



Université Senghor

Université internationale de langue française
au service du développement africain

Opérateur direct de la Francophonie

**MISE EN ŒUVRE DE L'EDUCATION NUTRITIONNELLE DANS LES
ECOLES PRIMAIRES DU NIGER : CONCEPTION D'UNE APPROCHE
TRIPARTITE**

Présenté par

AMBARKA HASSANE Youssoufane

Pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département : Santé

Spécialité : Politiques nutritionnelles

Devant le jury composé de :

Christian Mésenge, Chef du département santé **Président**

Le Bihan Geneviève, Institut Régional **Examineur**
d'Education et de Promotion de la Santé
(IREPS) Montpellier, France

Morsi El Soda, faculté d'agriculture, université **Examineur**
d'Alexandrie

Remerciements

Au terme de ce travail je tiens à remercier très sincèrement les personnes suivantes:

- Dr Christian Mésenge Directeur du département santé, pour ses conseils ;
- Madame Le Bihan Geneviève, Chef de projet à l'Institut Régional d'Education et de Promotion de la Santé (IREPS), pour son encadrement durant mon stage et la rédaction de ce mémoire;
- Dr France Brel et Madame Pfund Nathalie pour leurs encadrements pendant mon stage professionnel au service communal de santé publique de Béziers ;
- Je remercie également tous mes camarades de la douzième promotion de l'université Senghor d'Alexandrie avec qui nous nous sommes mutuellement aidés durant ces deux années.
- A vous tous que je ne saurais citer ici, sachez que je garde pour chacun de vous un profond sentiment d'estime et une immense gratitude pour vos multiples contributions dans le cadre de ma formation à l'université Senghor.

Ambarka H. Youssoufane, auditeur département santé, spécialité politiques nutritionnelles.

Dédicace

A mes parents,

A mes frères et sœurs,

A tous les membres de ma famille qui m'ont constamment soutenu tout au long de mes études particulièrement ces deux dernières années à l'université Senghor.

Qu'ils trouvent ici, l'expression de ma profonde gratitude!

Résumé

La malnutrition carencielle au Niger reste une préoccupation majeure et ce depuis plusieurs décennies. Ceci s'explique en partie par l'échec des politiques à prendre en compte les causes structurelles de la malnutrition (comportement alimentaire, pratiques socioculturelles etc.). Nous proposons dans ce travail un programme d'éducation nutritionnelle à mettre en place dans les écoles primaire sur trois axes : enseignement en classe, l'environnement scolaire et la famille. Ces enseignements porteront sur l'hygiène, l'équilibre alimentaire, et les pratiques socioculturelles néfastes à la santé. Cette stratégie a pour objectifs de conférer des aptitudes aux populations afin sortir du cercle vicieux d'éternel recommencement qui caractérise la prise en charge de la malnutrition dans les pays en développement en général. Ce programme intègre aussi les problèmes nutritionnels émergents (maladies chroniques liées à l'alimentation) dans les pays en transition nutritionnelle.

Mots-clefs

Education nutritionnelle – malnutrition – école primaire.

Abstract

Malnutrition in Niger has remained a great concern over years. Programs implemented to target this issue failed to address its structural causes. We here present a school based nutrition education program including teaching nutrition in class, using school environment and teaching nutrition to families. This program's subjects are: hygiene, inappropriate socio-cultural food practices and promotion of balanced diet. The aim of this program is to empower people regarding to nutritional questions. This program also addresses the nutritional risk factors of non communicable diseases which are a growing concern for developing countries.

Key words:

Nutrition education - malnutrition - primary school.

Liste des acronymes et abréviations utilisés

- APP: Activités Pratiques et Pédagogiques
- CDC: Centers for Disease Control and prevention
- CE: Commission Européenne
- CILSS : Comité Inter État de Lutte Contre la Sécheresse au Sahel
- ECHO: office d'aide humanitaire de la commission européenne
- ET : Écart Type
- FEWS-NET : Famine Early Warning System – network
- HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique (France)
- INPES: Institut National de Promotion et D'éducation pour la Santé (France)
- INSAH : institut du sahel
- INS : Institut National de la Statistique (Niger)
- IRIN : Integrated Regional Information Networks
- MICS : Multi Criteria Indicators Cluster Survey
- MAG: Malnutrition Aigue Global
- MDG-AF : Millennium Development Goals – Achievement Fund
- MSF : Médecin Sans Frontière
- SNIS : Système National d'Information Sanitaire (Niger)
- SOSA : Stratégie Opérationnelle de Sécurité Alimentaire
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- ONG : Organisation Non Gouvernementale
- PAM : Programme Alimentaire Mondiale
- PNGSA : Programme Global de Sécurité Alimentaire
- PNUD: Programme des Nations Unis pour le Développement
- RdN : République du Niger
- UNFPA : united nation population fund
- UNICEF : fond des nations unies pour l'enfance
- USDA : United State Department of Agriculture

- MCLA: Maladies Chroniques Liées à l'Alimentation

Sommaire

Remerciements	ii
Dédicace	iii
Résumé	iv
Abstract	v
Liste des acronymes et abréviations utilisés	vi
Introduction	1
1 Problématique	3
1.1 La malnutrition :	3
1.1.1 Définition :	3
1.2 La malnutrition En Afrique :	3
1.3 Au Niger :	4
1.4 Les causes de la malnutrition :	4
1.5 Les conséquences :	5
1.6 Les stratégies de lutte contre la malnutrition au Niger :	6
1.7 L'éducation nutritionnelle :	8
1.8 L'éducation nutritionnelle au Niger	9
1.8.1 Toute la population:	10
1.8.2 Les femmes en âge de procréer :	10
1.8.3 Les scolaires :	10
2 Revue de la littérature :	12
2.1 Éducation pour la santé :	12
2.1.1 L'historique :	12
2.1.2 Le concept :	13
2.1.3 La promotion de la santé	13
2.1.4 La méthode	14
2.2 Les outils de l'éducation nutritionnelle :	14
2.2.1 Qualité des outils d'éducation pour la santé :	15
2.3 L'éducation pour la santé sur la nutrition :	16
2.3.1 L'éducation nutritionnelle des enfants	16
3 Méthodologie :	18
3.1 Analyse de la situation :	18
3.2 Le choix des priorités	19
3.3 Choix des stratégies	20

-	Modèle de changement de comportement : théorie de l'action raisonnée :	20
3.3.1	Les étapes du développement cognitif de l'enfant	21
4	Projet de programme scolaire de nutrition à l'école primaire :	23
1.1	Analyse de la situation :	23
4.1.1	Les problèmes de santé publiques au Niger :	23
4.1.2	Situation nutritionnelle au Niger :	24
4.1.3	Les déterminants de la malnutrition au Niger	25
-	La situation de la sécurité alimentaire :	25
4.1.4	Les structures et services pour l'éducation nutritionnelle:	29
4.1.5	Moyens	31
4.2	Les objectifs:	31
4.2.1	Objectif général	31
4.2.2	Objectifs spécifiques :	31
4.2.3	Objectifs opérationnels	32
4.3	Stratégies	32
4.3.1	Éducation nutritionnelle des enfants en classe	33
4.3.2	L'environnement scolaire	33
4.3.3	Approche communautaire avec la famille.	34
4.4	Organisation et coordination :	35
4.4.1	Au niveau national :	35
4.4.2	Au niveau régional :	35
4.4.3	Au niveau local :	35
4.4.4	Diagramme de Gantt	36
4.5	Les activités :	38
4.5.1	Formation des enseignants	38
4.5.2	Programme de classe :	39
4.5.3	L'environnement scolaire	43
4.5.4	La famille	44
4.6	Évaluation	45
4.6.1	Évaluation de processus :	45
4.6.2	Évaluation d'impact:	45
	Conclusion :	47
	Bibliographie	48

Table des illustrations

FIGURE 1: THEORIE DE L'ACTION	20
FIGURE 2: DIAGRAMME DE PREVALENCE DES MALADIES A DECLARATION OBLIGATOIRE	24
FIGURE 3: DIAGRAMME DES DECES DUS AUX MALADIES A DECLARATION OBLIGATOIRE.....	24
FIGURE 4 : DISPONIBILITES ENERGETIQUES ALIMENTAIRE (DEA), TENDANCE ET DISTRIBUTION PAR MACRONUTRIMENT.....	27
FIGURE 5: STRUCTURE DE L'EDUCATION NUTRITIONNELLE A L'ECOLE.....	33
FIGURE 6: CADRE CONCEPTUEL DES CAUSES DE LA MALNUTRITION	51

Liste des tableaux

TABLEAU 1: LE DEVELOPPEMENT COGNITIF DE L'ENFANT ET LA PERCEPTION DES MESSAGES NUTRITIONNELS.....	21
TABLEAU 2 : MALADIES A DECLARATION OBLIGATOIRE.....	23
TABLEAU 3: DISPONIBILITES D'ALIMENTS G/PER CAPITA SELON LES GROUPES D'ALIMENTS.....	26
TABLEAU 4: INFRASTRUCTURE ET RESSOURCES HUMAINES DE LA SANTE ET DE L'EDUCATION DE BASE	31
TABLEAU 5: CHRONOLOGIE DES ACTIVITES	36
TABLEAU 6 ANALYSE FFOM	37

Introduction

La malnutrition carencielle continue encore à sévir dans bien de parties du monde. Véritable fléau social et sanitaire elle réduit les capacités physiques et intellectuelles des personnes. Elle favorise et aggrave également les maladies en affaiblissant le système de défense immunitaire de l'organisme. Tout ceci contribue à entraver le bien être des populations et met à mal toute possibilité de développement. Si la production alimentaire souvent déficitaire dans les parties du monde concernées à très souvent été mis en cause on se rend compte aujourd'hui, avec l'échec des politiques agricoles productivistes, qu'il ne suffit pas d'améliorer la production alimentaire pour vaincre la malnutrition. Cela suffit encore moins à faire face à l'émergence des maladies chroniques liées à l'alimentation telles que l'obésité et ses corollaires : diabète, maladies cardiovasculaires etc. dans les pays en développement phénomène connu sous le nom de double poids de la malnutrition c'est-à-dire la coexistence de l'insuffisance pondérale avec le surpoids dans un même pays voir un même ménage.

Au Niger la malnutrition est quasi endémique avec des pics réguliers en période de soudure et aussi les années de crise alimentaire. En effet depuis les années 1980 les taux des malnutritions sont restés globalement élevé. (FEWS NET, Juin 2006) Pour lutter contre cette malnutrition l'État a élaboré et mis en œuvre plusieurs stratégies allant des politiques agricoles visant l'amélioration de la production alimentaire nationale aux stratégies de prévision et de gestion des crises alimentaires comme la stratégie opérationnel de sécurité alimentaire (SOSA), le programme national global de sécurité alimentaire (PNGSA), l'office des produits vivriers du Niger (OPVN). Ces stratégies, si elles ont peut être permis d'atténuer les effets des crises alimentaires, échouent à ramener les taux de malnutrition à un niveau acceptable. Cela amène régulièrement l'État à solliciter l'aide internationale pour faire face à certaines crises alimentaires de grandes envergures. On observe souvent à la sortie des crises une tendance à la baisse des taux de malnutrition mais qui se stabilise voire qui augmente peu de temps après. Ceci s'explique en partie par le fait que la malnutrition a des causes conjoncturelles comme les sécheresses, les insectes ravageurs, l'état du marché des céréales et du bétail mais aussi et surtout des causes structurelles qui relèvent du niveau d'éducation, du comportement et pratiques alimentaires, des pratiques d'hygiène et mesures de santé, de la place même de la maladie et de la malnutrition de l'enfant dans les sociétés africaines et Nigériennes en particulier. Ces pratiques souvent néfastes, notamment pour le jeune enfant physiologiquement vulnérable, sont ancrées profondément dans les cultures et les croyances populaires.

Plus qu'une simple distribution de vivre en période d'urgence ou même une amélioration de la production alimentaire, il est impératif aujourd'hui de mettre en place des programmes et politiques d'éducation nutritionnelle pour accompagner ces stratégies alimentaires et assurer leurs succès et leurs pérennités. L'éducation nutritionnelle des populations des pays en développement est d'autant plus nécessaire qu'elles sont exposées au même titre que les populations des pays développés à une alimentation trop riche en calorie et donc au risque d'obésité et de maladies chroniques liées à l'alimentation. Maladies qui sont d'ailleurs en très forte progression ces dernières années. Au Niger on estime déjà à 12,6% de la population adulte le taux de surpoids et à 36,7% celui d'adulte ayant une tension artérielle élevée (OMS, 2007). Entre modération pour certains et amélioration qualitative et

quantitative pour d'autres le message nutritionnelle devient compliqué pour la population voire incohérent.

Au Niger des institutions de l'éducation pour la santé ont été élaboré depuis quelques années. Ces institutions prennent en compte un certain nombre de sujet dont la nutrition (PNUD, 2003). Cependant la mise en œuvre pose toujours des soucis et les comportements restent problématiques face aux défis nutritionnels actuels.

Il serait intéressant d'introduire cette éducation dès le bas âge de l'enfant afin d'intervenir très tôt dans le processus d'acquisition des connaissances et d'élaboration du comportement alimentaire. A cet effet l'école est un lieu unique et permet également d'atteindre les enfants d'âge scolaire et leurs parents dans une approche de l'éducation nutritionnelle englobant tous les membres de la famille.

C'est donc dans cette optique que nous proposons un programme scolaire d'éducation nutritionnelle dans les écoles primaires prenant en compte les problématiques des malnutritions au Niger et adapté aux aptitudes cognitives des enfants dans une perspective de changement de comportement intégrant la famille et mettant en contribution les différentes institutions de la communauté. Ce travail sera présenté en 4 parties :

1^{re} partie : mise en contexte et justification du problème et de la stratégie préconisée (problématique).

2^e partie : recherche documentaire sur le concept de l'éducation à la santé sur la nutrition (revue de la littérature).

3^e partie : description des outils utilisés pour l'élaboration du programme (méthodologie).

4^e partie : présentation du projet de programme scolaire d'éducation nutritionnelle au Niger.

1 Problématique

1.1 La malnutrition :

La malnutrition est une des principales causes de la mortalité infantile dans les pays en développement. Elle prédispose les enfants aux pathologies surtout infectieuses qui à leurs tours aggravent l'état nutritionnel de ces derniers entraînant des prévalences très élevées de mortalité et de morbidité dans les pays concernés.

1.1.1 Définition :

La malnutrition est un état physiologique qui implique une insuffisance pondérale par sous alimentation, un surpoids par suralimentation ou un déséquilibre dans quelques micronutriments essentiel au bon fonctionnement de l'organisme. C'est donc une nutrition inadéquate causée par une suralimentation, une sous-alimentation ou un déséquilibre alimentaire (Maurice, 1995).

Le terme malnutrition est souvent utilisé pour désigner la sous-nutrition particulièrement des enfants, cependant il s'applique également à la surnutrition ou suralimentation. Selon L'UNICEF Les gens souffrent de malnutrition si leur régime ne comprend pas suffisamment de calories et de protéines pour que le corps se développe ou reste en bonne santé, s'ils ne sont pas capables de mettre à profit la nourriture qu'ils consomment à cause d'une maladie (dénutrition). Ils souffrent également de malnutrition s'ils consomment trop de calories (surnutrition) (UNICEF, 2006).

