Hôpitaux de Districts
IAOMD	Initiative d'Accélération des Objectifs du Millénaire au Niger
INS	Institut National de la Statistique
IRA	Infections Respiratoires Aiguës
LQAS	Low Quality Assurance Survey
MNPs	Poudres de Multi Micronutriments
MSP	Ministère de la Santé Publique
ODD	Objectifs du Développement Durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OOAS	Organisation Ouest-Africaine de la Santé
PCIMA	Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë
PDES	Plan de Développement Economique et Sociale
PDS	Plan de Développement Sanitaire
PNIN	Plateforme Nationale d'Information pour la Nutrition
PNS	Politique Nationale de Santé
PNSN	Politique Nationale de Sécurité Nutritionnelle
PS-SNIS	Plan Stratégique du Système National d'Information Sanitaire



SMNI	Santé Maternelle, Néonatale et Infantile
SNU	Standing Commette on Nutrition du Système des Nations Unies
SRO/Zinc	Solution de Réhydratation Oral combiné au Zinc
SSP	Soins de Santé Primaires
UE	Union Européenne
UNFPA	Fond des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fond des Nationaux Unies pour l'Enfance
SIGLE	Sigles en toutes lettres
SIGLE	Sigles en toutes lettres
SIGLE	Sigles en toutes lettres



SOMMAIRE

Introduction.....	5	11.2 Ressources matérielles	17
1 Cadre institutionnel	7	11.3 Mesure pour l'élaboration de plan de	17
2 Cadre organisationnel	8	renforcement et/ou d'intervention	17
3 Dispositif de collecte	8	11.3.1 Fonctionnel	17
4 Dispositif de validation et d'assurance	8	11.3.1 Dispositif de validation et	17
 qualité	9	d'assurance qualité	17
5 Gestion des données	9	11.3.2 Diffusion.....	18
6 Productions	10	Bibliographie	19
7 Diffusion.....	10	Annexes	21
8 Données et indicateurs disponibles.....	11	1 Le modèle LiST pour estimer les impacts	21
9 Les indicateurs sensibles à la nutrition .	12	 des interventions préventives	21
9.1 <i>Les interventions préventives spécifiques à la</i>	<i>13</i>	 nutritionnelles	21
<i>nutrition.....</i>	<i>13</i>	2 Le modèle LiST pour estimer les impacts	22
9.2 <i>Le traitement de la malnutrition aigue</i>	<i>14</i>	 des interventions curatives	22
9.3 <i>Les interventions de Santé Maternelle,</i>	<i>14</i>	 nutritionnelles	22
<i>Néonatale et Infantile (SMNI) sensibles à la</i>	<i>14</i>	3 Le modèle LiST pour estimer les impacts	23
<i>nutrition.....</i>	<i>14</i>	 des interventions SMNI.....	23
10 Les indicateurs retenus.....	14	4 Liste des indicateurs internationaux	24
11 Capacités, ressources humaines et	16	 retenus pour la PNIN.....	24
matérielles.....	16		
11.1 <i>Ressources humaines</i>	<i>16</i>		





LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Indicateurs internationaux sur la nutrition dans le domaine de la Santé15





INTRODUCTION

Le Ministère de la Santé Publique (MSP) conçoit et met en œuvre la politique gouvernementale en matière de santé humaine. Le MSP est chargé de mettre en place un système de santé capable d'offrir des soins de qualité, accessibles à l'ensemble des populations du pays. Parmi ses attributions dans le domaine de la statistique figure « la coordination, le suivi et l'évaluation des différents acteurs dans le secteur de la santé publique ». Le dispositif de collecte, traitement et diffusion des données du Ministère de la Santé Publique (MSP) se compose de deux structures principales : la Direction de la Statistique (DS) qui produit actuellement des données et la Direction de la Nutrition (DN). Enfin, le MSP dispose d'un Plan Stratégique du Système National d'Information Sanitaire « PS-SNIS »¹ dans le cadre de la gestion et du développement de la statistique.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la Plateforme Nationale d'Information pour la Nutrition (PNIN) à travers le contrat de subvention N° FOOD/2017/387-247 financé par l'Union Européenne, l'Institut National de la Statistique (INS), avait recruté trois (3) **Chargés d'Appui Sectoriel**. Ces chargés d'Appui Sectoriel ont travaillé principalement sur les questions de la collecte, de traitement et d'analyse des données des Ministères en charge de la santé, de l'agriculture/élevage, de l'environnement et du développement durable, de l'eau et de l'assainissement, de l'éducation et de la santé.

Suite à la cartographie des besoins effectué par la PNIN et à l'issue des travaux du Chargé d'Appui Sectoriel placé au niveau du Ministère de la Santé, un diagnostic du système d'information statistique du Ministère de la Santé a été réalisé. Ce diagnostic a permis de : 1/ compléter la liste des bases de données générées ou utilisées par le secteur (données des systèmes d'information, données des enquêtes périodiques et données de suivi des interventions) ; 2/ finaliser la liste exhaustive des indicateurs produits par chaque secteur et leur utilisation (effet de l'indicateur pour le suivi/évaluation/impact des stratégies, programmes, projets et politiques) ; 3/ analyser les dispositifs de collecte de données et de traitement par Service, Direction, pour le secteur de la Santé, l'un des six secteurs clés visés par les activités de la PNIN ; 4/ consolider les informations nécessaires à l'élaboration des fiches signalétiques des indicateurs ; 5/ répertorier les publications statistiques du secteur santé.

Les résultats de ces travaux seront utilisés pour alimenter le portail de la PNIN notamment les bases de données, la base d'indicateur nutrition info et la ressource documentaire afin d'assurer la visibilité et la lisibilité des données du Ministère de la Santé en lien avec les interventions sensibles comme spécifiques à la nutrition mais aussi de faciliter l'accessibilité aux différents utilisateurs nationaux et internationaux de données sur la nutrition au niveau du Secteur de la Santé.

1 Ministère de la Santé Publique, 2012, Plan Stratégique du Système National d'Information Sanitaire, Direction des Statistiques, Octobre 2017, Niamey - Niger, 76p.





1 CADRE INSTITUTIONNEL

Les interventions du MSP s'inscrivent principalement dans le cadre de **la Politique Nationale de Santé** (PNS) et du **Plan de Développement Sanitaire** (PDS) 2017-2021 qui en découle, tous deux adoptés en mars 2017.

La Politique Nationale de Santé constitue le cadre de référence de l'action du MSP. Elle est orientée vers les « *Soins de Santé Primaires (SSP) à travers le développement des districts sanitaires* »² et le renforcement de « l'offre de soins et de services de qualité à la population ». La PNS est articulée autour des 6 axes stratégiques :

- Le renforcement du leadership et de la gouvernance ;
- L'amélioration de l'offre de la qualité et de la demande des prestations ;
- Le développement des ressources humaines de la santé ;
- L'amélioration de la disponibilité des ressources physiques et des intrants ;
- Le renforcement de l'information sanitaire et de la recherche en santé ;
- L'amélioration du financement de la santé.

Le Plan de Développement Sanitaire (PDS 2017-2021), adopté par le Décret n°2017-160/PRN/MSP du 03 mars 2017, constitue la première déclinaison opérationnelle de la PNS. Le PDS s'articule autour de trois programmes : 1/ Amélioration de la gouvernance et du leadership ; 2/ Accès aux soins et services de santé ; 3/ Prestations des soins et services de santé.

La nutrition est prise en compte comme « sous-programme » du Programme 3 (« Prestations des soins et services de santé ») et de la Politique Nationale de Sécurité Nutritionnelle (PNSN). Le PDS du MSP est pris en compte dans le Plan de Développement Economique et Sociale (PDES) où il constitue le « *Sous-programme 3.2 : Amélioration de l'état de santé de la population* »³ à travers l'appui aux dimensions gouvernance du secteur, développement de l'offre des soins et des services de santé.