Généralement il est retenue, peut être abusivement, que la malnutrition est un état complexe où peuvent se mêler des carences multiples et imbriquées, en calories ; protéines et micronutriments qui correspond en fait uniquement à la sous-nutrition (UNICEF,1998). La sous-nutrition est la résultante d'une consommation d'aliments insuffisante (faim) et/ou de maladies infectieuses à répétition. La sous-nutrition, c'est tout à la fois avoir un poids insuffisant pour son âge, une taille trop courte pour son âge (retard de croissance), être dangereusement émacié (cachexie) ou présenter une carence en vitamines et en minéraux (carence en micronutriments) (UNICEF, 2006). La malnutrition due à la suralimentation est le plus souvent appelée surpoids et obésité qui sont en fait des manifestations. Elle est liée à des régimes alimentaires peu favorables à la santé car dominés par des choix et des pratiques alimentaires inappropriés, et en particulier par la consommation d'aliments fournissant un apport calorique excessif, ainsi que de graisses et d'hydrates de carbone (sucre) raffinés (UNICEF, 2006).

1.2 La malnutrition En Afrique :

En 2010 encore environ 925 millions de personnes souffrent de faim de part le monde dont 239 en Afrique subsaharienne. La malnutrition concerne donc 30% de la population d'Afrique subsaharienne. (FAO, 2010).

La région du sahel, composée du Niger, Mali, Burkina Faso, Mauritanie, Tchad, est une des régions les plus touchées par ce fléau et ce depuis plusieurs décennies. Selon la commission européenne (CE),

depuis plus de dix ans les taux de Malnutrition Aiguë Globale (MAG) au Sahel dépassent le niveau international d'alerte de 10% et dépassent même les 20% dans certaines régions. Cette malnutrition est responsable de 60% des décès d'enfants âgés de moins de 5 ans, d'où une mortalité infantile au Sahel parmi les plus élevées au monde (ECHO, 2009). Certains pays, dont le Niger, sont plus concernés que d'autres.

1.3 Au Niger :

Au Niger la malnutrition des enfants est quasi endémique. En 2010 encore, une année de crise alimentaire, le taux de malnutrition aigue globale culminait à 16,7 % (OMS, Juin 2010).

Aussi bien les taux de malnutrition chronique que ceux de la malnutrition aiguë globale sont restés élevés depuis très longtemps. En 1998 une étude de la FAO mentionnait que *l'état nutritionnel au Niger est grave avec plus de 32 % de retard de croissance sur lesquels la moitié ont une croissance gravement retardée et 15 % sont émaciés, avec des taux d'émaciation qui atteignent 20 % dans la région de Maradi* (FEWS-NET, Juin 2006). Cette tendance semble avoir été présente depuis plus de 20 ans et le Center for Disease Control and Prevention (CDC) révèle en 1984/1985 un taux de malnutrition aiguë globale estimé à 11,5 % avec des taux plus élevés dans la région de Maradi (14 %) (CDC, 1985). Cependant ces chiffres ne sont pas absolument comparables avec ceux dont on possède aujourd'hui car l'enquête a utilisé le pourcentage de la médiane plutôt que le z score pour la mesure de la malnutrition.

Il existe plusieurs instruments de mesure de la malnutrition qu'elle soit de sous alimentation ou de suralimentation. L'un de ces indices, validé par l'OMS et largement utilisé pour la mesure de la malnutrition caractérisée par un poids insuffisant pour l'âge, est l'indice poids taille. L'OMS pose les seuils de -3 écart type (-3 ET) de l'indice poids taille pour le diagnostic de la malnutrition aiguë sévère (OMS, 2009).

Cet instrument permet un diagnostic de l'état de malnutrition de façon quasi précise cependant il cache une complexité de causes qui peuvent être à l'origine de cette situation.

1.4 Les causes de la malnutrition :

Les causes de la malnutrition sont multiples. L'UNICEF les classe à plusieurs niveaux. Tout d'abord les causes immédiates ou directes : la malnutrition est directement liée à un apport alimentaire insuffisant et/ou un mauvais état de santé. Cependant les causes sous-jacentes peuvent être aussi variées que l'insécurité alimentaire, l'insuffisance des soins et l'inadéquation des soins et services de santé aux jeunes enfants et leurs mères (voir Figure 6: cadre conceptuel des causes de la malnutrition). (UNICEF, 1998).

La sécurité alimentaire, un des trois grands déterminants de l'état nutritionnel, dépend de la disponibilité, de l'accessibilité physique et financière des aliments, la sécurité sanitaire de ces aliments et la stabilité sur le long terme de ces paramètres. La détérioration d'un ou plusieurs de ces paramètres peut exposer une population à l'insécurité alimentaire et donc à la malnutrition. Au Sahel par exemple

les crises d'insécurité alimentaire conduisent presque toujours à des crises nutritionnelles. Ainsi observe t on des hausses des taux de malnutrition les années de crise alimentaire mais aussi les saisons de crises alimentaire (période de soudure).

L'inadéquation des soins et service de santé sont le deuxième groupe de causes de malnutrition. Il est évident qu'il ne suffit pas de disposer d'une bonne alimentation pour être en bon état nutritionnel, encore faut il que l'organisme soit capable de s'en servir c'est-à-dire être également en bonne santé. Les enfants qui n'ont pas accès aux soins de santé tombent facilement dans la malnutrition tout comme ceux qui sont malnutris tombent facilement malades.

Un troisième déterminant, moins évident mais plus important du moins tout autant que la santé et l'alimentation, c'est les soins prodigués aux enfants notamment par ceux qui s'occupent principalement de ces derniers. On parle de « soins » qui est la traduction du terme anglais « care » qui veut dire soins, attention, etc. ce facteur est sous l'influence direct de l'état des connaissances des mères ou plus spécifiquement du niveau d'éducation des mères. L'amélioration de ce facteur en particulier permet de réduire le taux de malnutrition de plus de 50% dans les pays en développement.

On le voit bien les causes de la malnutrition sont multiples et variées tout comme d'ailleurs les conséquences associées.

1.5 Les conséquences :

Il est difficilement envisageable de faire le point des conséquences liées à la malnutrition sur la vie et la santé de la population tant les répercussions sont nombreuses et variées. L'UNICEF écrivait il y a quelques années que la malnutrition joue un rôle dans la moitié au moins des décès d'enfants dans le monde, ce qui est plus que n'importe quelle maladie infectieuse. Elle laisse, chez des millions de survivants, des séquelles durables sous forme d'infirmité, de vulnérabilité chronique aux maladies, de handicap intellectuel. Menace pour les femmes, les familles et les sociétés toutes entières (UNICEF, 1998).

La malnutrition est donc une des principales causes de la mortalité et aussi de la morbidité chez un très grand nombre d'enfants. La malnutrition peut être directement cause de mort ou favoriser l'apparition et ou le développement d'une maladie qui à son tour va aggraver cette malnutrition si rien n'est fait, installant ainsi l'individu dans un cycle infernale de maladie et de malnutrition s'aggravant l'une l'autre. Cette spirale infernale concerne malheureusement plusieurs milliers voire millions d'enfants chaque année dans le monde.

Dans le monde en développement sur environ 12 millions de décès qui surviennent chaque année parmi les enfants de moins de cinq ans, principalement de causes évitables, 55% peuvent être attribués directement ou indirectement à la malnutrition. L'anémie intervient dans 20 à 23% de tous les décès post-partum en Afrique et en Asie. (UNICEF, 1998)

C'est donc plus de la moitié des décès des enfants de moins de cinq qui est attribuable à la malnutrition. Au sahel ces chiffres sont souvent dépassés.

En effet le sahel présente certains des taux de malnutrition aiguë chez les enfants les plus élevés au monde. Les dernières enquêtes menées dans ces cinq pays montrent que 1,5 millions d'enfants de moins de cinq ans souffrent de malnutrition aiguë (UNICEF, 2007).

Cette situation persiste malgré les importants moyens financiers et matériels et plusieurs programmes déployés dans la lutte contre la malnutrition. En 2005 par exemple la réponse internationale d'urgence aux zones les plus vulnérables dans le sud du Niger– avec près de 100 millions de dollars d'aide alimentaire - n'a pas réussi à ramener les taux de malnutrition en deçà des niveaux d'urgence (FEWS-NET, Juin 2006) remettant en cause les stratégies de prise en charge jusque là privilégiées.

1.6 Les stratégies de lutte contre la malnutrition au Niger :

La stratégie du Niger face à la malnutrition a été d'abord alimentaire. Avec des programmes de sécurité et d'autosuffisance alimentaire. Cette stratégie a une dimension historique.

La famine de 1973-74 a été le premier révélateur de la précarité de la situation alimentaire du pays. La décennie 1974-1984 a été, par conséquent, consacrée à la réalisation de grands projets de développement rural avec un accent particulier sur l'augmentation des productions et la réalisation de l'autosuffisance alimentaire (RdN, 2006). Parallèlement, l'État intervient sur les disponibilités et l'accessibilité alimentaires. Une politique de prix bas est pratiquée pour les approvisionnements urbains tandis que des programmes alimentaires ciblés sont mis en œuvre au profit des groupes vulnérables dans les zones en insécurité alimentaire. Il est procédé à chaque fois que le niveau de pénurie alimentaire atteignait un niveau critique à des distributions gratuites de vivres aux populations. A cet effet des institutions et programmes d'alerte précoce, de prévention et gestion de crise ont été mis en place dans le pays.

Au Niger la malnutrition était alors considérée comme une conséquence des crises de pénurie alimentaire dont le pays souffrait. Ceci a conduit l'État et ses partenaires à privilégier la voix alimentaire de gestion de crise créant divers programmes et projets dans ce cadre.

Tout d'abord le lien entre famine et sécheresse étant évident des comités régionaux ont été créés pour gérer ce phénomène. Le Comité Permanent Inter États de lutte contre la Sécheresse dans le Sahel (CILSS) a été créé en 1973 à la suite des grandes sécheresses qui ont frappé le Sahel dans les années 70 pour prévenir et atténuer les effets de la sécheresse (CILSS, 2011). Dans le même ordre d'idée il fut créé le club du sahel qui a pour mission de favoriser et faciliter les échanges entre les systèmes nationaux qui interviennent dans le domaine de la recherche (agriculture et population/développement) pour impulser une dynamique de coopération et proposer des actions catalytiques soutenant une agriculture productive et une meilleure gestion des ressources naturelles en vue de créer les conditions d'une production agricole durable et compétitive (INSAH, 2011).

Par la suite des stratégies englobant plusieurs facteurs ont été mises en place dans le cadre de la sécurité alimentaire. En 2000 le gouvernement nigérien a élaboré une Stratégie Opérationnelle de Sécurité Alimentaire (SOSA) à 2 dimensions : une dimension amélioration durable de la sécurité alimentaire et une dimension prévention et atténuation des crises alimentaires. Le programme national

global de sécurité alimentaire (PNGSA) vise quant à lui à assurer la sécurité alimentaire des populations. C'est un outil de coordination des programmes de sécurité alimentaire au Niger.

Ces programmes n'ont pas vraiment permis d'atteindre les résultats escomptés, c'est-à-dire résoudre le problème de la malnutrition en assurant la sécurité alimentaire. La disponibilité alimentaire comme jadis prônées par ces institutions n'est donc pas la solution primordiale contre la malnutrition. Au contraire en se basant uniquement sur la disponibilité alimentaire on risque de mal diagnostiquer une crise nutritionnelle, comme ce fut le cas au Niger en 2005, et de ne pas apporter les solutions adaptées. Aussi la sécurité alimentaire qui reste encore problématique n'est qu'une facette de la malnutrition. L'alimentation, on le sait, si elle est très importantes n'est nullement suffisante pour garantir un bon état nutritionnelle aux populations. Il n'est donc guerre étonnant de voir que les taux de malnutrition se sont aggravés au fil des années obligeant une autre lecture des données.

C'est sans doute ce constat qui a été à la base d'une certaine amélioration de la politique nationale en matière d'alimentation et de nutrition, prenant en compte la pluridisciplinarité de la nutrition, où il est stipulé que La question de l'alimentation et de la lutte contre la malnutrition est aujourd'hui « à cheval » entre plusieurs structures étatiques : notamment les ministère de la santé, de l'agriculture et l'environnement etc. (RdN, 2006).

En 2005 le gouvernement du Niger à travers le ministère de la santé publique a élaboré un protocole national de prise en charge de la malnutrition. Ce protocole standardise les critères d'admission et de sortie, les schémas et protocoles de prise en charge diététique et médicale ainsi que les outils de collecte de données. Il prévoit la prise en charge de la malnutrition infantile à plusieurs niveau : de façon préventive, curative mais aussi en assurant le suivi et l'éducation nutritionnelle des mères. (RdN, 2006)

Les actions de l'état sont souvent renforcées par l'aide de la communauté internationale à travers des organisations non gouvernementales (ONG) et les institutions onusiennes. Plusieurs dizaines d'ONG interviennent au Niger, pour certaines depuis plus d'une décennie, dans la lutte contre la malnutrition et la sécurité alimentaire. Leurs interventions se focalisent assez souvent sur la prise en charge médicale de la malnutrition et ou la distribution de vivres. Cette stratégie si elle s'impose pour parer aux plus urgents, il est désormais évident qu'elle ne peut constituer une réponse complète et efficace à elle seule notamment sur le long terme. Elle se doit de comporter un programme de sensibilisation et d'éducation des populations tenant comptes de leurs besoins, leurs priorités et aussi du contexte pour l'adoption d'un comportement favorable à la santé. C'est d'ailleurs ce qui a amené IRIN (: Integrated Regional Information Networks) à commanditer une étude sur les raisons de la récurrence de la malnutrition au Niger malgré plusieurs années de dons et de programmes gouvernementaux. A ce titre la réponse de Mr. Amadou Harouna Directeur de la santé publique à Zinder (Niger) est édifiante :

« On a beau soigner les gens, ils vont toujours retomber malades : il faut les éduquer. Mais il n'y a pas assez d'actions au niveau communautaire, on manque de sensibilisation et d'éducation sur les questions de nutrition. Quand il y a des distributions alimentaires, les gens viennent, on leur distribue à la hâte parce qu'ils sont pressés, mais on ne va pas voir comment ça se passe dans leurs foyers. Il y a aussi le fait que [les acteurs de la lutte contre la malnutrition] se focalisent trop sur l'enfant, en oubliant qu'il y a une famille autour ». (IRIN, 2010). Ceci traduit sans doute un fort besoin d'éducation

nutritionnel voire un impératif car c'est le seul moyen de permettre à une population de se prendre elle-même en charge sur le plan nutritionnel.

1.7 L'éducation nutritionnelle :

L'éducation pour la santé est un ensemble d'interventions qui vise à informer, motiver et aider la population à adopter volontairement des comportements favorables à la santé.

C'est un processus long de transmission de savoir, savoir être, savoir faire et pouvoir faire qui vise à donner à une personne ou à un groupe de personnes les moyens d'exercer des choix responsables sur sa nutrition. Le comportement nutritionnel et son aptitude à entretenir la santé étant le résultat final d'un ensemble complexe de facteurs physiques et culturels de l'environnement humain. L'éducation nutritionnelle se doit d'agir sur tous ces déterminants pour aider les individus à améliorer leur nutrition. Pour améliorer l'hygiène nutritionnelle, il faut analyser soigneusement les caractéristiques de l'environnement qui contribuent à la malnutrition (FAO 1967). Une communication sur le comportement alimentaire uniquement peut s'avérer inefficace particulièrement si on néglige certains facteurs clés qui peuvent être en vérité la raison principale de la malnutrition. En Afrique subsaharienne toute éducation nutritionnelle se doit d'inclure des pathologies comme les maladies infectieuses, la diarrhée, le paludisme, etc. Un autre aspect d'importance capitale est l'hygiène dans la famille et l'accès à une eau potable. Selon l'OMS il convient de faire un diagnostic écologique de la malnutrition car dans beaucoup de pays notamment en développement la malnutrition n'a jamais une étiologie exclusivement diététique (OMS 1968). Elle est au contraire la combinaison de plusieurs facteurs sur lesquels il est possible sinon indispensable d'agir par une bonne éducation pour une prise en charge durable.

On peut dire que l'éducation nutritionnelle est la co-construction d'un comportement sain entre le professionnel et l'individu ou la population sur tous les aspects qui participent du comportement nutritionnel.

En Afrique, si l'alimentation a toujours été indexée, la santé de la mère et de l'enfant ne doit aucunement être occultée. Il n'est pas rare de rencontrer des cas de malnutrition qui résultent assez souvent d'un mauvais état de santé et surtout de mauvaises pratiques d'hygiène. Il y va de même pour certaines pratiques culturelles alimentaires. Il est donc nécessaire de mettre l'accent sur des aspects différents de l'éducation nutritionnelle afin de l'adapter au contexte et à la population pour atteindre l'objectif visé.

Certains facteurs demeurent fondamentaux à l'éducation nutritionnelle contre la malnutrition protéino-énergétique:

- facteurs alimentaires
- facteurs infectieux
- facteurs psychosociaux

Ces facteurs fondamentaux doivent être toujours complétés par des aspects qui peuvent varier selon la population ciblée ou l'objectif recherché.

L'éducation à la santé sur la nutrition semble donc être l'un des seuls moyens de prévention et de gestion à long terme d'un équilibre fragile entre les différents facteurs qui conditionnent un bon état nutritionnel.

Selon la politique du Niger en matière d'alimentation et de *nutrition un investissement dans l'enseignement sur la nutrition chez les jeunes et à l'école constitue le plus grand espoir pour assurer l'avenir (RdN, 2006)*. Cette problématique est reprise dans le protocole national de prise en charge de la malnutrition qui pose comme objectif de permettre aux parents de donner les soins adéquats à leurs enfants, de leur fournir une alimentation variée et de prévenir les maladies (RdN, 2005).

Si le protocole de prise en charge de la malnutrition et la politique nationale d'alimentation et de nutrition posent les fondements de l'éducation nutritionnelle au Niger dans les faits elle demeure encore aléatoire sinon inexistante probablement en raison du manque de programme décrivant le cadre et le contenu de l'éducation nutritionnelle.

Le programme d'éducation nutritionnelle au Niger reste encore à organiser tout au moins à améliorer pour parvenir à pérenniser les actions menées dans le cadre de la prise en charge de la malnutrition dans diverses institutions et même à les prévenir. Il existe au Niger une multitude de cadre institutionnel et organisationnel à mettre à profit pour la vulgarisation de messages nutritionnels.

1.8 L'éducation nutritionnelle au Niger

Le protocole national de prise en charge de la malnutrition du Niger pose quelques activités principales autour desquelles doit se faire l'éducation nutritionnelle au Niger. Ces activités sont dans leurs grandes lignes :

- L'alimentation de l'enfant : de l'allaitement au sevrage en passant par les temps de maladies et autres étapes vulnérables de l'enfant.
- La supplémentation des femmes en fer, vitamine A et acide folique.
- La promotion des aliments locaux riches, la consommation de sel iodé et les pratiques d'hygiène (RdN, 2005).

Il y'a là une base évidente d'une éducation nutritionnelle dans le cadre de la prise en charge de la malnutrition au Niger. Cet instrument, le protocole national de prise en charge de la malnutrition, doit cependant permettre la mise en place d'un programme global et adapté au contexte et objectifs poursuivis. Il doit notamment être élargi à toute la population et se faire dans le cadre de la prévention primaire, secondaire et tertiaire. Ce sous chapitre du protocole doit donc être intégré à la politique nationale en matière d'alimentation où il est fait cas de l'éducation nutritionnelle à l'école. C'est donc un programme d'éducation nutritionnelle qui aura plusieurs facettes et s'adressera à toute la population et abordera tous les sujets susceptibles d'avoir un effet sur l'état nutritionnel de la population en général.

Ce programme comportera un certain nombre d'activité que l'on peut résumer à trois (3) :

- Promotion d'une alimentation équilibrée

- Promotion de bonnes pratiques de santé notamment en matière d'hygiène
- Lutte contre les pratiques socioculturelles néfastes à la nutrition et à la santé.

Les communications sur ces thèmes doivent être adaptées ou complétées selon le cadre ou l'objectif visé elles doivent aussi se faire à l'endroit des différentes couches de la population à travers divers moyens de communication.

1.8.1 Toute la population:

La nutrition concerne tout d'abord la population elle doit dans son ensemble connaître et adhérer à un comportement alimentaire sain. Il est donc primordial d'atteindre cette population à travers divers moyens de marketing social comme les représentations théâtrales dans les places publiques, les campagnes d'affichage etc. (Ce type de communication englobe toute la population mais doit mettre l'accent sur le public défavorisé difficilement accessible à travers une structure formelle).

Au Niger des campagnes de sensibilisation sur des thèmes de nutrition sont souvent réalisées à l'endroit de la population par le biais des médias, des campagnes d'affichage notamment sur l'allaitement maternel exclusif. Cependant ces campagnes ciblent mal leurs publics et excluent une grande partie. Une grande partie de la population du Niger vivant en campagne elle se trouve hors d'atteinte des affiches qui sont faites en ville le plus souvent, mais aussi écrites en langue française ce qui exclut également une grande partie de la population ne sachant pas lire. Ces campagnes sont souvent faites de façon sporadique avec peu de chance de pouvoir créer une prise de conscience réelle. Cependant il existe des actions d'éducation pour la santé mise en place dans les centres de santé notamment pour les femmes en âge de procréer.

1.8.2 Les femmes en âge de procréer :

Elles peuvent être atteintes dans les centres de santé, particulièrement dans les centres de récupérations nutritionnelles, les maternités et les groupements sociaux des femmes en général. Les maternités présentent cependant une occasion sans précédent d'atteindre un grand nombre de femme dans tout le pays. En effet l'accouchement assisté par un personnel qualifié, les consultations prénatales et des nourrissons évoluent rapidement. En 2010 le nombre de consultation prénatale a atteint 1 693 371 soit un taux de couverture de 84,97%, celui des consultations de nourrisson 493 991 soit un taux de couverture de 69,61% (INS, 2010). Bien que ce taux de consultation soit particulièrement élevé il cache dans les faits une fréquentation irrégulière et surtout des motifs de consultation (céphalées, vomissement, douleurs pelviennes etc.) qui laisse peu de temps ou même de motivation à une véritable éducation nutritionnelle. Pourtant la période de grossesse et d'allaitement est un moment très important pour la nutrition de la mère et de l'enfant. Il est donc crucial de coupler les consultations prénatales et néonataux avec l'éducation nutritionnelle des mères.

1.8.3 Les scolaires :

L'école est un véritable cadre idéal pour transmettre une attitude nutritionnelle saine à une grande partie de la population. L'effet est certes à moyen et long terme mais les avantages sont tout aussi

fondamentaux. L'école représente non seulement une opportunité pour lutter contre la malnutrition mais aussi prévenir le phénomène de la surnutrition et donc de surpoids qui fait son apparition dans certaines couches socioprofessionnelles d'Afrique subsaharienne. Le surpoids et l'obésité très souvent en Afrique côtoient la malnutrition de fois dans le même ménage (Delisle, Ntandou , Benjamin , & Gervais, 2005). L'école est le lieu d'une éducation nutritionnelle non pas pour manger plus ou pour manger moins mais plutôt manger bien c'est à dire équilibré et garder une activité physique régulière. L'éducation nutritionnelle à l'école peut permettre non seulement de lutter contre les malnutritions carencielles mais aussi de prendre conscience des facteurs de risque des maladies non transmissibles liées à l'alimentation et d'apprendre à les éviter. D'après la FAO une telle stratégie permettrait d'amoinrir considérablement les coûts de prise en charge des maladies non transmissible liées à l'alimentation dans les années à venir (FAO, 2007).

L'éducation nutritionnelle en milieu scolaire peut se faire par des professionnels de la santé. Mieux elle peut être aussi faite par les maîtres d'écoles et donc être intégrée à un cours préexistant et de nature semblable comme par exemple la science de la vie et de la terre, la géographie ou l'économie familiale ou encore les activités pratiques et pédagogiques (APP).

L'école est aussi le lieu d'atteindre les parents et de mettre également à contribution toute la communauté pour la mise en œuvre de l'éducation nutritionnelle.

2 Revue de la littérature :

2.1 Éducation pour la santé :

2.1.1 L'historique :

L'éducation pour la santé de qui relève l'éducation nutritionnelle est un des huit axes prioritaire à mettre en place en matière de santé primaire selon la déclaration d'Alma Ata (OMS, 1978). L'évolution de cette discipline ne fut pas toujours évidente. En France elle fut lancée au XIXe siècle par des médecins et des responsables sanitaires qui faisaient des réflexions sur le lien « *d'une causalité sociale à la santé et à la maladie* » (Laurence & François , 1996). Ces réflexions donneraient lieu à de nombreuses campagnes d'amélioration des conditions de vie et d'hygiène dans le but d'améliorer la santé de la population. Malgré quelques difficultés rencontrées ce mouvement aboutira à la naissance du courant des hygiénistes. Ce courant vit le surtout en raison du contexte international de l'époque. En effet en plein 1^{re} guerre mondiale l'état avait plus que jamais besoin de jeunes gens aptes à servir dans les rangs de l'armée et cette préoccupation se retrouvait dans les discours politiques de l'époque. Le ministre du Travail et de la Prévoyance sociale, écrivait alors au président de la république en tant que président du Conseil supérieur des habitations à bon marché dans l'un de ses rapports :

« Les lois hygiéniques sont donc utiles non seulement à la protection de l'individu mais aussi au développement de la race... ce n'est que par des lois hygiéniques bien étudiées et strictement appliquées qu'on peut espérer obtenir une augmentation suffisante de la population, et sans cette augmentation notre pays diminuera peu à peu d'importance » (Vignaux, 2002).

Ce courant, les hygiénistes, une fois fondé, consacra la lutte contre les taudis en raison de leur insalubrité, il mettra également l'accent sur la responsabilité individuelle dans la lutte contre la tuberculose par exemple. Il dut faire face cependant à certaines difficultés qui obligèrent ses héritiers à chercher à l'institutionnaliser autrement. Notamment en créant en 1924 l'office national d'hygiène sociale et la commission générale de propagande qui fut à l'origine des campagnes de lutte contre les maladies infectieuses. En même temps que ces institutions, se mettaient en place les organismes chargés de l'éducation du public : la société scientifique d'hygiène alimentaire rationnelle (1904), la ligue française contre les maladies vénériennes, la société française de prophylaxie, la ligue française d'hygiène mentale, etc. La mise en place du premier système français de prévention interviendra en 1945 marquant de façon fondamentale l'institutionnalisation de l'éducation pour la santé en France avec la généralisation sur l'ensemble du territoire des centres d'éducation sanitaire (Laurence & François , 1996). Cette institutionnalisation marque un tournant décisif dans la prise en compte de l'éducation pour la santé comme stratégie de santé publique. Cette évolution a été possible en partie grâce aux actions sur le terrain mais aussi à l'évolution du concept même d'éducation pour la santé.

2.1.2 *Le concept :*

La conception de L'éducation pour la santé a pris un tournant décisif en 1942 avec les pratiques qui prévalaient jusqu'alors. Ce nouveau concept prend en compte le quotidien des individus et adopte plutôt une démarche participative dans l'optique d'obtenir un changement de comportement. Cette démarche sera utilisée dans de grandes campagnes de prévention en santé publique et communautaire dans les années 1970 où l'accent est mis sur la prévention des comportements à risque plutôt que les techniques de soins jugés trop coûteuses. (CODES Deux-sèvres, 2008). L'éducation pour la santé et la promotion de la santé deviennent étroitement liées. Le concept de promotion de la santé se développa surtout au cours des années 80 et 90.

2.1.3 *La promotion de la santé*

Elle repose, par définition, sur la participation active d'un public informé au processus de changement. C'est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. Elle renforce davantage l'implication des collectivités dans la gestion de la santé, redynamise les individus par rapport à leur environnement individuel tout en créant un environnement favorable au plein épanouissement de la personne humaine. Tout ceci dans un contexte de politique publique saine, pierre angulaire de la promotion de la santé. La promotion de la santé implique d'agir à différent niveau :

- Elaborer une **politique publique** saine (législation, réglementation, politique sociale et fiscale...).
- Créer des **milieux favorables** (environnement physique, loisirs, travail, énergie, urbanisme, logement...).
- Renforcer l'action **communautaire** (participation de la population à la définition des priorités, à la prise de décision et à l'action, ce qui implique l'accès à l'information et aux services).
- Développer les **aptitudes** personnelles (nous rejoignons ici l'éducation générale - familiale, scolaire -, l'éducation pour la santé, l'éducation permanente).
- Réorienter les **services** de santé (au-delà de la prestation des soins) (OMS, 1986).

En terme d'action sur le terrain à un niveau de responsabilité limité on peut traduire ces objectifs par :

- Interpeller le politique (le pouvoir communal, par exemple).
- Intervenir sur le milieu, l'environnement concret, quotidien.
- Favoriser l'action collective.
- Aider au développement des aptitudes (et non se braquer sur la modification des comportements dans le «bon» sens).
- Interpeller les institutions. (Bruxelles santé, 2005)

2.1.4 La méthode

A ces débuts l'éducation pour la santé a été d'apporter des connaissances dans le domaine médical à une population considérée comme ignorant les conditions nécessaires au maintien d'une bonne santé. Ces connaissances étaient délivrées sous forme de conseils et messages culpabilisants, mettant l'accent sur la responsabilité individuelle. (educ'sante'info, 2008). Des séances d'éducation populaire étaient organisées par des équipes de propagande populaire qui s'avèrent très efficaces pour les enseignements populaires. Elles faisaient beaucoup usage d'images auprès d'une population en grande partie illettrée. Portés par les hygiénistes cette propagande continuera jusqu'aux années 1950 période qui vit l'émergence d'une nouvelle forme d'éducation pour la santé. Ici les messages deviennent positifs et mettent plus en avant les avantages d'être en bonne santé que les inconvénients liés à la maladie. Cette école est symbolisée par P. Delore qui écrivait dans l'éditorial du premier numéro de la revue « la santé de l'homme » d'avril 1942 les nouveaux principes qui devraient guider l'éducation sanitaire : « *Parler de la santé beaucoup plus que de la maladie ; montrer comment la santé se conserve, beaucoup plus que comment la maladie se guérit ; exposer les lois de la vie saine ; s'occuper d'abord de l'état normal ; parler du terrain humain plus que du microbe et substituer à la peur de celui-ci la confiance raisonnée dans la résistance d'un organisme bien équilibré ; bref développer une mentalité de santé* ». (Delore, 1942).

2.2 Les outils de l'éducation nutritionnelle :

Comme toute action d'éducation et de communication l'éducation nutritionnelle utilise des outils particuliers et adaptés au public et bien sûr au support utilisé et au contexte.

Un outil est un instrument et comme tout instrument, il sert à effectuer un travail, à produire ou à créer quelque chose de neuf. L'outil est donc l'opérateur entre l'individu et le monde. Il relie la part singulière de la personne (ses intentions, ses représentations, ses expériences,...) avec le monde. Nous distinguons l'outil d'information et l'outil pédagogique, l'un comme l'autre permet d'effectuer un travail vis-à-vis d'un public bénéficiaire. Mais lorsqu'il s'agit d'un outil pour les relais de santé, destiné à leur permettre un travail qui potentialise leurs savoir-faire, on parle d'outil méthodologique (Spiece, 2006). Les outils d'éducation sanitaire ont d'abord été informationnels avec pour seul objectif de transmettre une information jugée juste au public. Les premières publications concernant l'éducation alimentaire produites aux États Unis s'efforçaient de traduire les connaissances scientifiques en termes de recommandations pour la population. (Welsh, 1994).