La PNS et le PDS parlent tous deux d'un cadre de suivi-évaluation. Le cadre de suivi-évaluation est seulement évoqué dans la PNS, alors que le besoin d'informations statistiques est clairement exprimé pour le PDS qui présente non seulement un cadre de résultats, mais aussi des indicateurs. Un manuel de S&E du PDS complet est en cours d'élaboration avec un budget d'environ 169 millions FCFA sur 5 ans. Il comporte soixante (60) indicateurs dont dix (10) indicateurs clés (ou traceurs) ont été sélectionnés pour les exercices de suivi semestriels ou annuels. Il existe une vingtaine d'indicateurs relatifs à la nutrition directement ou indirectement dans le PDS.

Le Plan Stratégique du Système National d'Information Sanitaire (PS-SNIS) a été élaboré en 2012 pour la période 2013-2022 avec un budget de 22 001 938 063 FCFA. Le PS-SNIS vise à :

- Mettre en place un cadre réglementaire de gouvernance du SNIS ;
- Rendre disponible la totalité des ressources nécessaires à la production, la diffusion et l'utilisation de l'information sanitaire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;

2 Ministère de la Santé Publique, Annuaire des Statistiques Sanitaires du Niger – Année 2016, Direction des Statistiques, Juin 2017, Niamey - Niger, 345 p. Disponible en ligne (et consulté le 20/11/2017) à l'adresse : http://www.snis.cermes.net/download/Annuaire_Statistiques_2016.pdf.

3 Niger, Décret n°2016-623/PRN du 14 novembre 2016, portant organisation du Gouvernement et fixant les attributions des Ministres d'Etat, des Ministres et des Ministres Délégués, Présidence de la République du Niger, Niamey - Niger, 16p. 2016.

- Rendre disponible les données sanitaires de qualité dans l'ensemble des formations sanitaires publiques et privées ;
- Amener toutes les formations sanitaires publiques et privées à produire, diffuser et utiliser l'information sanitaire.

Dans le PS-SNIS, la thématique « nutrition » est difficile à trouver. Cette thématique se retrouve dans une rubrique de statistiques sanitaires appelée « enregistrement des services de santé ». La PS-SNIS prévoit la mise en place d'une plateforme de gestion et diffusion des données accessibles en ligne appelée « District Health Information Software 2 (DHIS2) ». Selon la cartographie des besoins d'informations, la mise en œuvre du PS-SNIS est freiné par le manque de ressource financières et humaines, l'absence de la culture statistique dans le milieu médical, le problème d'accès à l'internet ou encore la rupture des supports de collecte.

2 CADRE ORGANISATIONNEL

La Direction des Statistiques (DS) du MSP relève du Secrétariat Général du MSP. La DS assure les activités statistiques, de surveillance et de gestion du SNIS. La DS est organisée en trois divisions opérationnelles :

- La Division Informatique et Bases de Données,
- La Division des Statistiques ;
- La Division des Enquêtes.

Au niveau national, la DS du MSP collabore particulièrement avec l'Institut National de la Statistique (INS). L'INS apporte et continue à apporter une assistance technique et des conseils en particulier à travers différents programmes (Programme d'Appui au Système Statistique National⁴, Plateforme Nationale d'Information pour la Nutrition⁵) de la Délégation de l'Union Européenne (DUE) qui met à la disposition de la DS des ressources matérielles et financières ou techniques. L'INS intervient pendant l'élaboration des outils de collecte, la revue des données de l'annuaire statistique et participe aux ateliers de validation des données.

Au niveau international, la DS du MSP travaille particulièrement avec 9 organisations internationales. Certains PTFs apportent exclusivement des appuis financiers (Banque mondiale, Fonds commun, Organisation Ouest-Africaine de la Santé/CEDEAO, UNICEF et UNFPA) et d'autres fournissent également une assistance technique et financière (Fonds mondial, OMS, et Union Européenne).

3 DISPOSITIF DE COLLECTE

La collecte des données administratives (régulière) s'effectue quotidiennement sur le plan national auprès des Centres de Santé Intégrés (CSI), des cases de santé (CS), des hôpitaux de districts (HD), des hôpitaux régionaux et nationaux et des Centres de Santé de la Mère et de l'Enfant (CSME), grâce à des supports de collecte de données papiers (registres, fiches individuelles, cahier de séances etc.) et/ou de manière électronique, sous ODK, pour certaines enquêtes : dont l'enquête Low Quality Assurance Survey (LQAS) utilisé dans le cadre du suivi des interventions de nutrition dans 17 communes, pour le projet Initiative d'Accélération des

4 PASSN

5 PNIN



Objectifs du Millénaire au Niger (IAOMD), financé par l'Union Européenne.

Le processus de collecte est le suivant : les données sont collectées au niveau des relais communautaires dans les villages, Cases de santé, des Centres de Santé Intégrés pour être remontées vers les Districts Sanitaires, d'où elles sont acheminées vers le niveau régional avant d'être transmises au niveau central (DS). Ces données sont ensuite saisies mensuellement sur la plateforme en ligne DHIS 2 accessible sur un serveur sécurisé à l'adresse <https://dhisniger.ne/>. Actuellement chaque CSI est responsable de la saisie des données de son « aire » de santé⁶. Le niveau district est chargé du suivi et de l'analyse des données afin d'assurer la qualité des données saisies par les chefs des CSI. La validation des données d'abord faite à chaque niveau, puis à travers un atelier national organisé en vue de l'élaboration de l'annuaire des statistiques du Ministère de la Santé en collaboration avec l'INS et les PTFs. La révision des supports de collecte de données est effectuée tous les 3 ans.

Auparavant, la Direction Nutrition collectait des données (jusqu'à mi 2017) pour ses besoins d'informations mensuels, lorsque la DS du MSP produisait ses données trimestriellement. Depuis que la DS produit des états mensuels, la DN ne fait plus de collecte de données. Désormais, la DN du MSP reçoit principalement ses données de la DS du MSP (SNIS), via le DHIS2 et de l'enquête SMART conduite en collaboration avec l'INS.

4 DISPOSITIF DE VALIDATION ET D'ASSURANCE QUALITÉ

La DS du MSP ne dispose d'aucun cadre formel ou de personnel dédié à l'assurance qualité. La qualité des données produite par la DS du MSP est essentiellement perçue et assurée à travers le processus de validation des données effectué aux différents niveaux du système sanitaire déconcentré (District et région) et au niveau central. Le contrôle de la qualité des données s'effectue à travers les masques de contrôle de cohérence (scripts de contrôle) lors de la saisie des données et la participation des acteurs internes et externes au MSP au contrôle des données. A chaque échelon administratif.

Un atelier national de validation de l'annuaire des statistiques est effectué en collaboration avec tous les acteurs du MSP (Direction des Etudes et de la Programmation (DEP), Direction des Immunisations (DI), Direction de la Nutrition (DN), Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME), Direction des Archives (DA), Direction de l'Information, de la Documentation et des Relations Publiques (DIDRP), Direction de la Surveillance et de la Riposte et des Epidémies et les Programmes verticaux⁷ (DSREP) et surtout avec la participation technique de l'INS et de certains Partenaires Techniques et Financiers (OMS, UNFPA ou Fonds mondial) rendant le processus très long. Aussi, ces données n'ont jamais fait l'objet d'un audit.

5 GESTION DES DONNÉES

Depuis 2017, le système de gestion de données utilisé par la DS du MSP est le DHIS2 mis en place avec l'appui de plusieurs partenaires (Fonds Mondial, Banque Mondiale, Union Européenne, Unicef, Fonds Commun, OoAS, UNFPA).