C'est dans ce cadre que dans les années 1940, l'USDA (United State Department of Agriculture) identifie sept familles alimentaires et propose une représentation graphique circulaire afin d'illustrer les recommandations nutritionnelles. Le message est simplifié dans les années cinquante, quand l'USDA propose le "Basic Four" qui correspond à quatre groupes alimentaire (Absolonne J, 1999). Aujourd'hui encore pour beaucoup de professionnels l'éducation nutritionnelle est synonyme d'information donnée de façon ponctuelle sur des comportements alimentaires et leurs conséquences. Cette façon de faire, donner des informations, est assez limitée dans sa capacité à amener les populations à influencer

positivement les comportements alimentaires. *Le fait de disposer d'informations rationnelles est un élément absolument indispensable... mais notoirement insuffisant* (Jourdan, 2006). L'outil d'éducation à la santé doit sans doute informer mais aussi convaincre et stimuler une dynamique personnelle ou collective vers l'objectif de cette information c'est-à-dire l'adoption d'un comportement sain pour la santé. Les outils d'éducation pour la santé ont beaucoup évolués. Aux USA, la première édition des directives nutritionnelles de 1980 marque le début du développement d'un nouveau manuel alimentaire qui a pour objectif non seulement d'informer le consommateur mais aussi de l'aider à mettre en pratique toutes ces recommandations. Aux 4 groupes alimentaires on ajoute, à partir de 1988, des graphismes d'abord circulaires, puis en 1991, un graphisme pyramidal. En 1992, l'USDA a réalisé le "Food Guide Pyramid" où la pyramide alimentaire est intronisée. Depuis lors, plusieurs présentations pyramidales ont vu le jour (Absolonne J, 1999).

Aujourd'hui divers supports sont utilisés pour créer des outils d'éducation pour la santé permettant ainsi la création d'instruments variés. On peut ainsi retrouver des films (sketch, chanson, messages télévisés, etc) des représentations théâtrales, des messages radiodiffusés ou encore des outils plus élaborés utilisés dans les séances d'éducation pour la santé avec un public réduit et ou sur des thèmes particuliers. Les outils de l'éducation pour la santé se perfectionnent mais aussi se spécialisent. Divers instituts diffusent des outils qui s'adressent particulièrement à un concept (nutrition, addiction, risque, etc.), ou pour un public (formateur, patient, population précaire, etc.).

La conception et la création de ces outils d'éducation pour la santé sont maintenant quasiment à la portée de tous. On peut créer ou se procurer des outils d'éducation pour la santé dans tous les lieux. Ces outils sont souvent primordiaux dans la transmission du message et la capacité de ce message à amener le public cible à adopter le comportement voulu. Il doit dès lors respecter certaines règles et donc répondre à des critères de qualité.

2.2.1 Qualité des outils d'éducation pour la santé :

La spécificité de l'outil de promotion de la santé, par rapport à un autre outil, est sa capacité à stimuler l'une des 5 stratégies recommandées par la Charte d'Ottawa. Un outil pédagogique de qualité se doit de présenter des repères méthodologiques à son futur utilisateur. Dans le cadre de la qualité des outils d'éducation à la santé l'institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES) a rédigé un référentiel de critères de qualité pour la conception d'un outil d'éducation à la santé. Au total 65 critères ont été retenus et structurés en 5 catégories :

- *Qualité du contenu ;*
- *Qualité pédagogique ;*
- *Qualité du support ;*
- *Qualité de la conception ;*

- Synthèse. (Fabienne, Julie, Dr Isabelle, & Christine, 2005)

Ces critères ont servi à la fabrication d'une grille d'analyse et d'évaluation d'outil d'éducation à la santé. Cette grille peut être auto administré ou administré par un tiers. Elle peut aussi servir de cadre de référence pour la conception et la création de nouveaux outils.

2.3 L'éducation pour la santé sur la nutrition :

W. O. Atwater essaya par des procédures scientifiques de formuler des recommandations alimentaires pour améliorer la santé et le bien être de la population posant ainsi des bases à l'éducation nutritionnelle aux USA. Dans un bulletin d'agriculteurs publié en 1902, Atwater insista sur l'importance de la variété, la proportionnalité et la modération dans une alimentation saine. Pour lui « *pour la grande majorité de la population en bonne santé, les aliments ordinaires constituent une alimentation adéquate... et la principale question est de savoir comment les utiliser dans la qualité et la proportion qui correspond aux besoins du corps* (Welsh, 1994).

L'éducation nutritionnelle consistait alors à donner des informations à une population qui avait par ailleurs le nécessaire pour les mettre en pratique. Cela supposait que le comportement alimentaire se construisait au gré des informations dont on dispose. La mise à disposition de bonnes informations à la population permettrait donc à celle-ci d'adopter un comportement alimentaire sain. Il est aujourd'hui connu qu'il ne suffit pas de donner des informations à une population pour l'amener à adopter le comportement voulu. Le changement de comportement alimentaire est un processus long et complexe qui nécessite plus qu'une simple transmission d'information même si cela reste nécessaire. L'information constitue en effet la base mais reste insuffisante à elle seule. Dans le domaine de l'alimentation les déterminants du changement restent multiples et doivent être tous pris en compte si on veut influencer ce dernier.

Il est en donc impératif de rentrer dans une logique d'accompagnement de la population en fonction de ses réalités socioculturelles et économiques vers une alimentation plus adaptée aux besoins physiologiques de chaque membre de la famille.

2.3.1 L'éducation nutritionnelle des enfants

La plupart des habitudes alimentaires sont prises dès l'enfance et durent toute la vie. Il est donc important que les enfants apprennent tôt les bienfaits d'une bonne nutrition et qu'ils acquièrent de bonnes habitudes alimentaires. L'enfance est de ce fait l'un des moments les plus propices pour construire et maintenir un comportement alimentaire qui participe du maintien de la santé. L'école est de ce fait un lieu privilégié où des personnes bien formées peuvent offrir cette éducation nutritionnelle aux jeunes enfants. L'école a un grand rôle à jouer dans cette construction sans oublier, comme le dit Jourdan, que l'éducation nutritionnelle est d'abord familiale (Jourdan, 2006). L'éducation nutritionnelle des enfants se doit aussi de tenir compte de leurs familles voire les associer dans le meilleur des cas. En outre toute intervention se doit également de respecter les missions et valeurs de celle-ci. L'éducation nutritionnelle à l'école est appelée donc à adapter ses méthodes et son discours pour se conformer aux visions et valeurs assignées à l'école. L'élaboration d'un message clair et univoque destiné à tous les élèves reste difficile dans le domaine de l'éducation nutritionnelle du fait de l'extrême

complexité du champ au sein duquel s'inscrit le comportement alimentaire (Jourdan, 2006). Ce message est d'autant plus difficile à élaborer qu'il s'adresse à des enfants. L'enjeu est donc de tenter d'identifier comment une éducation nutritionnelle peut prendre place au sein de l'éducation délivrée à l'école. Elle est souvent délivrée par des professionnelles de santé, mais peut également l'être par les enseignants eux même. Dans tous les cas elle doit se donner les instruments adaptés pour être efficace.

3 Méthodologie :

Ce chapitre présente les méthodes et outils que nous avons utilisés pour définir et organiser les thèmes à développer dans l'éducation sur la nutrition dans les écoles primaires du Niger ainsi que l'approche fondamentale de cette éducation.

Il faut tout d'abord préciser que ce travail est une tentative de conception de programme scolaire d'éducation nutritionnelle dans les écoles primaire des pays du sahel prenant comme cas d'étude le Niger. C'est donc un programme d'éducation nutritionnelle dans les écoles primaires des pays en développement en rapport avec leurs problématiques en matière de nutrition qui sur plusieurs points diffèrent des problématiques des pays industrialisés.

La mise en œuvre d'un projet d'éducation à la santé dans un établissement scolaire s'intègre et contribue à son niveau à la mise en œuvre de la politique de santé publique. Cette articulation avec une stratégie d'action de prévention qui va au-delà de l'établissement participe du sens même du projet. Pour offrir à un projet les meilleures chances d'atteindre des objectifs correspondant à une amélioration de la santé des populations auxquelles il s'adresse, il est nécessaire de :

- *L'articuler avec la politique de santé publique (le thème du projet sera en cohérence avec les principales questions de santé publique) ;*
- *Le mettre en œuvre selon une démarche de projet qui lui garantit toutes les chances d'aller jusqu'à son terme avec succès (Houzelle-Marchal, 2006).*

La présente méthode suit globalement une démarche projet avec comme principaux points d'ancrages:

- L'analyse de la situation
- L'élaboration de la stratégie
- L'identification des parties prenantes et institutions déjà présentes sur le terrain
- L'organisation des activités selon le niveau du développement cognitif de l'enfant

3.1 Analyse de la situation :

Une préoccupation fondée sur les constats d'un professionnel de santé ou de l'éducation est souvent à l'origine d'un projet d'éducation pour la santé à l'école. Cependant une véritable analyse de la situation c'est-à-dire avec des données objectives issues de sources fiables où même une enquête préliminaire commanditée à l'occasion doit être faite. Les bénéficiaires devraient être associés à la conception même du projet, à sa mise en œuvre et à son évaluation. Dans le cas de l'éducation pour la santé élèves et parents doivent faire partie du projet dès la phase de recueil d'information. L'analyse des

informations ainsi collectées permet d'« objectiver » la situation et de dégager les besoins (Houzelle-Marchal, 2006).

Dans le cadre du présent mémoire il a été procédé à une analyse des problèmes de santé publique au Niger. Cette analyse vise à formaliser et compléter la pertinence du thème et de l'objectif fixé. Elle est basée sur la littérature nationale, les rapports d'enquêtes de l'institut national de la statistique du Niger (INS), les rapports du système national d'information sanitaire du Niger (SNIS), les rapports et publications des institutions internationales, (RdN, 2006); (RdN, 2007); (INS, 2009); (FAO, 2009). Ceci nous a permis de mettre en évidence les problèmes de santé publique au Niger en fonction de leurs prévalences et de leurs impacts en terme de mortalité. Le deuxième aspect de cette analyse est relatif aux déterminants de la malnutrition au Niger. Cette analyse tout comme la précédente est basée sur la littérature nationale et internationale, notamment les rapports d'enquêtes de l'Institut National de la Statistique (INS) du Niger et les publications de l'UNICEF. En outre l'analyse de la situation nous a aussi permis de faire le point sur les structures et institutions existantes et qui peuvent participer à la mise en œuvre d'un programme d'éducation nutritionnelle à l'école primaire. Ces structures sont nombreuses et variées les deux principales étant les écoles primaires et les services de santé.

3.2 Le choix des priorités

L'analyse de la situation permet la mise en évidence d'un certain nombre de problèmes qui, dans bien de cas, ne pourront pas être tous adressés du moins pas en même temps. Il convient donc d'établir des priorités d'action.

Dans le cadre de l'éducation pour la santé le Choix du thème de projet doit être cohérent avec les grandes orientations en santé publique ceci renvoie au contexte de mise en œuvre du projet et à son articulation avec les politiques de santé tant nationales et locales. En effet on est souvent confronté à une multitude de préoccupations de santé publique qu'il faille résoudre et on serait tenté justement de les considérer tous en même temps. Cependant il existe plusieurs méthodes de choix et d'établissement de priorité des actions en santé publique qui peuvent permettre de déterminer les actions les plus importantes. La démarche suivante, élaborée par le haut comité de la santé publique français permet de faire une hiérarchisation des problèmes de santé à traiter :

- Le problème doit être grave,
- Fréquent,
- Avoir un impact socio-économique sur la communauté une bonne perception sociale
- L'existence de possibilités d'intervention, en particulier en matière de prévention, est un critère important pour étudier la faisabilité du projet

Le choix des priorités doit également tenir compte des conditions de mise en œuvre (ressources, financements...) et du degré de mobilisation de l'établissement sur ce thème (HCSP, 1994).

Les facteurs de risque ou déterminants de la santé ont aussi été analysés ce qui permet de cibler avec précision le domaine de l'action à entreprendre. Dans le cadre de l'éducation nutritionnelle, ces

déterminants d'ordre nutritionnel et sanitaire permettront l'élaboration des thèmes à développer en classe et des aspects de sensibilisation et de promotion à mettre en place en rapport avec les causes de la malnutrition.

3.3 Choix des stratégies

Les stratégies sont le lien entre les problèmes et les objectifs fixés. Elles déterminent comment et où on va agir pour atteindre les résultats escomptés. Les stratégies sont donc fonction des problèmes identifiés et des objectifs visés, mais aussi pour une large part des ressources, compétences et temps disponibles pour mettre en œuvre une action donnée.

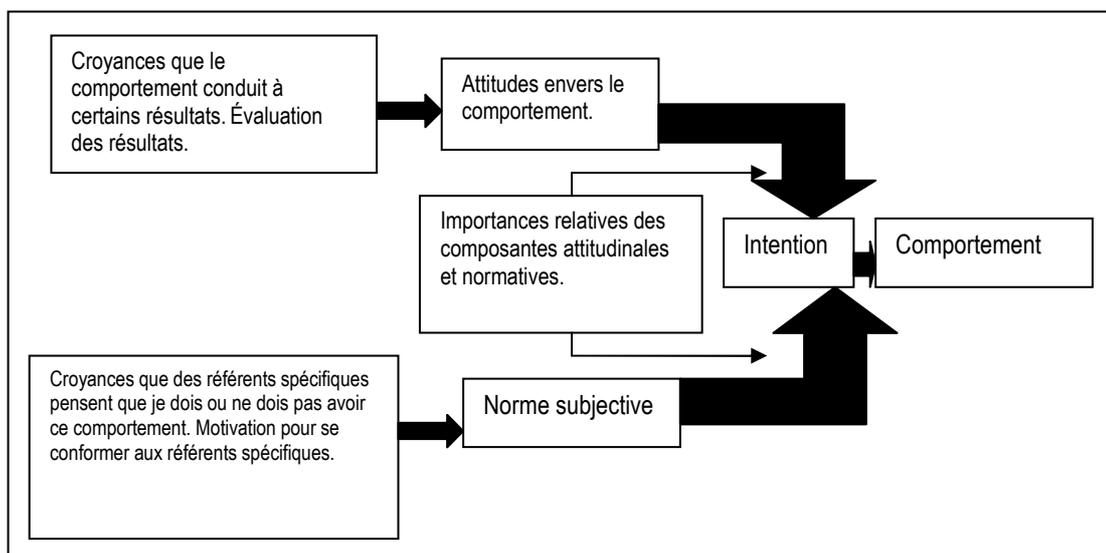
L'éducation nutritionnelle parce qu'elle vise un changement de comportement s'inscrit le plus souvent en dehors des urgences et des crises mais plutôt dans le long terme. En effet le changement de comportement peut être complexe et difficile même s'il est voulu par le bénéficiaire lui-même. Il nécessite des messages répétés souvent sur une durée de temps très longue (une dizaine d'année).

Notre action vise l'adoption de comportements nutritionnels favorables à la santé dans un contexte de sous-nutrition mais aussi dans une population à fort risque de maladies chronique liées à l'alimentation dont entre autres le diabète, les maladies cardiovasculaires et même l'obésité. Ces différentes maladies si elles ont toutes la particularité d'être causée ou aggravée par le comportement nutritionnelle n'en demeurent pas moins compliquées à adresser en même temps car faisant appel à des messages souvent différents.