Le DHIS2 est un Système de Gestion de bases de données sanitaires de routines open source basé

⁶ Aire de santé : Zone de responsabilité d'un Centre de Santé Intégré. Elle couvre le CSI Site, les cases de santé et les formations sanitaires privées

⁷ VIH/SIDA, Paludisme...

sous PHP (donc nativement orienté web) avec une base de données de type POSTGRES⁸ (supportant le MySQL). Il s'agit d'un système complet permettant de : 1/ saisir/consulter des données ; 2/ produire des graphiques et des tableaux ; 3/ générer des cartes thématiques. Seules les 2 premières fonctions (ici 1 et 2) sont disponibles dans la version en ligne accessible aux visiteurs. Actuellement, les données sont sauvegardées manuellement (grâce à PhpMyAdmin⁹). Le développement d'un script de sauvegarde automatique de la base de données en ligne avec le stockage d'une copie dans un périphérique externe et/ou sur un serveur autre que celui sur lequel est installé le système est important. Le système est hébergé aux Etats-Unis « pour des raisons de sécurité » (assurance d'une accessibilité permanente) mais cela présente l'inconvénient qu'en cas de coupure d'internet, les utilisateurs nationaux ne peuvent pas l'utiliser. Le DHIS2 est administré par une équipe dirigée par un informaticien réseau qualifié et des agents permanents de l'Etat. Cependant, la Direction des Statistiques dispose d'un serveur local de stockage des données (DHIS) et des sauvegardes ponctuelles sont faites sur des disques externes de grande capacité pour toutes les bases de données du Système National d'Information Sanitaire (SNIS).

6 PRODUCTIONS

L'**annuaire statistique** est la principale publication de la DS du MSP. Malgré le retard de la diffusion de l'annuaire statistique, la DS du MSP figure parmi les rares structures du SSN qui produit régulièrement son annuaire statistique annuel.

L'annuaire des statistiques est produit avec la contribution d'autres départements du MSP (Direction des Etudes et de la Programmation, Direction des Immunisations, Direction de la Nutrition, la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant, Direction des Archives, de l'Information, de la Documentation et des Relations Publiques, Direction de la Surveillance et de la Riposte et des Epidémies et les Programmes verticaux¹⁰) et surtout avec la participation technique de l'INS.

La DS dispose également d'un référentiel des indicateurs dans lequel se trouve tous les indicateurs de santé¹¹ provenant des sources régulières (DHIS2) ou d'enquêtes.

7 DIFFUSION

L'annuaire statistique est publié et diffusé auprès des différents acteurs (Gouvernement, Partenaires Techniques et Financiers, etc.). Les données sont également accessibles via le DHIS2 après l'ouverture d'un compte gratuit (sans aucune validation par un administrateur). Le DHIS2 ne présente pas toutes les données de nutrition générées par le MSP et les différents partenaires travaillant dans la nutrition. Le système n'est pas très intuitif même si un moteur de recherche

8 PostgreSQL est un système de gestion de base de données relationnelle (SGBDR) open source développé par une équipe internationale constituée de bénévoles. PostgreSQL n'est détenu par aucune entreprise ni autre entité privée et son code source est accessible librement et gratuitement. PostgreSQL peut stocker plus de types de données que les types simples traditionnels entiers, caractères, etc. L'utilisateur peut créer des types, des fonctions, utiliser l'héritage de type, etc. PostgreSQL est pratiquement conforme aux standards SQL et fonctionne sur diverses plates-formes matérielles et sous différents systèmes d'exploitation. PostgreSQL est largement reconnu pour son comportement stable, proche d'Oracle, mais aussi pour ses possibilités de programmation étendues, directement dans le moteur de la base de données, via PL/pgSQL. Le traitement interne des données peut aussi être couplé à d'autres modules externes compilés dans d'autres langages.

9 phpMyAdmin est une application Web de gestion pour les systèmes de gestion de base de données MySQL réalisée principalement en PHP.

10 VIH/SIDA, Paludisme...

Url Dhis : dhisniger.ne

11 Référentiel des indicateurs de santé 2015 - Site DS : <https://snis.cermes.net/>



permet de filtrer les informations.

Diffusion La diffusion de l'annuaire prévue pour le 30 juin de l'année en cours porte sur les données de l'année précédente mais la diffusion est souvent retardée jusqu'à la fin de l'année. L'annuaire est téléchargeable sur le site Web de l'Institut National de la Statistique et sur le site du Ministère de la Santé et le Site de la Direction des Statistiques.

Les principaux utilisateurs des données et rapports produits par la DS du MSP sont le Ministère lui-même, le SAP et les organisations internationales présentes au Niger. D'autres structures de la PNSN dont le HC/I3N utilisent les productions de la DS ainsi que le monde universitaire et de la recherche.

8 DONNÉES ET INDICATEURS DISPONIBLES

L'ensemble des données est disponible par âge et à plusieurs échelles d'agrégation (district, régional, national). Ces données sont présentées (par districts, région et structures) dans les annuaires. Toutes les données sur la nutrition ne sont pas encore accessibles à l'aide du DHIS2 mais le processus d'intégration de toutes les données de la DS est en cours. Les données sont issues des activités suivantes :

- Activités d'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE) ;
- Consultation des nourrissons ;
- Activités de dépistage de la malnutrition ;
- Activités de la prise en charge de la malnutrition aigüe en ambulatoire ;
- Activités de prise en charge de la malnutrition aigüe en soins intensifs (CRENI)
- Activités de supplémentation en vitamine A ;
- Activités de déparasitage ;
- Activités de supplémentation en fer/acide folique.

Ainsi, les indicateurs disponibles à la DS du Ministère de la Santé sont :

- Les admissions dans les CRENI / CENAS ;
- Les sorties des CRENI / CENAS ;
- La prévalence de la malnutrition aiguë globale chez les enfants de 0 à 5 ans ;
- La prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants de 0 à 5 ans ;
- La prévalence de l'anémie chez les Femmes en âge de procréer (15 ans à 49 ans) ;
- Le taux de couverture vaccinale (enfants de 12-23 mois complètement vaccinés) ;
- Le pourcentage d'enfants de 0-11 mois ayant reçu la totalité des vaccins en respectant leur calendrier ;
- Proportion des enfants 0-11 mois suivis en consultation nourrissons avec courbe de croissance à jour (enregistrement mensuel jusqu'à 24 mois et trimestriel 25-59 mois) ;
- Proportion des enfants 0-11 mois suivis en consultation nourrissons avec courbe de croissance à jour (enregistrement mensuel) ;
- Taux de dépistage des cas de malnutritions aigüe sévères en CN ;
- Taux de dépistage des cas de malnutrition aiguë modérée en CN ;
- Taux de couverture en consultation du jeune enfant (12-59 mois) ;

- Les taux de couverture en consultation nourrissons (0-11 mois) ;
- Le pourcentage des personnes atteintes d'obésité par tranche d'âge (IMC>25) ;
- Le pourcentage des consommateurs des fruits et légumes en portions par jour chez les hommes et les femmes ;
- Le pourcentage de personnes ne faisant aucune activité physique intense pour le loisir parmi les interrogés ;
- Le taux d'allaitement maternel exclusif (AME) ;
- La proportion des ménages utilisant du sel adéquatement iodé ;
- La proportion de centres de santé ayant le dispositif de prise en charge ambulatoire de la malnutrition aiguë sévère sans complications (CRENAS) ;
- Le taux de dépistage et de prise en charge d'enfants souffrant de sous-nutrition ;
- Le pourcentage d'enfants de moins d'un an vu en consultation nourrissons ayant une fiche de croissance à jour et ayant bénéficié des conseils en nutrition ;
- La proportion des hôpitaux ayant un dispositif de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère avec complications selon les normes(CRENI).

Les principaux indicateurs disponibles à la Direction de la Nutrition (DN) du Ministère de la Santé Publique sont :

- Le nombre des admissions dans les CRENI et CRENAS ;
- La proportion des hôpitaux ayant un dispositif de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère avec complications selon les normes(CRENI) ;
- La proportion de centres de santé ayant le dispositif de prise en charge ambulatoire de la malnutrition aiguë sévère sans complications (CRENAS) ;
- Le taux de dépistage et de prise en charge d'enfants souffrant de sous-nutrition ;
- Le pourcentage d'enfants de moins d'un an vu en consultation nourrissons ayant une fiche de croissance à jour et ayant bénéficié des conseils en nutrition ;
- Le montant de prise en charge de la malnutrition (Etat/Bailleur) – Prévu ;
- Le montant de prise en charge de la malnutrition (Etat/Bailleur) – Mobilisé.
- L'ensemble des indicateurs sont disponibles en Annexe X et selon le producteur (DS ou DN).
-

9 LES INDICATEURS SENSIBLES À LA NUTRITION

Le Secteur de la Santé effectue des actions dites « spécifiques » sur la nutrition, c'est-à-dire ayant un effet direct sur l'état nutritionnel. Les interventions de santé qui affectent principalement les résultats nutritionnels ou qui affectent la morbidité et la mortalité à travers une voie nutritionnelle ont été identifiées à travers les constats, recherches et mises en évidence. Ces interventions sont reconnues avoir un lien avec la réduction du retard de croissance et ont été modélisées à travers l'outil Live Save (List) sur la base des publications des Lancet Séries de 2008 et de 2013 (Voir Annexe). Ces interventions peuvent être regroupées en trois catégories : 1/ les interventions préventives spécifiques à la nutrition, 2/ le traitement de la malnutrition aiguë ; 3/ les interventions de Santé Maternelle, Néonatale et Infantile (SMNI) sensibles à la nutrition.



9.1 LES INTERVENTIONS PRÉVENTIVES SPÉCIFIQUES À LA NUTRITION

- **La supplémentation en rations équilibrées d'énergie et protéines pendant la grossesse** : une mise en œuvre à échelle nationale dans les zones urbaines ou rurales, dans lesquelles plus de 10 % des femmes enceintes ont un indice de masse corporelle $< 18 \cdot 5 \text{ kg} / \text{m}^2$, réduit le risque de retard de croissance intra-utérin de 32 % (RR 0 • 68). Le *Blanquet feeding* ou supplémentation alimentaires durant la période de soudure se réfère à la provision de quantités d'aliments enrichis en micronutriments (tel que le Super céréale +) afin de prévenir la malnutrition modérée.
- **Les stratégies éducatives et promotionnelles pour l'allaitement**. Les stratégies de promotion de l'allaitement maternel ont un grand impact sur la survie. Les conseils sur l'allaitement exclusif ont un lien direct avec la réduction du retard de croissance (malnutrition chronique). En effet, dans les populations ayant une alimentation suffisante, l'éducation sur l'alimentation de complément augmente le Z-score de taille pour l'âge de 0,25 (IC à 95 % : 0,01-0,09) (Lancet Séries de 2013).
- **L'alimentation de complément** a un lien direct avec la réduction du retard de croissance (malnutrition chronique) et avec l'émaciation. La distribution d'aliments de compléments (avec ou sans éducation nutritionnelle) dans les populations où la nourriture est suffisante, augmente le Z score pour la taille en fonction de l'âge de 0,41 (0,55-0,07). Le soutien à l'alimentation de complément adéquat y compris l'éducation nutritionnelle sur l'alimentation de complément et des transferts monétaires conditionnels, pourraient avoir un effet positif sur le retard de croissance.
- **Les interventions de supplémentation en micronutriments** chez les femmes enceintes inclues la supplémentation en fer/folates (augmentant le taux d'hémoglobine à terme de 12 g / L, 2 • 93-21 • 07). La supplémentation en fer des femmes enceintes réduit le risque d'anémie et donc réduit le risque de décès maternel de 23 %. La supplémentation en micronutriments des femmes enceintes réduit le risque d'insuffisance pondérale à la naissance à terme de 16 % (risque relatif : 0,84, 0,70-0,95) et réduit le retard de croissance intra-utérine de 14 %. La supplémentation des mères en calcium réduit le risque de pré-éclampsie (risque relatif : 0,48, 0,33-0,69). L'effet est le plus grand pour les femmes à haut risque (0,22, 0,12-0,42) et celles ayant un faible apport en calcium de base (0,36, 0,18–0,70). Le résultat composite décès maternel ou morbidité grave est réduit (0 • 80, 0 • 65-0 • 97).
- **Plus spécifiquement, la supplémentation en fer/acide folique des adolescentes** a un lien avec la prévention des carences en micronutriments et des anomalies congénitales
- **La supplémentation de masse en Vitamine** réduit le risque de mortalité de 12 % (une dose de supplémentation par an) et de 22 % (deux doses de supplémentation par an) chez les enfants âgés de 6 mois à 59 mois.
- **La fortification alimentaire (iode, fer, vitamine A)** à la a prévention des carences en micronutriments. La fortification à domicile par les poudres de multi micronutriments (MNPs) chez les enfants de 6-59 mois, contribue aussi à la prévention des carences en micronutriments. Le sel iodé réduit le risque de déficience en iode. La fortification des aliments en fer réduit les risques d'anémie ferriprive chez les enfants de 28 % (OR 0 • 72). ;
- **Le déparasitage chez les enfants** est associé à une augmentation moyenne de poids de 0,24 g (IC à 95 % : 0,15–0,32) et une réduction de 5 % à 10 % des taux d'anémie chez les populations présentant des taux élevés d'helminthiase intestinale.

9.2 LE TRAITEMENT DE LA MALNUTRITION AIGUE

- **La Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë (PCIMA) (modérée et sévère)** a un lien avec la survie des enfants souffrant de différentes formes de malnutrition aiguë. La prise en charge de la malnutrition aiguë sévère des enfants, de moins de cinq ans, selon les directives de l'OMS, réduit le taux de mortalité de 55 % (rapport de risque de 0,45, 0,23-0,62).
- **Le traitement de la diarrhée par la Solution de Réhydratation Oral combiné au Zinc (SRO/Zinc)** et le traitement des Infections Respiratoires Aiguës (IRA) par les antibiotiques a également un lien avec la réduction des maladies de l'enfant (IRA, paludisme, malnutrition).

9.3 LES INTERVENTIONS DE SANTÉ MATERNELLE, NÉONATALE ET INFANTILE (SMNI) SENSIBLES À LA NUTRITION

- **La prise en charge du paludisme** a un lien avec la mortalité maternelle et infantile et un lien avec le retard de croissance intra utérin. La prophylaxie du paludisme et le traitement préventif par intermittence du paludisme chez les femmes enceintes et les enfants, réduit le risque de retard de croissance intra-utérine à terme de 43 % chez les bébés nés de la première ou de la deuxième grossesse de femmes, dans les zones où le paludisme est endémique. La Chimio-prophylaxie Saisonnière du Paludisme (CPS) par les Antipaludéens issus de Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine (ACT) est utilisée comme moyen de lutte contre le paludisme.
- **L'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide** permettrait une réduction de 23 % du risque d'accoucher d'un bébé présentant un faible poids à la naissance (risque relatif de 77 %, IC à 95 % : 61–0,098).
- **La Consultation prénatale recentrée** est utilisée comme plateforme pour assurer la supplémentation en fer/acide folique qui a un lien avec la prévention des carences en micronutriments et des anomalies congénitales et la lutte contre l'anémie maternelle et la santé maternelle.
- **Le traitement de la pneumonie** par les antibiotiques oraux
- **La méthode Kangourou** qui est une méthode de soins du nouveau-né a un lien avec la mortalité infantile et l'allaitement exclusif.