Quand on veut changer des comportements, cela suppose d'agir sur les déterminants du changement et donc d'avoir au préalable identifié ces déterminants. Plusieurs modèles théoriques de changement de comportements existent, qui décrivent chacun les processus et les déterminants (leviers et freins) du changement (MDM, 2010)

- *Modèle de changement de comportement : théorie de l'action raisonnée :*

Figure 1: Théorie de l'action



(Ajen & Fishbein, 1980)

Ce modèle souligne l'importance de travailler sur l'état des connaissances ou croyances de l'individu, de sa personnalité mais aussi de l'influence externe pour obtenir un changement de comportement. Le changement de comportement dépend donc de la prise de conscience de l'individu par rapport au problème; des menaces et bénéfices perçus; de l'influence externe, de ses propres croyances et aussi de sa personnalité autant de facteurs sur lesquels il faille agir pour obtenir les résultats escomptés.

3.3.1 Les étapes du développement cognitif de l'enfant

Tableau 1: le développement cognitif de l'enfant et la perception des messages nutritionnels

Étape de développement cognitive	Capacités intellectuelles	Implication pour l'éducation nutritionnelle
Étape préopérationnelle : 2 à 6-7 ans	Difficultés de catégorisation	Toute chose comestible est juste un aliment. A des difficultés à voir la banane comme un type de fruit.
Étape opérationnelle concrète : 6-7 à 11-12 ans	Commence à comprendre la relation cause à effet quand elle est concrète.	Comprennent que leurs actions sont liées à leurs états de santé sans savoir comment. Comprennent que les aliments sont transformés entre l'estomac et le reste du corps mais on très peu d'idées sur comment ça se passe.
Étape opérationnelle formelle : 11-12 à plus	Commence à comprendre les idées abstraites	Peuvent comprendre que les graisses alimentaires contribuent aux maladies coronariennes.

Concepts nutritionnels abstraits (à partir de 11 ans)

- Les vitamines et minéraux,
- Les nutriments,
- Risque de maladies chroniques,
- Classification des aliments par nutriments,
- Processus par lequel l'alimentation affecte la santé.

Concepts nutritionnels concrets (de 6-7 ans à 11-12 ans)

- Aliment "complet",

- Plusieurs aliments différents tous les jours,
- Aliments qu'on mange tous les jours et aliments qu'on mange de temps en temps,
- Classification des aliments par source (ex: viande, lait, produits végétaux). (Contento, 1981).

4 Projet de programme scolaire de nutrition à l'école primaire :

1.1 Analyse de la situation :

4.1.1 Les problèmes de santé publiques au Niger :

Tableau 2 : maladies à déclaration obligatoire

Maladie à déclaration obligatoire	cas	Décès	Incidence (100000)	Létalité (%)
Méningite	13 943	589	94,1	4,2
Rougeole	8 359	46	56,4	0,6
Choléra	0	0	0,0	0,0
Paludisme	2 295 611	2 459	15 485	0,1
Malnutrition	256 039	835	1 727,1	0,3
Coqueluche	1 733	0	11,7	0,0
Tétanos néonatal	15	11	0,1	73,3
Autres tétanos	160	37	1,1	23,1
Diphtérie	12	0	0,1	0,0
Diarrhée sanguinolente	10 142	8	68,4	0,1
Fièvre jaune (cas suspects)	37	4	0,2	10,8

SNIS, 2009

Ce tableau présente l'impact des maladies à déclaration obligatoire (prévalence, incidence, létalité, décès) au Niger. Les diagrammes ci-dessous construits à partir de ce tableau nous montrent plus clairement l'impact de ces différentes pathologies sur l'état de santé de la population.

Figure 2: Diagramme de prévalence des maladies à déclaration obligatoire

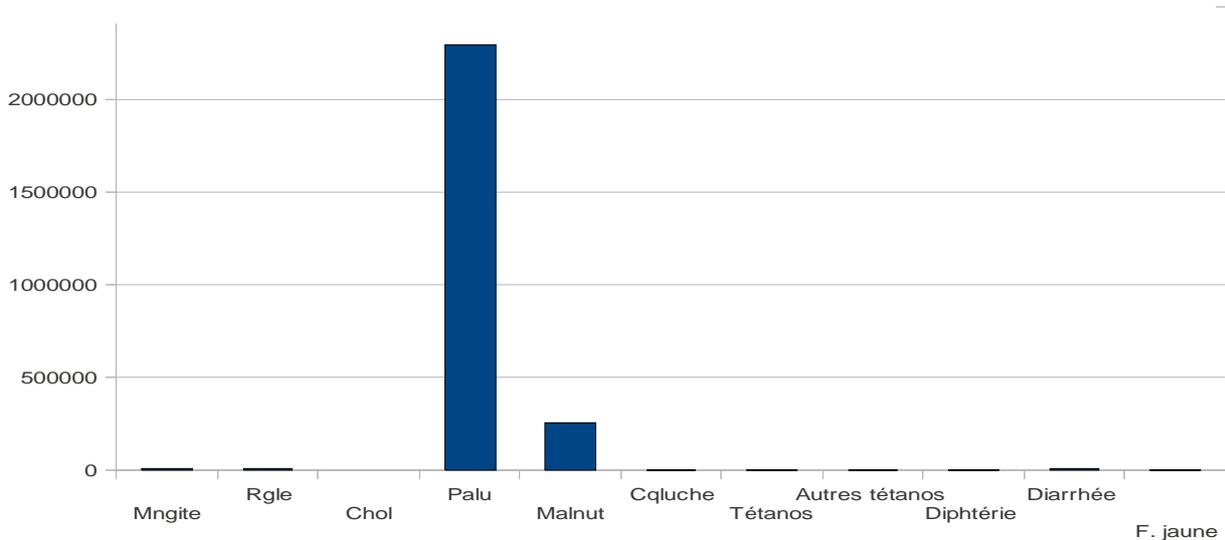
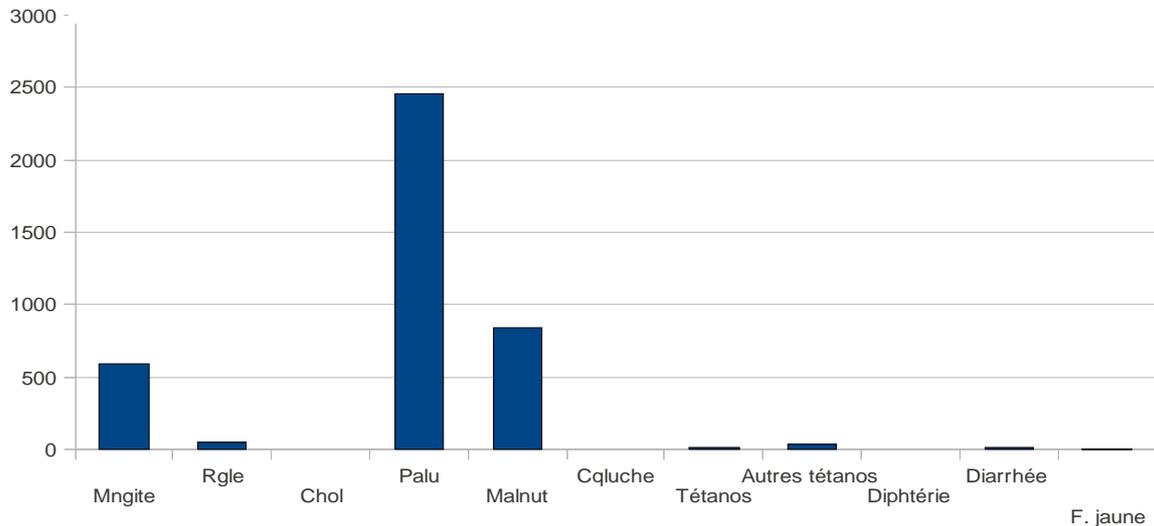


Figure 3: Diagramme des décès dus aux maladies à déclaration obligatoire



Adapté de SNIS, 2009.

La malnutrition on le voit reste après le paludisme le 1er problème de santé publique au Niger. L'impact sur la morbidité et la mortalité ne s'arrête pas là pour autant car la malnutrition aggrave et souvent crée des conditions favorables aux développements des autres maladies. Le lien entre la malnutrition et la moitié au moins des décès des enfants de moins de cinq a d'ailleurs été bien documenté.

4.1.2 Situation nutritionnelle au Niger :

Le Niger comme beaucoup de pays sahéliens fait face depuis longtemps à des crises récurrentes de malnutrition. Ces crises sont devenues quasi permanentes Depuis presque 20 ans la malnutrition est devenue chronique au Niger avec toujours des taux au dessus du Niveau d'alerte internationale. Ainsi dès 1984/1985 une enquête du *center for disease control and prevention* (CDC) révélait un taux de malnutrition aiguë global de 11,5 atteignant 14% dans la région de Maradi (CDC, 1985). En 2010 le

taux de la malnutrition aigue globale culminait encore à 16,7% [15,6-17,9] dépassant le seuil d'urgence de l'OMS fixé à 15%. Il est d'ailleurs en augmentation par rapport à 2009, à la même période où il était de 12,3% (OMS, Juin 2010). Cinq enquêtes nationales renseignant sur l'état nutritionnel des enfants d'âge préscolaire permettent d'estimer la prévalence de la malnutrition au Niger. Selon l'une de ces enquêtes EDSN-MICS-III, réalisée en 2006 la prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans ou malnutrition chronique est de 50%, celle de la maigreur ou malnutrition aigue de 10% et 44% de ces enfants étaient en insuffisance pondérale (MACRO, 2007). Outre ces formes de malnutrition qui présentent des taux supérieurs aux seuils d'alertes de l'OMS il existe une forte prévalence des carences en micronutriments. Ces carences en micronutriments ont été évaluées en 1994 par une enquête nationale sur les enfants scolarisés de 10 à 15 ans inclus révélant un taux de goitre de 36% dépassant ainsi le seuil déterminant un problème de santé publique en iode fixé à 30% par l'OMS. La carence en vitamine a été évaluée chez les enfants de 2 à 4 ans sur la base des signes de cécité crépusculaire par l'enquête MICS2 réalisée en 2000. Cette enquête rapporte un taux de 2,1% d'enfants présentant des signes de cécité crépusculaire avec une forte disparité rurale (2,4%) urbain (0,2%) (RdN & UNICEF, 2000). Selon l'enquête EDSN-MICS-III de 2006 ce taux atteint 13% chez les femmes durant la dernière grossesse. La prévalence de l'anémie atteint 84% chez les enfants âgés de 6 à 59 mois (INS et Macro, 2007).

4.1.3 Les déterminants de la malnutrition au Niger

- Les groupes vulnérables

Tous les individus n'ont pas la même susceptibilité et la même vulnérabilité face à la malnutrition. Au Niger les groupes et individus à risque ont été regroupés dans 7 catégories à savoir :

- Les femmes enceintes ou allaitantes et les enfants de moins de cinq ans, physiologiquement fragiles.
- Les petits agriculteurs vivant en autoconsommation
- Les petits éleveurs pratiquant l'élevage transhumant,
- Les bergers, gardiens de petits troupeaux
- Les agro-pasteurs en voie de sédentarisation
- Les femmes chefs d'exploitation agricole
- Les familles paysannes nombreuses, (RdN, 2006)

- La situation de la sécurité alimentaire :

Pays sahélien au $\frac{3}{4}$ désertique le Niger subit fortement les contraintes environnementales qui influencent négativement la production alimentaire en raison essentiellement des sécheresses qui frappent régulièrement le pays ces phénomènes d'ordres naturelles expose le pays à l'insécurité alimentaire. Outre la production nationale la sécurité alimentaire est aussi sous l'influence de l'accessibilité physique et financière qui est elle-même sous l'influence de deux facteurs à savoir le

mauvais état du réseau routier et le pouvoir d'achat de la population. Selon la FAO la situation de la sécurité alimentaire au Niger est caractérisée par une forte vulnérabilité structurelle qui rend la population rurale très sensible aux chocs de nature climatique ou économique.

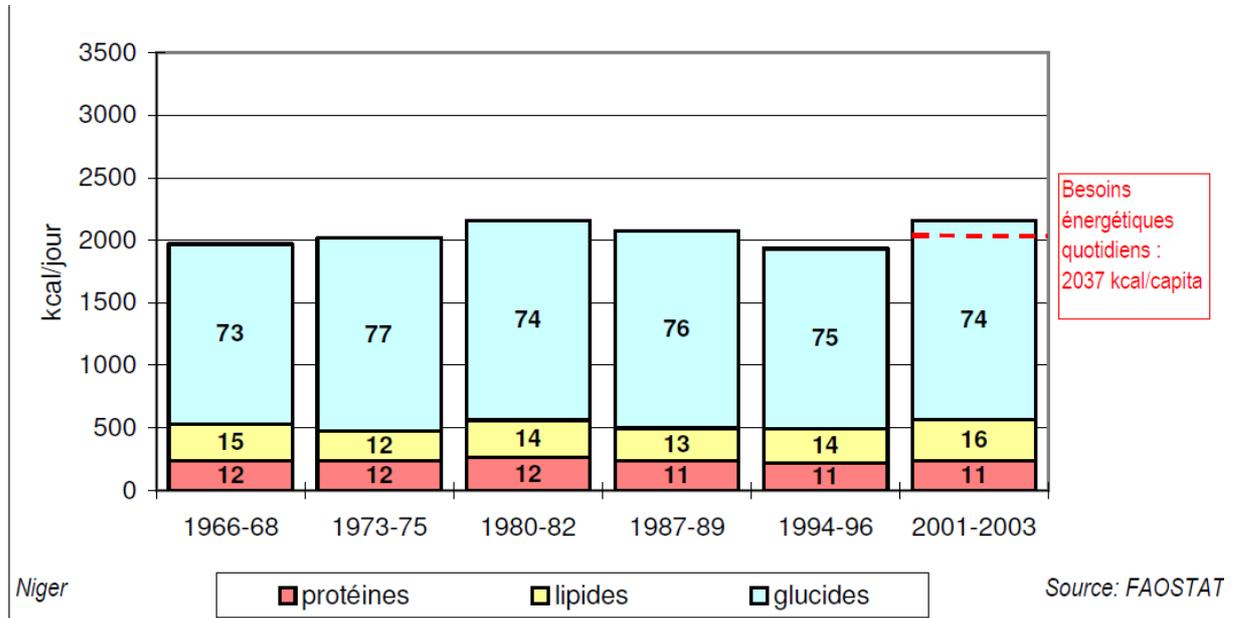
Tableau 3: Disponibilités d'aliments g/per capita selon les groupes d'aliments

Groupes d'aliments	Disponibilités en Groupes d'aliments g/jour per capita					
	1966-68	1973-75	1980-82	1987-89	1994-96	2001-2003
Céréales (bière exclue)	563	592	589	593	562	605
Lait et œufs	166	112	119	93	90	83
Fruits et légumes	54	45	72	66	120	147
Racines et tubercules	118	102	91	75	40	33
Légumineuses, noix et oléagineux	46	60	73	61	51	58
Viande et abats	63	39	55	39	39	34
Édulcorants	7	9	13	18	15	16
Huiles végétales	4	4	8	7	9	14
Autre	3	4	7	7	3	4
Poisson, mollusques et crustacés	2	5	4	2	1	2
Graisses animales	4	2	3	2	2	3

(FAO, 2009)

- Disponibilité alimentaire

Figure 4 : disponibilités énergétiques alimentaire (DEA), tendance et distribution par macronutriments.



On constate à partir de ce graphe que les glucides constituent la base de l'alimentation au Niger avec 74% de part dans les apports énergétiques quotidiens contre 16% pour les lipides et seulement 11% de protéine. Par contre on constate qu'en 2003 pour la première fois depuis presque 20 ans les disponibilités énergétiques alimentaires on atteint les seuils de 2037kcal par personne et par jour ce qui représente le seuil minimum de besoin énergétique pour un homme en activité.

- Variété et diversité de l'alimentation

Le score de qualité de la consommation alimentaire permet d'apprécier le régime alimentaire des ménages. Il est déterminé par rapport au seuil de référence et fait ressortir sur cette base que 15% des ménages ont une consommation alimentaire pauvre, 12% ont une consommation limite et 47% ont une consommation acceptable au Niger (INS, SAP, & SIMA, 2006).

Les principales caractéristiques d'une consommation alimentaire « très pauvre » sont une faible fréquence journalière de consommation de céréales (1 fois par jour), principalement du mil, et une absence totale des autres produits comme le lait, la viande, les légumes et les fruits, du régime alimentaire. Quand à l'alimentation « pauvre » elle se caractérise par une très faible fréquence hebdomadaire de consommation de lait, les autres aliments étant quasi-absents du régime alimentaire (FAO, 2009).

- Le modèle de consommation

D'autres études confirment le modèle ci-dessus présenté (figure 1) (FAO, 1995; (MACRO, 2007). Une autre enquête réalisée de 1994 à 1996 dans l'arrondissement de Ouallam pour l'évaluation de la consommation alimentaire des enfants d'âge préscolaire révèle des apports énergétiques faibles en

macronutriments (protéines et lipides) et en micronutriments (Zinc, et vitamine A entre autres) (Tarini, Seydou, & Delisle, 1999). Cette étude portait sur un échantillon très limité, cependant elle reflète un type d'alimentation assez répandu dans tout le pays. Ce déséquilibre entre macronutriments et le manque de variabilité des aliments sont de véritables freins à une bonne nutrition. Depuis 1992 quatre enquêtes nationales sur les pratiques alimentaires des enfants révèlent la systématisation de l'allaitement maternelle qui n'est cependant exclusif que chez 14% des enfants de moins de 6 mois. Les principaux obstacles étant l'eau sucrée et la tisane données souvent avant le début de l'allaitement ou au cours des 6 premiers mois de la vie. En outre les résultats de cette enquête révèlent également une faible consommation de produit animaux et de fruits et légumes aliments riches en vitamine A. Ceci explique la carence en de nombreux micronutriments importants (fer, vitamine A, et calcium) notamment chez les jeunes enfants. Ces pratiques alimentaires chez les enfants en bas âges peuvent être des causes majeures de malnutrition.

- *L'hygiène :*

Selon le système d'alerte précoce contre les famines (FEWS-NET) *une démarche axée sur l'accès aux aliments peut mettre trop l'accent sur la contribution à l'accès aux aliments aux dépens d'une pleine appréciation du rôle d'une mauvaise hygiène, de la morbidité et des pratiques de soins en matière de malnutrition* au Niger. (FEWS-NET, Juin 2006). Dans l'analyse des causes de la malnutrition ces facteurs sont le plus souvent occultés au profit du seul accès aux aliments. Cependant on le sait le manque d'hygiène peut être une cause majeure de la malnutrition infantile mais aussi contribuer à alourdir la charge de la morbidité. En effet il arrive souvent des cas voire des épidémies de choléra, du fait d'une mauvaise hygiène, au même moment qu'on observe des taux de malnutrition élevés rendant encore plus difficile la prise en charge de cette dernière (MSF, 2010). L'amélioration de l'hygiène (y compris l'emploi du savon pour le lavage des mains) et l'alimentation en eau salubre pourraient réduire la fréquence des diarrhées et le nombre des décès par suite de diarrhée de moitié.

La malnutrition a une causalité complexe et la présente analyse des déterminants met à lumière des facteurs liés à la sécurité alimentaires mais aussi des facteurs structurels, autant de déterminants qu'il est difficile voire impossible de prendre en charge par une approche purement thérapeutique ou alimentaire de la malnutrition comme il a été fait jusque là au Niger notamment. La nutrition étant un phénomène comportementale toute prise en charge de cette dernière se doit de comporter un volet éducationnel et à long terme pour avoir un impact durable.

À la lumière des facteurs en cause de la malnutrition au Niger vus dans la présente analyse toute éducation nutritionnelle doit comporter les thèmes suivants :

- *L'hygiène*
- *Les pratiques alimentaires particulièrement des enfants,*
- *La diversification alimentaire et la promotion d'aliment riches en protéines et micronutriments*
- *Mais aussi une anticipation sur les facteurs de risques des maladies chroniques*

L'éducation sur la nutrition dans les écoles est de ce fait une stratégie qui permettrait de transmettre des aptitudes à une grande partie de la population dans tous les aspects de leur alimentation. C'est donc un moyen de lutte contre la malnutrition carentielle actuelle mais aussi d'anticipation sur les facteurs de risque de la malnutrition par excès et ses effets pervers qui guettent la plus part des pays d'Afrique dont le Niger.

4.1.4 Les structures et services pour l'éducation nutritionnelle:

La réussite de l'éducation nutritionnelle dans les écoles primaires requiert la collaboration de tous les services compétents susceptible d'intervenir directement ou indirectement dans l'atteinte des objectifs fixés à cet enseignement. C'est donc une activité pluridisciplinaire qui regroupe autour de l'école les services sanitaires, sportifs, agricoles, les municipalités etc.

- *Les établissements scolaires primaires et le ministère de l'éducation nationale:*

Le Niger compte un total de 11609 établissements scolaires primaires pour 40021 enseignants repartis sur ses 1 267 000 Km² ce qui lui a permis d'atteindre un taux brut de scolarisation de 67,8% dont 77% pour les garçons et 58,6% pour les filles en 2009. (INS, 2009).

Les écoles primaires sont sous la tutelle du ministère de l'éducation national et qui a aussi en charge la formation des enseignants de ces écoles à travers les 7 écoles normales que compte le pays. L'enseignement primaire ou cycle de base 1 au Niger est organisé en 6 années d'étude et y accueille les enfants de 6 et 7 ans. Il a pour mission entre autres de *valoriser les contenus éducatifs fondamentaux dont l'être humain a besoin pour développer toutes ses facultés, vivre et travailler dans la dignité, améliorer la qualité de son existence et prendre des décisions éclairées pour continuer à apprendre* (RdN, 1998).

- *Le bureau de santé scolaire*

Créer par l'arrêté n°0000098/MEB/A/BSS du 11 août 2005, modifiant et complétant l'arrêté n°000213/MEB/A/SG de décembre 2003, portant création, attributions et composition du bureau santé scolaire. Il est chargé de la coordination de toutes les activités en matière de santé scolaire dans les écoles primaire du Niger.

- *L'association des parents d'élèves :*

Il existe au Niger une association des parents d'élèves dans chaque école qui participe à la vie de l'école. Même si cette association n'est pas toujours aussi active qu'on le voudrait voire qu'elle n'est jamais mise en place dans certaines écoles elle reste quand même un cadre institutionnel qu'on peut renforcer ou au besoin recréer.

- *Les services et personnels de santé :*

La mise en œuvre de programme se fera en étroite collaboration avec le ministère de la santé publique à travers la direction de l'éducation pour la santé et la direction de la nutrition mais ce sont les services de santé locaux qui participeront directement à la mise en œuvre du programme avec les écoles.

Les centres de santé intégrés type I et II sont certainement les plus proches des populations et les plus à même de participer à un programme d'éducation nutritionnelle. Ils sont respectivement de 625 et 176 sur l'ensemble du territoire. Le pays compte également 41 hôpitaux dont 3 nationaux et 6 hôpitaux de district. Le personnel de santé s'élève quand à lui 2 058 infirmiers diplômés d'état pour 490 médecins. (INS, 2009).

- *Les services techniques de l'agriculture*

Le ministère de l'agriculture est présent dans toutes les grandes villes à travers ses services techniques qui appuient les paysans avec des conseils, du matériel ou intrants agricoles.

- *Les services techniques de la jeunesse et du sport :*

Ils sont déjà présents dans les écoles à partir du cycle de base II (collège) mais doivent s'étendre au niveau des écoles primaires en vue de donner aux enfants l'habitude des activités sportives dès leurs jeunes âges.

- *INDRAP*

L'INDRAP a pour mission la recherche et le développement de méthodes et matériels pédagogiques pour l'amélioration du système éducatif Nigérien.

- *Les ONG et institutions internationales :*

A la date d'aujourd'hui une cinquantaine d'ONG opèrent dans le secteur de la nutrition au Niger. Certaines de ces ONG interviennent dans la prise en charge médicale de la malnutrition, la sécurité alimentaire ou la prévention de la malnutrition par divers moyens dont l'éducation nutritionnelle. En ce qui concerne ce dernier point un programme est en cours d'exécution et a pour objectif entre autres l'introduction de l'éducation nutritionnelle dans le programme des écoles primaires du Niger. Dénommée programme conjoint Enfance, Nutrition et Sécurité alimentaire c'est un programme conjoint entre la

FAO, l'OMS, le PAM, l'UNFPA et l'UNICEF toutes des institutions des nations unies qui interviennent dans le domaine de la nutrition et de la sécurité alimentaire. L'objectif de cet enseignement est d'aider les enfants à construire des habitudes alimentaires saines. (MDG-AF, 2009)

Il existe donc au Niger une multitude d'institution travaillant dans le cadre de la prise en charge de la malnutrition. Certaines d'entre elle dans le domaine particulier de l'éducation nutritionnelle pour les jeunes enfants.

4.1.5 Moyens

Pour la mise en place d'un programme d'éducation nutritionnelle dans les écoles du Niger il convient de s'appuyer sur les structures déjà présentes.

Les écoles d'abord, au nombre de 11 609 établissements scolaire primaire elles assurent la scolarisation de 67,80% des enfants d'âge scolaire. Ces écoles peuvent pour un début être accompagner et soutenue par les agents de santé locaux à savoir les infirmiers, sage femmes ou agents de santé communautaires.

Tableau 4: infrastructure et ressources humaines de la santé et de l'éducation de base

CSI type I et II	Établissements scolaires	Infirmiers	Enseignants
801	11609	2058	40021

Source : adapté de INS, 2009

Cependant, vu le déséquilibre entre les nombres d'agent de santé et d'enseignant et aussi entre les établissements scolaire et les services de santé les maîtres d'écoles doivent être eux mêmes former. L'éducation nutritionnelle doit être donc introduite dès la phase de formation des maîtres.

4.2 Les objectifs:

4.2.1 Objectif général

Mettre en œuvre un programme scolaire d'éducation nutritionnelle dans les écoles primaires du Niger en 3 ans.

4.2.2 Objectifs spécifiques :

- Élaboration d'un programme scolaire d'éducation nutritionnelle fondé sur la classe, l'environnement scolaire et la famille. (1 an)
- Mise place de comités national, régionaux et locaux d'éducation nutritionnelle (2 ans)

- Formation des enseignants à l'éducation nutritionnelle (maîtres et élèves maîtres)
- Mise en œuvre de l'éducation nutritionnelle dans les établissements primaire (3^e année)

4.2.3 Objectifs opérationnels

- Élaborer un manuel de nutrition pour les écoles primaires du Niger.
- Former les maîtres
- Intégrer l'éducation nutritionnelle dans la formation des élèves maîtres.
- Améliorer les pratiques d'hygiène des enfants et des parents. Notamment le lavage des mains.
- Abandonner les pratiques alimentaires néfastes à la santé (tabous alimentaires, rejet du colostrum, les tisanes...).
- Promouvoir la consommation de produits locaux riches en protéine et micronutriments et accessibles comme le lait, les œufs, le haricot, l'arachide, etc.
- Promouvoir les soins aux jeunes enfants comme stratégie de prévention de la malnutrition en milieu rural.
- Faire de l'assainissement de l'environnement un moyen de lutte contre les maladies infectieuses.
- Éduquer les enfants aux facteurs de risque des maladies non transmissibles liées à l'alimentation.
- Promouvoir et plaider pour une politique agricole, sanitaire et scolaire avec des objectifs nutritionnels du niveau local au niveau national.

4.3 Stratégies

L'objectif de ce projet est d'arriver à un changement de comportement au près des enfants et de leurs parents pour à terme améliorer l'état nutritionnel de la population, en particulier celui des enfants par une bonne utilisation des aliments locaux.

Le présent projet de programme scolaire est inspiré de l'approche dite tripartite de la FAO publiée en 2007 dans le guide d'élaboration de programme scolaire d'éducation nutritionnelle dans les écoles primaires des pays en développement (FAO, 2007). Elle se base sur l'enseignement en classe mais concerne aussi l'environnement scolaire et la famille. Ce programme aura donc des enseignements en classes, des activités mettant en contribution toute l'école (jardin scolaire, point d'eau, cantine scolaire et toute forme d'alimentation à l'école, hygiène, assainissement, etc.) et aussi des rencontres avec les familles, principalement les parents. Cette stratégie vise à trianguler la construction du comportement alimentaire des enfants et prendre en compte tous les facteurs qui y participent. Agissant au niveau le

plus restreint possible du groupe voire au niveau des individus, mais de mettre à profit la communauté et l'environnement immédiat et de varier les intervenants tout en s'inscrivant dans la durée. Ceci nous a conduits à la conception d'un programme d'éducation nutritionnelle à 3 piliers.

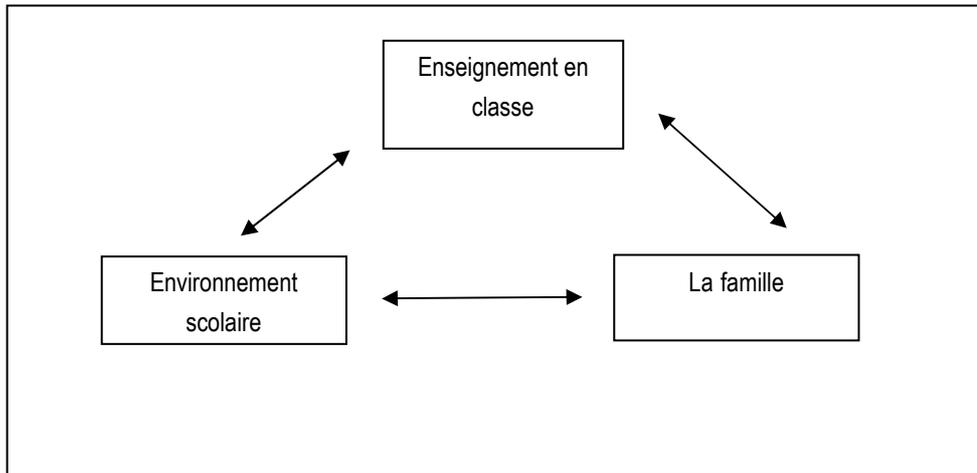


Figure 5: Structure de l'éducation nutritionnelle à l'école.

Adapté de FAO, 2009.

4.3.1 Éducation nutritionnelle des enfants en classe

Il sera introduit dans le curricula des écoles primaires une éducation à la nutrition selon le modèle de la théorie de l'action raisonnée de changement de comportement et avec des messages adaptés aux niveaux de développement cognitif des enfants. L'éducation nutritionnelle est déjà pris en compte dans certains de ses aspects (informations nutritionnelles) par des disciplines comme la science de la vie et de la terre, la géographie, l'agriculture ou encore l'activité pédagogique et pratique (APP). Il s'agit donc pour nous de renforcer ces matières en leur donnant des objectifs d'éducation nutritionnelle et en les complétant par des sujets et des méthodes qui leurs manquent. Chaque école et chaque classe se doit donc d'adapter ce contenu au mieux de son programme initial tout en s'assurant que les objectifs de l'éducation nutritionnelle sont bien pris en compte et adressés de façon à obtenir un changement de comportement ou un renforcement des pratiques jugées satisfaisantes.