10 LES INDICATEURS RETENUS

Les indicateurs de santé spécifiques et sensibles à la nutrition qui sont sélectionnés sont relatifs aux interventions de santé liées à la nutrition. Le Niger ayant souscrit à tous les engagements au niveau international pour la nutrition, les indicateurs retenus au niveau international doivent être obligatoirement renseignés et sont retenus dans la liste prioritaire des indicateurs de la PNIN. En cas de non disponibilité d'un indicateur international reconnu, un indicateur national proche est retenu et utilisé.

Ces indicateurs sont pour certains des indicateurs des Objectifs du Développement Durable (ODD) en lien avec les cibles globales de la nutrition à l'horizon 2025, endossées par les membres de la 65^{ème} Assemblée Mondiale de la Santé en 2012 (dont le Niger). D'autres indicateurs sont issus de la revue des objectifs nutritionnels et indicateurs pour les Objectifs de Développement Durable (ODD) pour l'après-2015 publié par le Standing Committee on Nutrition du Système des Nations Unies (SNU). Certains indicateurs sont des indicateurs du système de Suivi, Évaluation,



Responsabilisation, Apprentissage du Mouvement SUN (MEAL) auquel le Niger a adhéré depuis 2011 ou des indicateurs publiés par les agences de Nations Unies.

En plus de ces indicateurs, il existe des indicateurs collectés au niveau national en lien avec les interventions citées plus haut. Pour ces indicateurs, La PNIN a effectué un consensus avec les acteurs du secteur de la santé pour un choix d'indicateurs à retenir pour la PNIN.

Tableau 1 : Indicateurs internationaux sur la nutrition dans le domaine de la Santé

Indicateurs internationaux	Source
Prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans	Objectif 2, cible 2.2 des ODD
Prévalence de la malnutrition aiguë chez les enfants de moins de 5 ans	Objectif 2, cible 2.2 des ODD
Prévalence du surpoids chez les enfants de moins de 5 ans	Objectif 2, cible 2.2 des ODD Objectif 3, cible 3.4 des ODD
Pourcentage du faible poids de naissance	Objectif 2, cible 2.2 des ODD Objectif 3, cible 3.4 des ODD
Pourcentage de nourrissons de moins de 6 mois nourris exclusivement au sein	Objectif 2, cibles 2.2 et 2.1 des ODD Objectif 3, cible 3.2 des ODD
Prévalence de l'anémie chez les femmes en âge de procréer	Objectif 2, cible 2.2 des ODD ; Objectif 3, cible 3.1 des ODD
Prévalence de l'anémie chez les femmes non enceintes	Objectif 2, cible 2.2 des ODD ; Objectif 3, cible 3.1 des ODD
Proportion de femmes enceintes recevant la supplémentation en fer et en acide folique	MEAL SUN
Proportion de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) dont les besoins de planification familiale sont satisfaits par les méthodes modernes	MEAL SUN
Proportion d'établissements de santé qui sont certifiés par l'Initiative des hôpitaux amis de bébés	MEAL SUN
Nouveaux cas de paludisme par 1 000 habitants (Incidence du paludisme)	Objectif 3, cible 3.3 des ODD MEAL SUN
Nombre de nouvelles infections au VIH par 1 000 habitants non-infectés par groupe d'âge, de sexe et de populations clés	Objectif 3, cible 3.1 des ODD MEAL SUN
Incidence de la tuberculose par 1 000 habitants	Objectif 3, cible 3.2 des ODD MEAL SUN
Taux de mortalité des moins de 5 ans (décès pour 1 000 naissances vivantes)	Objectif 3, cible 4.1 des ODD MEAL SUN
Proportion d'enfants âgés de 6 à 59 mois souffrant de malnutrition aiguë sévère admis pour traitement	MEAL SUN
Proportion d'enfants âgés de 6 à 59 mois recevant des suppléments de vitamine A	MEAL SUN
Proportion d'enfants âgés de 12 à 59 mois recevant au moins une dose de médicaments vermifuges	MEAL SUN
Utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide chez les enfants âgés de 0 à 5 ans	MEAL SUN
Proportion d'enfants âgés de moins de 5 ans souffrant de diarrhée (au cours des deux dernières semaines) et recevant des sels de réhydratation orale (sachets de SRO ou SRO liquides préemballés)	MEAL SUN
Nombre de cas de rougeoles signalés (enfants de moins de 5 ans)	MEAL SUN

Indicateurs internationaux	Source
Pourcentage d'enfants âgés d'un an ayant reçu les doses appropriées des vaccins recommandés dans le calendrier national selon l'âge recommandé ((Remarque: la couverture par le DTC3 est souvent utilisée comme un indicateur de la qualité des services de vaccination systématique fournis par les pays.)	MEAL SUN
Pourcentage de ménages consommant du sel iodé (> 15 ppm)	MEAL SUN
Prévalence de la cécité nocturne	OMS
Niveaux de rétinol dans le lait maternel	OMS
Niveaux de rétinol dans le sérum sanguin chez les enfants d'âge préscolaire	OMS
Prévalence totale du goitre dans la population	OMS
Concentration d'iode urinaire médian chez les enfants âgés de 6 à 12 ans	OMS
Prévalence du diabète chez les femmes adultes	MEAL SUN
Prévalence de l'hypertension chez les femmes adultes	MEAL SUN
Mortalité attribuée aux maladies cardiovasculaires, au cancer, au diabète ou aux infections respiratoires chroniques	Objectif 3, cible 4.1 des ODD MEAL SUN

Source : PNIN

L'ensemble des indicateurs retenus pour la PNIN (internationaux et nationaux) sont disponibles en Annexe 4. Aussi, le consensus avec le Secteur de la Santé a permis d'élaborer les fiches signalétiques de chaque indicateur retenu pour la PNIN.

11 CAPACITÉS, RESSOURCES HUMAINES ET MATÉRIELLES

11.1 RESSOURCES HUMAINES

Selon la cartographie des besoins, la DS du MSP dispose de 23 agents fonctionnaires dont 18 techniciens (statisticiens, épidémiologistes, informaticiens...). Un Comité de 3 agents, est chargé de la gestion technique des bases de données et du système d'information et les autres agents techniques sont transversaux (collecte des données, analyses...). La DS compte un (1) statisticien et deux (2) informaticiens. La DS dispose des compétences dans les principaux domaines et techniques statistiques (collecte électronique, traitement et analyse de données, stockage et archivage). Le recrutement de deux statisticiens supplémentaires pour renforcer les capacités d'analyse de données disponibles et d'un informaticien (pour appuyer la gestion et la mise à jour du DHSI2) semble à prévoir dans le cadre de plan de renforcement des capacités. Les agents de la DS utilisent essentiellement Excel, Epi Info, Stata et Arc Gis et HealthMap pour l'analyse cartographique.

La Direction de la Nutrition dispose d'un « Service de suivi-évaluation » qui comprend trois (3) agents dont un (1) épidémiologiste et deux (2) nutritionnistes. Cet effectif semble suffisant même si les compétences en informatique de l'équipe S&E sont limitées. L'équipe de la DN a besoin d'un renforcement des capacités en analyse de données avec un logiciel spécifique de traitement (SPSS et/ou Stata), les analyses étant actuellement faites avec Excel et Epi Info.



11.2 RESSOURCES MATÉRIELLES

Au niveau de la DS du MSP, la disponibilité du matériel semble satisfaisante. Néanmoins, un besoin de cinq (5) ordinateurs portables et d'un photocopieur se font sentir et sont estimés nécessaires pour les Chefs de Division et l'équipe informatique. La DS du MSP dispose de licence officielle pour MS Office qu'elle utilise, mais ce n'est pas le cas pour les logiciels Stata et Arc Gis (Epi Info et HealthMap étant gratuits). La DS du MSP occupe un local situé non loin du Ministère sur un terrain vaste mais dispose d'un nombre limité de bureau (10). La DS du MSP dispose de 4 véhicules et souligne un besoin de 2 véhicules supplémentaires ainsi qu'une (1) moto (cartographie des besoins).