Pour une pleine réussite de ces activités les enseignants des écoles primaires du Niger et les élèves maîtres des écoles de formation des maîtres seront formés aux méthodes de l'éducation à la santé avec un accent particulier sur la nutrition.

4.3.2 L'environnement scolaire

L'environnement scolaire donnera aussi lieu à la promotion d'un bon comportement nutritionnelle à travers des enseignements pratiques. Il existe dans les écoles primaires un certain nombre d'outils qui peuvent participer de l'éducation nutritionnelle des enfants, notamment le potager scolaire ; l'alimentation à l'école ; la borne fontaine ou autres points d'eau potable, etc. tous ces outils seront

utilisés de façon à permettre à l'enfant d'expérimenter et de voir la facilité d'application des enseignements qu'on lui donne.

4.3.3 *Approche communautaire avec la famille.*

Les parents véritables cibles principale de la présente campagne vont constituer la 3^e pierre angulaire de cette démarche. Pour arriver à ces fins les services techniques de santé et d'agriculture seront associés à tous les points ci hauts cités. Ainsi donc il sera créé au niveau de chaque école un comité de nutrition santé qui regroupera un représentant du :

- *Centre de santé*
- *Service agricole*
- *L'association des parents d'élèves*
- *Les enseignants*

Ce comité se réunira régulièrement pour des séances d'éducation nutritionnelle pour les parents. Selon donc le besoin ou l'ordre du jour interviendront soit le technicien agricole ou l'agent de santé en compagnie d'un enseignant. Il est important que ces rencontres ainsi que le programme de classe soient participatif et abordent un grand nombre de sujet touchant aux pratiques alimentaires locales et comment les améliorer. Ces sujets et leur chronologie sont présentés dans la partie suivante de ce mémoire. Il s'agira d'aborder :

- *En classe :*
 - L'hygiène
 - Les aliments et pratiques alimentaires locales
 - Les protéines et autres nutriments d'intérêt particulier
- *L'environnement scolaire*
 - L'assainissement
 - Les fruits et légumes (jardinage)
- *Les familles*
 - Rôle et capacités des parents dans l'amélioration de l'état nutritionnel de leurs enfants.
 - Dangers et coûts de la malnutrition pour les enfants et les parents

- Amélioration de l'état nutritionnel des enfants par une meilleure pratique alimentaire.
- Alimentation, hygiène, environnement et santé.

- *Les enseignants*

- la santé
- les démarches de l'éducation à la santé
- le changement de comportement
- les outils
- le contenu
- l'évaluation des actions.

4.4 Organisation et coordination :

La mise en place de ce projet sera coordonnée conjointement par la direction nationale de la nutrition du ministère de la santé publique et le bureau de santé scolaire du ministère de l'éducation nationale. Ces deux structures collaboreront à l'établissement d'un programme scolaire définitif adapté aux problématiques nutritionnelles du pays.

4.4.1 *Au niveau national :*

Le programme d'éducation nutritionnelle tel que détaillé dans ce document sera complété et validé au niveau national par une équipe pluridisciplinaire composée principalement d'agents du

- Ministère de l'éducation nationale
- Ministère de la santé
- Ministère de l'agriculture

4.4.2 *Au niveau régional :*

Une équipe à l'image de celle au niveau national se chargera de la coordination des activités au niveau régional. Elle aura également en charge le suivi de la formation initiale et continue des enseignants sur l'éducation à la santé.

4.4.3 *Au niveau local :*

Dans chaque école sera mis en place un comité de nutrition santé en vue de la mise en place et la coordination des activités de nutrition et de santé. Il sera constitué des enseignants de l'école, des parents d'élève, d'au moins un agent de santé et un agent du service d'agriculture.

4.4.4 Diagramme de Gantt

Tableau 5: chronologie des activités

activités	1 ^{re} année				2 ^e année				3 ^e année			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
prise de contact et Installation du projet	X											
Conception et validation du programme scolaire d'éducation nutritionnelle et de formation des enseignants		X	X	X								
Mise en place des comités régionaux et locaux d'éducation nutritionnelle et à la santé			X	X	X							
Formation des enseignants et élèves maîtres				X	X	X	X	X	X			
Mise en œuvre des activités d'éducation nutritionnelle dans les écoles						X	X	X	X	X	X	X
Suivi	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Clôture et évaluation											X	X

NB : T= trimestre, X= date des activités

Analyse Force Faiblesse Opportunité Menace (FFOM)

Tableau 6 analyse FFOM

Force	Faiblesse	Opportunité	Menace
Cadre institutionnel et académique existant	Résultat à long terme et pas encore très documenté	Approche communautaire de l'éducation nutritionnelle	Difficulté de travail de façon horizontale entre les ministères concernés
Approche préconisée par la FAO	Financement des activités au niveau local	Approche déjà mise en place par d'autres partenaires dans des régions du pays	Manque de motivation de certains services partenaires
Approche globale et préventive de la prise en charge des malnutritions	Charge de travail supplémentaire pour l'école et les enseignants	Prise en charge des causes non alimentaire de la malnutrition	D'autre causes de la malnutrition notamment la production alimentaire
	Non prise en compte de l'avis des enfants au niveau des familles	Anticipation sur les risques de malnutrition par excès et des maladies chroniques liées à l'alimentation	

4.5 Les activités :

4.5.1 Formation des enseignants

La santé :

Il est impératif de définir ou tout au moins d'éclaircir le concept de santé avant d'entreprendre toute action d'éducation à la santé. Cela permettra sans doute de s'entendre sur une même approche mais aussi d'apporter des éléments d'information à un public qui n'est pas tout à fait professionnel de la question. On pourrait ainsi adopter une méthode graduelle allant de :

- Représentation de la santé par le groupe
- Définitions connues de la santé (positive, négatives, ...)
- Définition retenue dans le cadre de la formation.

Les démarches et méthodes de l'éducation à la santé :

L'éducation à la santé étant un concept différent de l'éducation ordinaire il conviendrait de l'étudier dans sa spécificité à travers ses méthodes et démarches. Les enseignants ont en effet souvent tendance à l'aborder de la même façon que les autres disciplines ce qui compromet souvent les résultats attendus. Les grands axes de cette formation sont :

- La méthodologie de projet en éducation à la santé.
- Le concept d'éducation à la santé
- La formulation des messages
- Les théories de changement de comportement

Les outils et techniques d'animation :

L'éducation à la santé utilise des outils comme support pour la transmission des messages. Ces outils revêtent une importance particulière en raison du rôle qu'ils jouent dans la compréhension du sujet. Il est donc important d'exposer le principe d'utilisation et même de création de ces outils ainsi que des techniques d'animation en éducation à la santé en classe mais aussi avec la communauté à travers des thèmes comme :

- Qualité d'un outil d'éducation à la santé
- Utilisation adéquate de l'outil
- Techniques d'animation
 - o rôle de l'animateur, rôle du groupe

○ Différentes techniques d'animation

Le contenu de l'éducation à la santé sur la nutrition

Le contenu de l'éducation nutritionnelle sera exposé dans les parties suivantes : *programme de classe, environnement scolaire et la famille*. Les enseignants doivent naturellement connaître et maîtriser ces sujets afin de pouvoir bien les transmettre.

L'évaluation des actions :

Ici l'évaluation se réfère moins à l'évaluation de la formation des enseignants qu'au mode d'évaluation en éducation à la santé. En effet en raison des objectifs de l'éducation à la santé l'évaluation est centrée sur les connaissances mais aussi les aptitudes et comportements.

4.5.2 *Programme de classe :*

- 6 à 8 ans

Thème 1: Hygiène

Durée : 15h

Activités :

- Animation sur l'eau et la propreté
- Propretés des mains, du corps, des habits.
- Hygiène bucco-dentaire.

Objectifs pédagogiques : observer les principales règles d'hygiène au quotidien.

- Se laver tous les jours avant de venir à l'école.
- Se laver les mains avant et après le repas, à la sortie des toilettes.
- Se brosser les dents 2 fois par jour.

Thème 2: l'alimentation locale

Durée : 15h

Activités

- Pourquoi mangeons-nous
- Que mangeons-nous? (les aliments, le goût, les préférences et les fréquences de consommation).

Objectif d'apprentissage : prendre conscience de son alimentation

- Comprendre l'importance de l'alimentation dans la vie.

- Identifier les types d'aliments qu'on consomme localement dans un souci de diversification.
- Repérer les aliments les plus consommés et les moins consommés ; les plus aimés et les moins aimés pour entrevoir l'équilibre en alimentation selon les disponibilités et les préférences.

- 9 à 11 ans

Thème 1 : Aliments locaux et différents type d'aliments

Durée : 15h

Activité :

- Les types d'aliments (viande, lait, légumes, fruits, céréales, légumineuses, etc)
- Les associations d'aliments

Objectif pédagogique : améliorer son apport en protéine

- Connaître les différents types d'aliments.
- Savoir faire des associations d'aliments pour équilibrer son alimentation

Thème 2 : L'eau et les maladies de l'eau (hygiène suite)

Durée : 10h

Activités :

- L'eau et sa sécurité sanitaire
- Les sources d'eau,
- L'eau potable,
- Les dangers de l'eau non potable.

Objectif pédagogique : maîtrise du risque associé à l'eau

- Comprendre la multiplicité des sources d'eau (pluie, rivières, robinets, puits, etc.).
- Appréhender le risque associé à une eau non potable
- L'eau potable et comment rendre son eau potable

- 11 à 12 ans

Thème 1 : aliments locaux et micronutriments

Durée : 10h

Activités :

- Les nutriments.

- Les nutriments les plus retrouvés dans l'alimentation locale.
- Les carences possibles (les nutriments les moins retrouvés).

Objectif pédagogique : varier son alimentation pour un bon apport en micronutriments

- Comprendre les forces et faiblesses de l'alimentation locale en micronutriments
- Savoir varier son alimentation.

Thème 2: Les facteurs de risque des maladies chroniques liées à l'alimentation (MCLA).

Durée : 10h

Activités :

- L'obésité : suralimentation calorique et sédentarité
- Le diabète : sucre et sédentarité
- Hypertension artérielle : sel, graisse et sédentarité
- Facteur protecteurs : activités physique, fruits et légumes, équilibre alimentaire

Objectifs pédagogiques : éviter les facteurs de risque des MCLA

- Comprendre l'obésité et ses conséquences sur le bien être physiques et psychosocial.
- Connaître et éviter les facteurs de risque des maladies chroniques liées à l'alimentation (sel, sucre rapide, graisse, sédentarité, obésité)

Thème 3 : les proportions

Durée : 10h

Activités : recommandations et proportions des nutriments

- Les recommandations
- La pyramide alimentaire.
- Construction de la pyramide alimentaire avec les aliments locaux.
- Comparaison de notre alimentation avec ces recommandations.
- Comment atteindre ces recommandations?

Objectif pédagogique : Manger équilibré

- Comprendre la proportionnalité dans l'alimentation et les recommandations.
- Parvenir à les respecter à partir des aliments qu'on trouve localement.

- 12 à 13 ans

Thème 1 : les micronutriments

Durée : 10h

Activité :

- Fer,
- vitamine A,
- Iode,
- Autres vitamines.

Objectif pédagogique : diversifié son apport en micronutriments

- Connaître les micronutriments d'importance stratégique.
- Savoir comment les obtenir à partir des aliments locaux.

Thème 2: Les besoins spécifiques de l'enfant et de la femme enceinte

Durée : 10h

Activités :

- L'allaitement maternel.
- Le sevrage et l'alimentation de complément.
- Les besoins nutritionnels de la femme enceinte.

Objectif pédagogique : alimentation de l'enfant et de la femme enceinte

- Connaître les besoins physiologiques spécifiques des individus (nourrisson et femme enceinte).
- Savoir comment satisfaire ces besoins avec l'alimentation locale.
- Comprendre l'importance de l'allaitement et de l'alimentation de sevrage.

Thème 3 : Conservation des aliments

Durée 5h

Activités :

- La détérioration des aliments,
- Techniques de conservation (locales, efficaces)

Objectif pédagogique :

- Apprendre aux élèves à bien conserver les aliments et à éviter les aliments détériorés.

4.5.3 *L'environnement scolaire*

- *7-8 ans : la propreté de la salle de classe et de la cour de l'école*

Activités :

- Hygiène de la salle de classe.
- Hygiène de la cour de l'école.

Objectif pédagogique : soigner son environnement

- Apprendre l'importance de l'hygiène dans son milieu et prendre soin de son environnement immédiat.
- S'habituer à l'entretien de son environnement immédiat.

- *9-11 ans : le robinet et le jardin scolaire*

Activités :

- Le point d'eau de l'école
- Le jardin scolaire.
- Cantine et autres alimentation à l'école

Objectif pédagogique : bien utilisé l'eau et savoir jardiner

- Faire une bonne utilisation de l'eau et garder propre les alentours du point d'eau.
- Initiation au jardinage et promotion des fruits et légumes dans l'alimentation.

- *11-12 ans : le jardin scolaire (suite)*

Activités : maîtriser la pratique du jardinage

- Jardinage

Objectif pédagogique :

- Savoir entretenir un jardin et utiliser les produits du jardin.

4.5.4 La famille

Thème 1 : Création d'un cadre de rencontre régulier avec les parents

Activités :

- À partir de l'association des parents d'élèves, créer des groupes de rencontres régulières avec les enseignants et d'autres personnes ressources,
- Déterminer l'intérêt et les objectifs de ces rencontres pour les parents et leurs enfants,
- Déterminer et mettre en avant l'intérêt et l'apport des parents dans l'atteinte de ces objectifs.

Objectifs : rencontre régulière avec les parents

- Les parents, les enseignants, les agents de santé et d'agriculture et autres personnes ressources échangent sur la nutrition de façon régulière.
- Les parents s'engagent dans et s'approprient les objectifs de l'éducation nutritionnelle.

Thème 2 : Rôle des parents dans l'éducation et l'état nutritionnel des enfants

Activités :

- Rôles des parents dans l'éducation et l'état nutritionnel de leurs enfants,
- Relation état nutritionnel et santé des enfants,
- Pratiques alimentaires locales néfastes (rejet du colostrum, tisane aux bébés, sevrage brusque, aliments de complément inadapté, etc.) et leurs dangers pour les jeunes enfants.

Objectifs : prise de conscience des parents et leurs rôles sur l'état nutritionnel de leurs enfants

- Pleine implication des parents dans la promotion de bons comportements alimentaires chez les enfants,
- Amélioration des pratiques alimentaire de la famille.
- Pratiques alimentaires locales/ association des enfants à l'alimentation (courses, préparation, etc.)
- Associer les enfants à l'alimentation et mettre en pratique les enseignements de classe.

Thème 3 : Alimentation, environnement et santé

Activités :

- Déterminants d'une bonne santé : alimentation, environnement, comportement, etc.

Objectifs : la santé par un meilleur environnement

- Les parents prennent soin de leur alimentation et de leur environnement pour une meilleure santé.

4.6 Évaluation

4.6.1 *Évaluation de processus :*

Elle constituera pour nous la principale évaluation de notre projet et vise à vérifier la conception même du programme scolaire d'éducation nutritionnelle et sa mise en œuvre dans les écoles primaire.

- *Critères :*

Atelier de validation du programme scolaire d'éducation nutritionnelle.

Comités national, régionaux et locaux de coordination de l'éducation nutritionnelle

Formation des maîtres et des élèves maîtres

Mise en œuvre de l'éducation nutrition dans les écoles primaires du Niger.

- *Indicateurs :*

Rapport de validation du programme scolaire d'éducation nutritionnelle.

Arrêtés et décisions administratifs de création des comités régionaux d'éducation nutritionnelle

Nombre de maîtres formés sur le terrain

Nombre d'école de formation ayant intégré l'éducation nutrition dans la formation des élèves maîtres

Adoption d'objectifs nutritionnels dans l'éducation élémentaire au Niger

4.6.2 *Évaluation d'impact:*

Cette évaluation peut être envisagée 5 ans après la mise en œuvre du programme d'éducation nutritionnelle dans les écoles primaires, parce que non seulement la mise en œuvre peut prendre beaucoup de temps mais aussi l'impact ne sera sans doute pas immédiatement perceptible.

- *Critère :*

Acquisition de connaissances nutritionnelles adéquates par les populations cibles.

Acquisition d'aptitude sur des questions nutritionnelles

Adoption de comportement alimentaire favorable à la santé.

- *Indicateurs :*

Niveau de connaissances en alimentation et hygiène

Pratiques alimentaires et d'hygiène.

Conclusion :

Face à la complication du comportement nutritionnelle et la nécessité de sortir du cercle vicieux de la malnutrition notamment en raison des causes structurelles liées au comportement nutritionnel des individus l'éducation nutritionnelle s'impose comme seule alternative qui puisse avoir un impact durable. Cependant pour qu'elle atteigne les objectifs désirés elle doit adapter ses messages en fonction de la situation, s'adapter au public dans une perspective d'accompagnement pour un changement de comportement et prendre le temps d'opérer le changement et de le maintenir. Au Niger il est nécessaire de s'attaquer aux causes comportementales de la malnutrition comme les pratiques alimentaires néfastes à la santé, l'hygiène et l'assainissement, la diversification et l'équilibre alimentaire notamment par un rehaussement de la quantité et de la qualité des protéines. Cependant au vu de l'ampleur grandissante des maladies chroniques liées à l'alimentation il est aussi impératif d'éduquer dès à présent nos enfants de façon à leur permettre d'éviter les facteurs de risque associés à ces maladies. De ce fait l'insertion de l'éducation nutritionnelle dans le curricula des écoles primaire notamment permettrait une prise en charge précoce et prolongé de la question avec un suivi quasi personnalisé. C'est aussi un moyen d'atteindre toute la famille et créer des conditions d'acquisition de comportement alimentaire favorable à la santé.

L'éducation nutritionnelle à elle seule pourrait ne pas aboutir aux résultats escomptés particulièrement dans un délai court. C'est pourquoi il est important d'agir sur l'ensemble des facteurs agissant sur l'état nutritionnel dans une démarche de promotion de la santé pour permettre aux populations de plus facilement adopter le comportement préconisé. La promotion de la santé est en effet une démarche qui intègre l'éducation pour la santé mais aussi un certain nombre d'actions qui facilitent la transmission, la compréhension et l'adoption des messages de cette éducation. Selon la charte d'Ottawa *La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci (OMS, 1986)*. Ainsi donc au-delà de la transmission d'un savoir faire la promotion de la santé préconise, dans une démarche globale, la création d'un environnement favorable pour la santé.

Bibliographie

Absolonne J, S. F. (1999). *La pyramide alimentaire ou quand les aliments devienne réalité*. science today.

Ajen, I., & Fishbein, M. (1980). Understanding attitudes and predicting social behavior.

BRUXELLES SANTÉ (2005) ; Agir en promotion de la santé : un peu de méthode...
<http://www.questionsante.org/03publications/charger/agirpromosante.pdf>
CDC. (1985). *Évaluation nutritionnelle rapide durant une sécheresse au Niger*.

CILSS. (2011). *comité inter Etat de lutte contre la sécheresse au sahel (CILSS)*. Consulté le Janvier 15, 2011, sur www.cilss.bf: <http://www.cilss.bf/spip.php?rubrique1>

CODES Deux-sèvres. (2008). Editorial. *Educ'santé'info* .

Contento, I. (1981). Children's thinking about food and eating – A Piagetian-based study. . *Journal of nutrition education* , S86-S90.

Delisle, H., Ntandou , B., Benjamin , F., & Gervais, D. (2005, Avril). Malnutrition infantile et surpoids maternel dans des ménages urbains pauvres au Bénin. *Cahier santé vol 15* , pp. 263-271.

Delore, P. (1942, Avril). Éditorial. *La santé de l'homme* .

ECHO. (2009). *Combattre la malnutrition dans le Sahel et en finir avec le « Tsunami Silencieux »*. Consulté le Mars 20, 2011, sur [europa.eu](http://ec.europa.eu/echo/aid/sub_saharian/sahel_fr.htm): http://ec.europa.eu/echo/aid/sub_saharian/sahel_fr.htm

Fabienne, L., Julie, B., Dr Isabelle, V., & Christine, F. (2005, Novembre). *Outils d'intervention en éducation pour la santé : critères de qualité*. Consulté le Mars 19, 2011, sur www.inpes.fr:
<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/883.pdf>

FAO. (1995). *(Essai de diagnostic de la situation nutritionnelle au Niger. Appui à l'introduction d'une nouvelle stratégie de nutrition dans l'agriculture. Projet TCP/NER/4451)*. Rome.

FAO. (2007). *FAO: salle de presse*. Consulté le Mars 18, 2011, sur www.fao.org:
<http://www.fao.org/newsroom/fr/news/2007/1000673/index.html>

FAO. (2009). *profil nutritionnel de pays : république du Niger*. Niamey.

FAO, P. (2010). *L'état de l'insécurité alimentaire dans le monde: combattre l'insécurité alimentaire lors des crise prolongées*.

FAOa. (2007). *l'éducation nutritionnelle dans les écoles primaires/ guide de planification pour le développement des programmes scolaires*. Consulté le Janvier 17, 2011, sur www.fao.org:
<http://www.fao.org/docrep/010/a0333f/a0333f00.htm>

FAOSTAT. (2006). *FAO-statistical database - Population, Annual series*. Consulté le Février 12, 2011, sur www.fao.org: <http://faostat.fao.org/site/405/default.aspx>

- FEWS-NET. (Juin 2006). *Comment comprendre les données nutritionnelles et les causes de la malnutrition au Niger: rapport spécial des systèmes d'alerte précoce contre les famines (FEWS NET)*. Niger: USAID.
- HCSP. (1994). *La santé en France, rapport général*. Paris.
- Houzelle-Marchal, S. B. (2006). *Éducation à la santé en milieu scolaire: choisir, élaborer et développer un projet*. Paris: INPES.
- INS. (2010). *Annuaire statistique des cinquante ans de l'indépendance du Niger*. Consulté le MARS 18, 2011, sur www.stat-niger.org: www.stat-niger.org
- INS. (2009). *déterminants de la sous nutrition des enfants de 0 à 59 mois au Niger*. Niamey: INS.
- INS, SAP, & SIMA. (2006). *ENQUETE SUR LA CONJONCTURE ET LA VULNERABILITE ALIMENTAIRE DES MENAGES*. Consulté le Mars 19, 2011, sur www.wfp.org: <http://documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/ena/wfp131106.pdf>
- INSAH. (2011). *Institut du sahel*. Consulté le janvier 15, 2011, sur www.insah.org: <http://www.insah.org/>
- Jourdan, D. (2006, Avril). Quelle éducation nutritionnelle à l'école? *Santé conjugulée - n° 36*, pp. 44-49.
- La malnutrition au sahel. UNICEF*. (2007). Consulté le Mars 19, 2011, sur www.unicef.org: http://www.unicef.org/wcaro/2009_2819.html
- Laurence, T., & François, B. (1996, Septembre). Le développement de l'éducation pour la santé en France: aperçu en France. *actualité et dossier en santé publique n° 16*, pp. 3-7.
- MACRO, I. E. (2007). *enquête démographique et de santé à indicateurs multiples*. Niamey.
- Maurice, B. C. (1995). *Dictionnaire de la réadaptation: termes techniques d'évaluation*. Québec: les publications du Québec.
- MSF. (2010, Octobre 20). *Malnutrition au Niger : 250 000 enfants pris en charge par MSF*. Consulté le Mars 19, 2011, sur www.msf.fr: <http://www.msf.fr/2010/10/20/1846/malnutrition-au-niger-250-000-enfants-pris-en-charge-par-msf/>
- niger, O. b. (2007). *Niger Enquête STEPS 2007: note de synthèse*.
- OMS. (1978). Déclaration Alma Ata. *International Conference on Primary Health Care*. Alma Ata.
- OMS. (1986). Charte Ottawa. *Conférence internationale pour la promotion de la santé*. Ottawa.
- OMS. (2007). *Niger Enquête STEPS 2007: note de synthèse*.
- OMS. (Juin 2010). *RAPPORT HEBDOMADAIRE DES ACTIVITES EHA*.
- OMS, U. (2009). *Normes de croissance OMS et identification de la malnutrition aiguë sévère chez l'enfant*.

PNUD. (2010). *Indicateurs internationaux de développement humain. Niger: Profil de pays et indicateurs de développement humain*. Consulté le Mars 19, 2011, sur [www.undp.org: http://hdrstats.undp.org/fr/pays/profils/NER.html](http://hdrstats.undp.org/fr/pays/profils/NER.html)

PNUD, R. F. (2003). *La situation de la communication pour le développement au Niger (Etat des lieux) Tome I*. Rome.

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. (1992). In search of how people change -- applications to addictive behaviors. *AIDS Education and Prevention*, 1102-1114.

RdN. (2007). *Annuaire statistiques du Niger*. Niamey.

RdN. (1998). *Ministère de l'enseignement secondaire et supérieur et de la recherche scientifique*. . Consulté le Mars 20, 2011, sur www.messrs.ne: http://www.messrs.ne/index.php?option=com_content&view=article&id=168:losen&catid=26:projet-et-programme&Itemid=140

RdN. (2006, Novembre). *Plan national d'action pour la nutrition 2007-2015*. Consulté le Mars 19, 2011, sur www.iycn.org: www.iycn.org/files/PlanNationalAlimentationetNutritionNiger.pdf

RdN. (2006). *Politique nationale en matière d'alimentation et de nutrition*. Niamey.

RdN. (2006). *Politique Nationale en matière d'alimentation et de nutrition*.

RdN. (2005). *Protocole national de prise en charge de la malnutrition*. NIAMEY.

RdN, & UNICEF. (2000). *ENQUÊTE À INDICATEURS MULTIPLES DE LA FIN DE LA DECENNIE*. Consulté le Mars 19, 2011, sur www.childinfo.org: <http://www.childinfo.org/files/niger.pdf>

Rosenstock, I., Strecher, V., & Becker, M. (1994). The Health Belief Model and HIV risk behavior change. In R.J. DiClemente and J.L. Belief Model and HIV risk behavior change. In R.J. DiClemente and J.L. interventions. *New York : Plenum Press*, 5-24.

Spiece, C. (2006, Mars). Quels outils en promotion de la santé? . *Éducation santé* .

Tarini, A., Seydou, B., & Delisle, H. (1999). la qualité nutritionnelle globale de l'alimentation d'enfants nigériens se reflète sur leur croissance. *Cahier de santé*, 9, pp. 23-31.

UNICEF. (1998). *La situation des enfants dans le monde* .

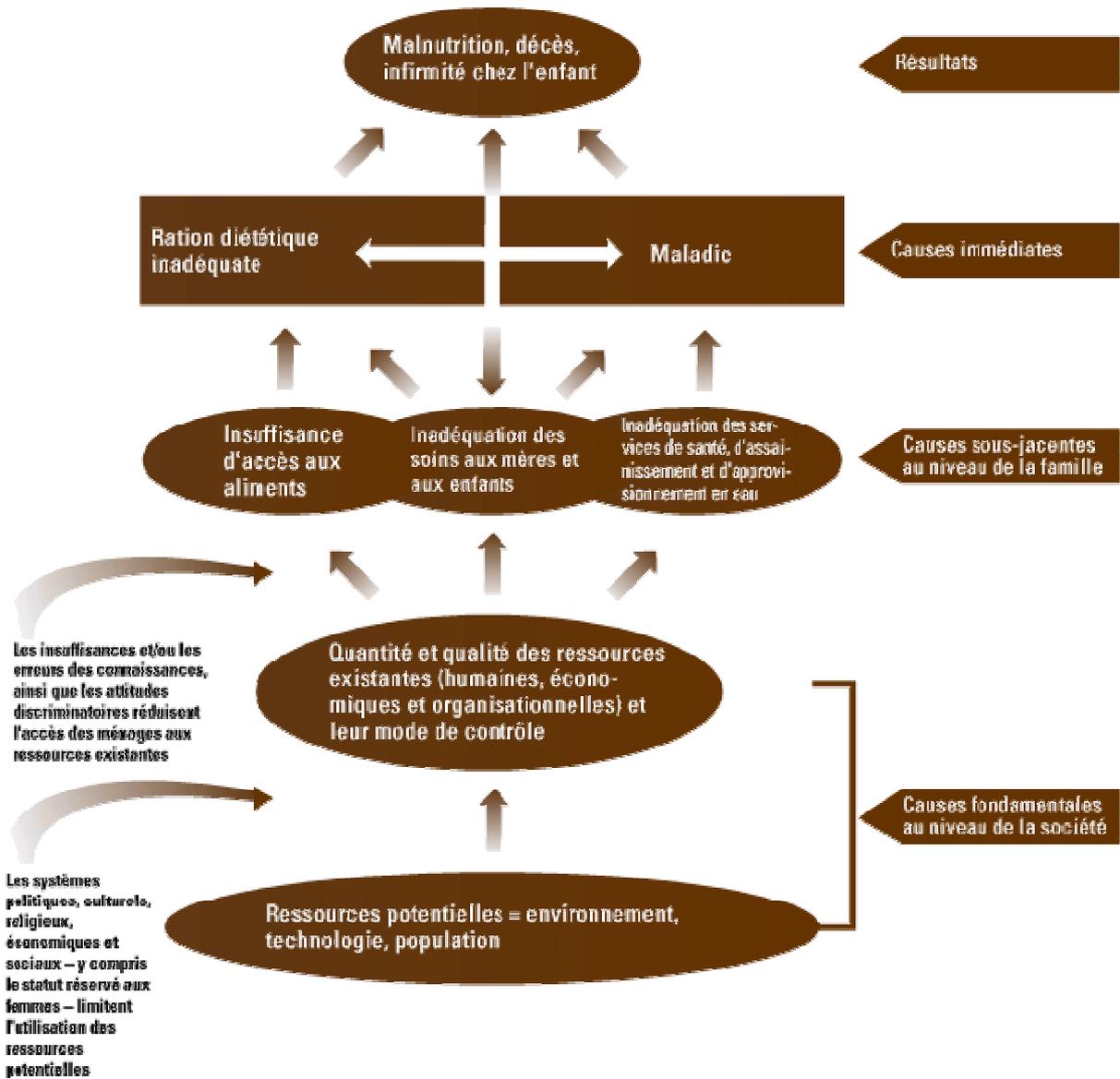
UNICEF. (2006). *Progrès pour les enfants : un bilan de la nutrition, numéro 4*.

Vignaux, v. (2002). *Femmes et enfants ou le corps de la nation*. Consulté le Mars 23, 2011, sur 1895. Mille huit cent quatre-vingt-quinze: <http://1895.revues.org/224>

Welsh, S. (1994). Atwater to the Present: Evolution of Nutrition Education. *Journal of nutrition*, 1799s-1807s.

Annexes :

Figure 6: cadre conceptuel des causes de la malnutrition



Source : UNICEF 1998 (UNICEF, 1998)