Comme le DHIS2 est un système hébergé aux Etats-Unis et qu'en cas de coupure d'internet, les utilisateurs nationaux ne peuvent pas l'utiliser. Il est recommandé de disposer d'un second serveur synchronisé avec le principal auprès d'un opérateur national dans le cadre d'un futur plan de renforcement.

Le parc informatique du service de S&E de la **Direction Nutrition** se limite à un (1) seul PC de bureau et un (1) seul portable vétuste. La satisfaction urgente du besoin de deux PC portables est requise pour améliorer le travail de cette unité.

11.3 MESURE POUR L'ÉLABORATION DE PLAN DE RENFORCEMENT ET/OU D'INTERVENTION

Selon le diagnostic sur le Système d'Information du Ministère de la Santé et le scoring effectué lors de la cartographie des données¹², les aspects à renforcer en priorité sont :

- Le système de production, de diffusion et de valorisation des données (2/5) ;
- L'Assurance Qualité (2/5) ;
- Les compétences (3/5).

En revanche le dispositif de collecte et de gestion des données est largement satisfaisant (5/5).

11.3.1 FONCTIONNEL

Une meilleure valorisation des données pourrait permettre de mieux sensibiliser les autorités et les PTFs et ainsi d'accroître l'appui financier à la mise en œuvre efficace du PS-SNIS.

Le renforcement des capacités doit prendre en compte le niveau déconcentré à travers un plan de formation pour les acteurs déconcentrés (Directions Régionales, Centre de santé des districts et CSI) afin de renforcer les capacités dans la collecte et surtout la validation des données locales à temps afin d'aboutir plus rapidement à la diffusion des résultats.

11.3.1 DISPOSITIF DE VALIDATION ET D'ASSURANCE QUALITÉ

Pour le dispositif de validation et d'assurance qualité, il y'a des processus de validation qui sont déjà placés dans le DHIS2. Ensuite des réunions sont également faites au niveau des structures pour la validation des données. Un document de revue est également utilisé pour assurer la qualité des données.

¹² La cartographie présente une notation des 6 composantes du diagnostic : 1/ cadre organisationnel et fonctionnel ; 2/ Système et procédure de collecte/gestion des données ; 3/ Données collectées ; 4/ Capacités ; 5/ Production, diffusion et valorisation des productions ; 6/ Assurance qualité. Ces composantes sont notées de 1 (situation faible) à 5 (bonne situation).

11.3.2 DIFFUSION

La diffusion de l'annuaire statistique est une pratique. Cependant l'utilité du document reste minimale. L'annuaire est une succession de tableaux dont la lecture est difficile (caractérisés par un nombre important de colonnes et de lignes). Par conséquent, les messages importants sont noyés et diffusés dans les tableaux. L'Annuaire devrait être accompagné d'un résumé de quatre (4) pages mettant par exemple en avant les messages essentiels et l'information pertinente dans le cadre de l'orientation, du suivi/évaluation des politiques, stratégies et programmes du secteur. Pour arriver à la mise en œuvre d'une telle publication, il convient de renforcer les capacités dans le domaine de l'analyse des données et des techniques de rédaction efficace.

L'élaboration d'une stratégie de communication autour du DHIS2 permettrait de mieux faire connaître l'outil et les données pour les acteurs.



BIBLIOGRAPHIE

Niger, Décret n° 2016-623/PRN du 14 novembre 2016, portant organisation du Gouvernement et fixant les attributions des Ministres d'Etat, des Ministres et des Ministres Délégués, Présidence de la République du Niger, Niamey - Niger, 16 p. 2016.

Niger, Décret n°2016-624/PRN du 14 novembre 2016, précisant les attributions des membres du Gouvernement, Présidence de la République du Niger, Niamey - Niger, 35 p, 2016.

Ministère de la Santé Publique, 2012, Plan Stratégique du Système National d'Information Sanitaire, Direction des Statistiques, Octobre 2017, Niamey - Niger, 76p.

Ministère de la Santé Publique, Politique Nationale de Santé, Mars 2017, Niamey - Niger, 76 p.

Ministère de la Santé Publique, Plan de Développement, Mars 2017, Niamey - Niger, xiv + 136 p.

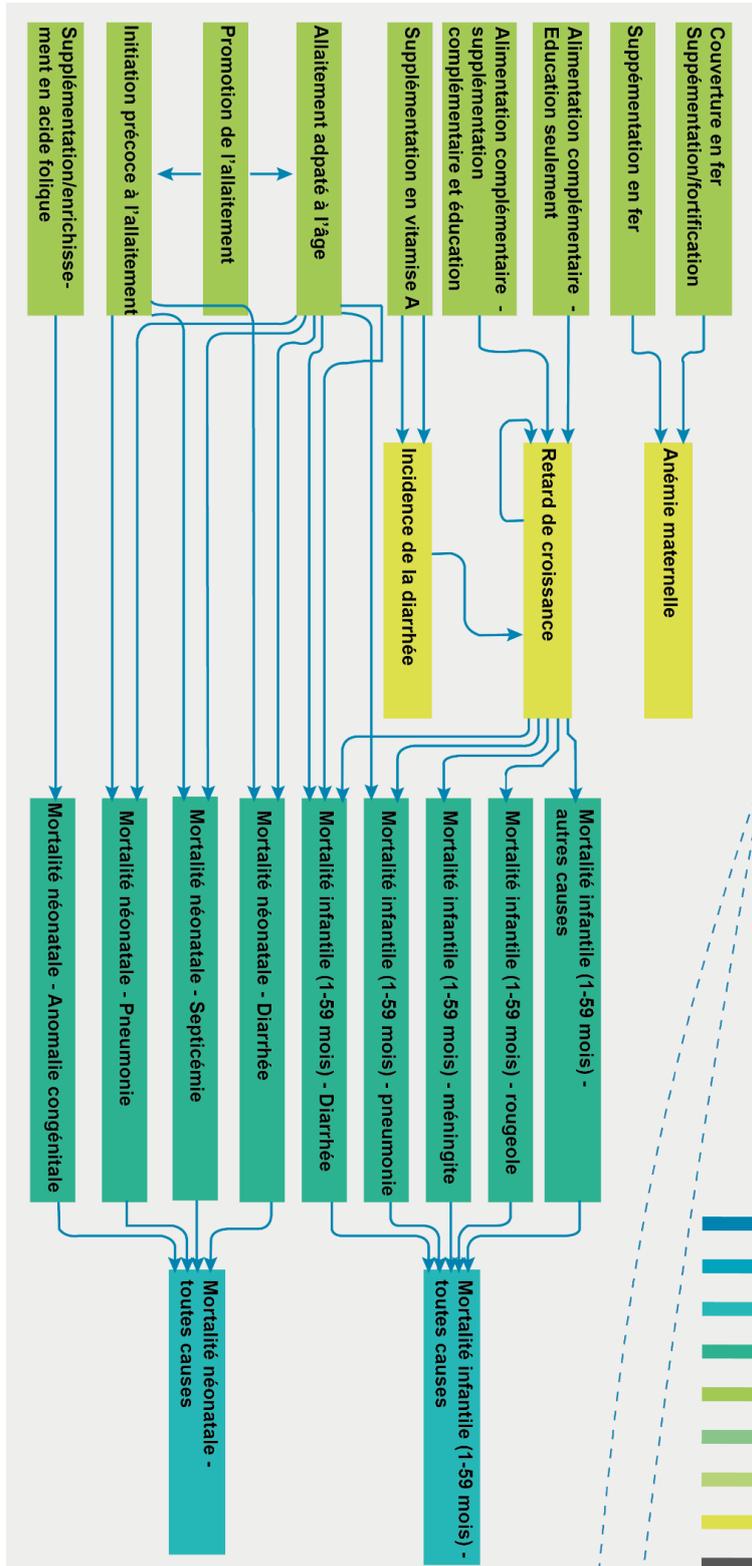
Ministère de la Santé Publique, Plan Stratégique du Système National d'Information Sanitaire, Direction des Statistiques, Octobre 2017, Niamey - Niger, 76 + vi p.



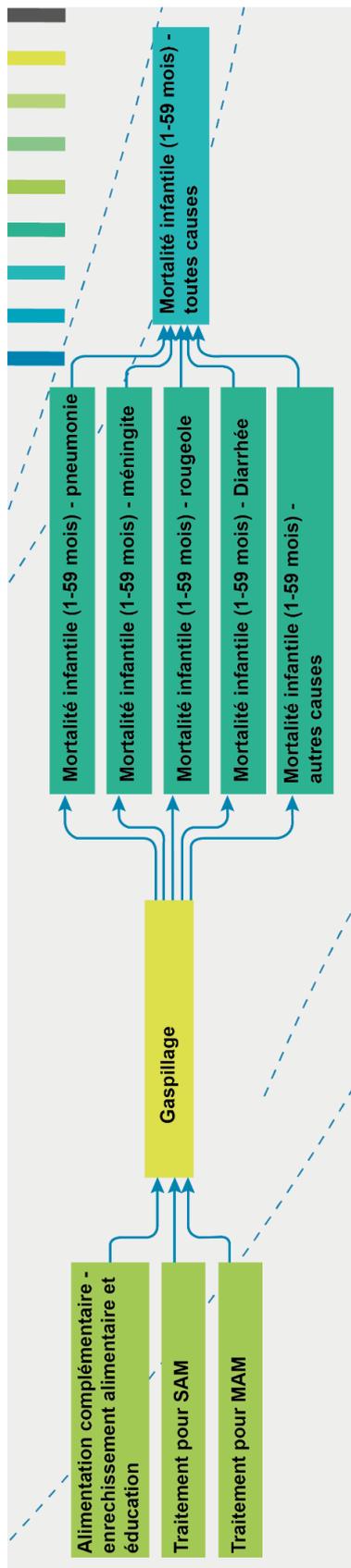


ANNEXES

1 LE MODÈLE LIST POUR ESTIMER LES IMPACTS DES INTERVENTIONS PRÉVENTIVES NUTRITIONNELLES

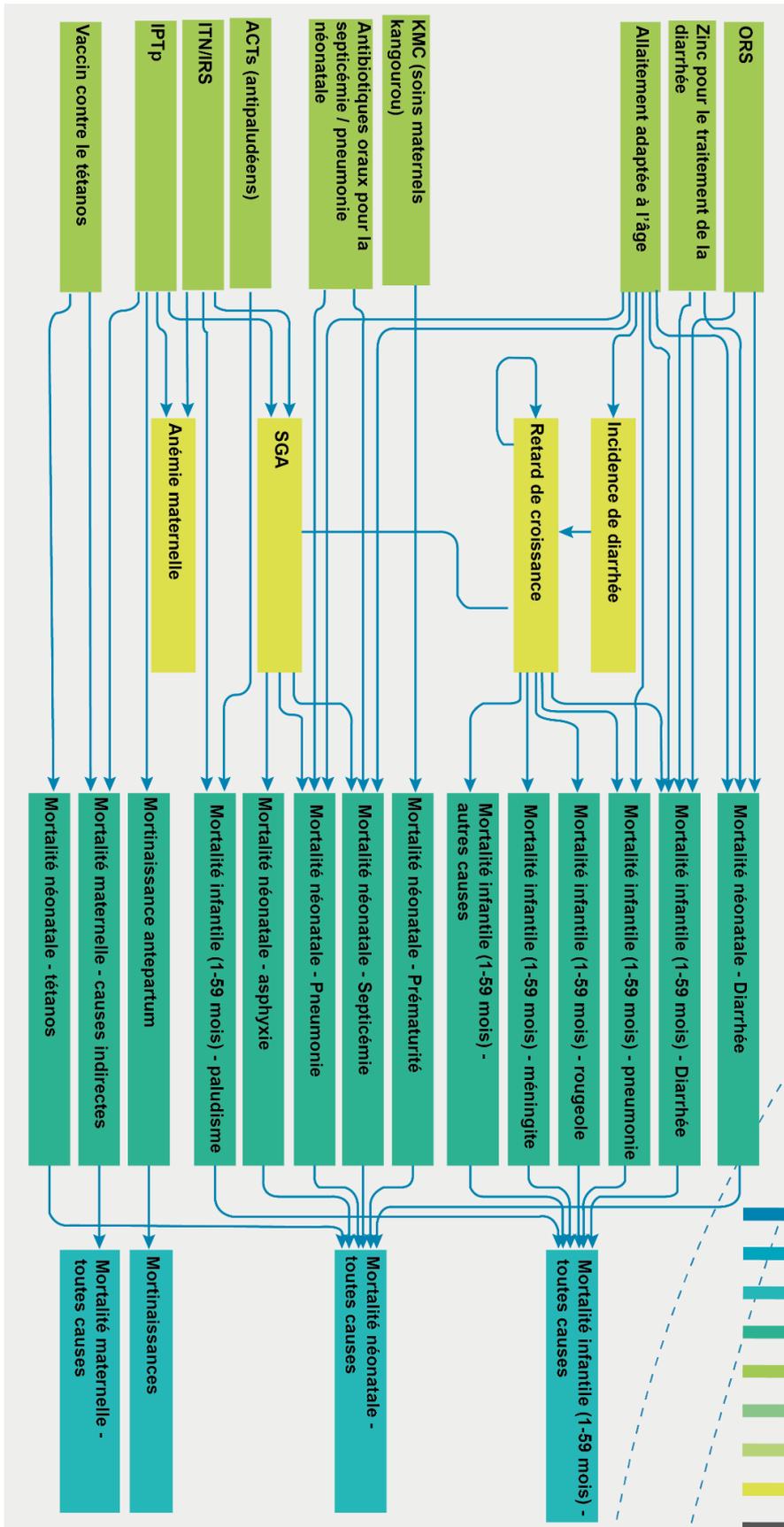


2 LE MODÈLE LIST POUR ESTIMER LES IMPACTS DES INTERVENTIONS CURATIVES NUTRITIONNELLES





3 LE MODÈLE LIST POUR ESTIMER LES IMPACTS DES INTERVENTIONS SMNI



4 LISTE DES INDICATEURS INTERNATIONAUX RETENUS POUR LA PNIN

1	Densité du personnel de santé pour 1 000 habitants	16	Nombre de mères allaitantes malnutries dépistées à la consultation du Nourrisson	31	Pourcentage de professionnels de santé et acteurs communautaires qui appliquent leur savoir et compétences dans la provision de services en nutrition
2	Disponibilité de supports de gestion de la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME)	17	Nombre de sorties dans les Centres de Récupération Nutritionnelle Ambulatoire pour la Malnutrition Modérée (CRENAM)	32	Pourcentage de réunions de coordination sur la nutrition au niveau Départemental (Non disponible au niveau de la DS)
3	Nombre d'abandons dans les Centres de Récupération et d'Education Nutritionnelle Intensif (CRENI)	18	Nombre d'enfant en état de malnutrition vus pour la première fois	33	Pourcentage de réunions de coordination sur la nutrition au niveau régional (Non disponible au niveau de la DS)
4	Nombre d'abandons dans les Centres de Récupération Nutritionnelle Ambulatoire pour la Malnutrition Modérée (CRENAM)	19	Nombre d'enfants ayant un tour du bras au jaune	34	Pourcentage d'enfants ayant un tour du bras au rouge
5	Nombre d'abandons dans les Centres Régionaux Nutritionnel Ambulatoire Sévère (CRENAS)	20	Pourcentage de couverture des interventions à Haut impact dans les domaines préventifs et curatifs spécifiques à la nutrition (ciblant les jeunes enfants, les adolescentes, les mères)	35	Pourcentage d'enfants de 0-11 mois ayant reçu la totalité des vaccins en respectant leur calendrier
6	Nombre d'admissions dans les Centres de Récupération et d'Education Nutritionnelle Intensif (CRENI)	21	Pourcentage de Districts disposant d'un Point Focal nutrition	36	Pourcentage d'enfants de 12-59 mois supplémentés en Vitamine A
7	Nombre d'admissions dans les Centres de Récupération Nutritionnelle Ambulatoire pour la Malnutrition Modérée (CRENAM)	22	Pourcentage de Districts sanitaires ayant des nutritionnistes	37	Pourcentage d'enfants de 6 à 11 mois supplémentés en Vitamine A
8	Nombre d'admissions dans les Centres Régionaux Nutritionnel Ambulatoire Sévère CRENAS	23	Pourcentage de Districts Sanitaires ayant intégré la prise en charge du paludisme, IRA, diarrhée dans le paquet du relais communautaire	38	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans atteints de diarrhée ayant reçu du SRO Zinc
9	Nombre de campagnes de dépistage de la malnutrition au niveau communautaire	24	Pourcentage de femmes enceintes ayant eu accès à la Consultation Pré-Natale (CPN4), TPI2, VAT2+ et plus, Fer	39	Pourcentage d'enfants de moins d'un an vus en consultation du nourrisson ayant une fiche de croissance à jour et ayant bénéficié des conseils en nutrition
10	Nombre de Centres de Récupération Nutritionnelle à l'Intensif (CRENI) fonctionnels	25	Pourcentage de femmes vues en consultation postnatale ayant accepté la Planification Familiale (PF)	40	Pourcentage des enfants de moins de 5 ans touchés par des campagnes de déparasitage de masse (2 par an)
11	Nombre de Centres de Récupération Nutritionnelle Ambulatoire pour Malnutrition Aigüe Modérée (CRENAM) existants	26	Pourcentage de femmes vues en consultation post-natale ayant reçus de la vitamine A	41	Prévalence de la contraception moderne
12	Nombre de Centres de Récupération Nutritionnelle Ambulatoire pour Malnutrition Aigüe Sévère (CRENAS) existants	27	Pourcentage de femmes/mères et personnes en charge des soins aux jeunes enfants qui ont accès à des services nutritionnels de qualité	42	Prévalence de la Malnutrition Aigüe Modérée (MAM) sur les enfants de 6-59 mois



13	Nombre de femmes enceintes malnutries aigües	28	Pourcentage de formations sanitaires ayant du personnel formé en Consultation Pré-Natale Recentrée (CPNR)	43	Prévalence de la Malnutrition Aiguë Sévère (MAS) chez les enfants de 6-59 mois
14	Nombre de guérisons dans les Centres de Récupération et d'Education Nutritionnelle Intensif (CRENI)	29	Pourcentage de formations sanitaires ayant du personnel formé en Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant clinique (PCIME)	44	Prévalence de la Malnutrition Chronique (MC) chez les enfants de moins de 5 ans
15	Nombre de guérisons dans les Centres Régionaux Nutritionnel Ambulatoire Sévère (CRENAS)	30	Pourcentage de postes frontaliers dotés en kit de test rapide en sel iodé	45	Prévalence du Trouble due à la carence en iode
46	Proportion d'enfants de moins de 5 ans dormant sous Moustiquaires imprégnées à Longue Durée d'Action (MILDA)	61	Proportion d'enfants touchés Malnutrition Aigüe Sévère (MAS) pris en charge	76	Taux de Couverture Sanitaire
47	Proportion d'acteurs communautaires intégrant le dépistage de la malnutrition dans leurs activités	62	Proportion des Centres de prise en charge disposant du kit de prise en charge de la malnutrition (deux balances, une toise, dix MUAC, 1 registre, kits culotte, thermomètre, fiches individuels et fiches de stock)	77	Taux de couverture vaccinale (enfants de 12-23 mois complètement vaccinés)
48	Proportion d'agents de santé communautaire travaillant dans les cases de santé formés dans la prise en charge de la malnutrition	63	Proportion des Directions Régionales de la Santé Publique (DRSP) disposant d'au moins un nutritionniste	78	Taux de guérison dans les CRENAM
49	Proportion de cas de Maladies Non Transmissibles dépistées (Diabète, hypertension) lors des campagnes de masse conjointes	64	Proportion des enfants de faible poids à la naissance (inf. 2500 grammes)	79	Taux de guérison dans les CRENAS
50	Proportion de Centres de Santé ayant le dispositif de prise en charge ambulatoire de la Malnutrition Aiguë Sévère sans complications (CRENAS)	65	Proportion des Femmes enceintes ayant bénéficié d'au moins 4 mois de supplémentation en fer acide folique / multi micronutriments	80	Taux de guérison dans les CRENI
51	Proportion de femmes enceintes dormant sous Moustiquaires Imprégnées à Longue Durée d'Action (MILDA)	66	Proportion des Femmes Enceintes/Femmes Allaitantes (FEFA) ayant bénéficié de conseils adaptés sur la nutrition	81	Proportion d'enfants touchés Malnutrition Aigüe Sévère (MAS) pris en charge
52	Proportion de filles parmi les cas de Malnutrition	67	Proportion des hôpitaux ayant un dispositif de prise en charge de la Malnutrition Aigüe Sévère avec complications selon les normes (CRENI)	82	Proportion de nouveau-nés mis au sein dans la première heure qui suit la naissance
53	Proportion de garçons parmi les cas de Malnutrition	68	Proportion des ménages disposant du sel correctement iodé	83	Taux d'allaitement maternel exclusif
54	Proportion de systèmes de gestion des intrants fonctionnels mis en place	69	Proportion des ménages utilisant du sel adéquatement iodé	84	Durée médiane de l'allaitement
55	Proportion de villages ayant des structures de participation communautaires en place et fonctionnelles	70	Qualité des interventions spécifiques à la nutrition (en référence aux standards internationaux)	85	Proportion d'enfants de 6-23 mois ayant consommé à six mois des aliments solides, semi solides ou mous
56	Proportion d'enfants de 12 à 59 mois qui ont bénéficié de 2 doses annuelles de déparasitant	71	Ratio agents de santé (sagefemme, médecin, infirmiers)	86	Diversité Alimentaire minimale ou Proportion d'enfants de 6-24 mois ayant un apport alimentaire minimale acceptable

57	Proportion d'enfants de 6 à 59 mois supplémentés en vitamine A	72	Taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié	87	Fréquence minimale des repas ou nombre minimum de repas
58	Proportion d'enfants de 6-59 mois qui ont bénéficié de deux doses annuels de vitamine A	73	Taux d'admission dans les Centres de Récupération Nutritionnelle (CREN) pour les cas modérés	88	Proportion d'enfants âgés de 6-23 mois consommant des aliments riches ou enrichis en fer spécialement conçu pour les nourrissons ou qui ont été enrichis à domicile
59	Proportion d'enfants dépistés de la malnutrition aiguë par an	74	Taux d'admission dans les Centres de Récupération Nutritionnelle (CREN) pour les cas sévères	89	Proportion d'enfants de 6 à 23 mois qui ont bénéficié des MNPs dans les 6 derniers mois
60	Proportion d'enfants fréquentant les Centres de santé ayant été dépistés pour la malnutrition lors des campagnes	75	Taux de couverture du traitement contre les Maladies Tropicales Négligées (MNT)	90	Proportion des nourrissons de 24 mois ou plus ayant bénéficié de l'allaitement maternel jusqu'à l'âge de 24 mois
91	Proportion d'enfants nés au cours des 24 derniers mois qui ont été nourris au sein	92	Proportion de groupes de soutien "Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant" (ANJE) fonctionnels	93	Proportion des hôpitaux accrédités "amis de bébés" chaque année
94	Proportion d'agents de santé formés sur l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE)				



