



Saúde
Ministério da Saúde

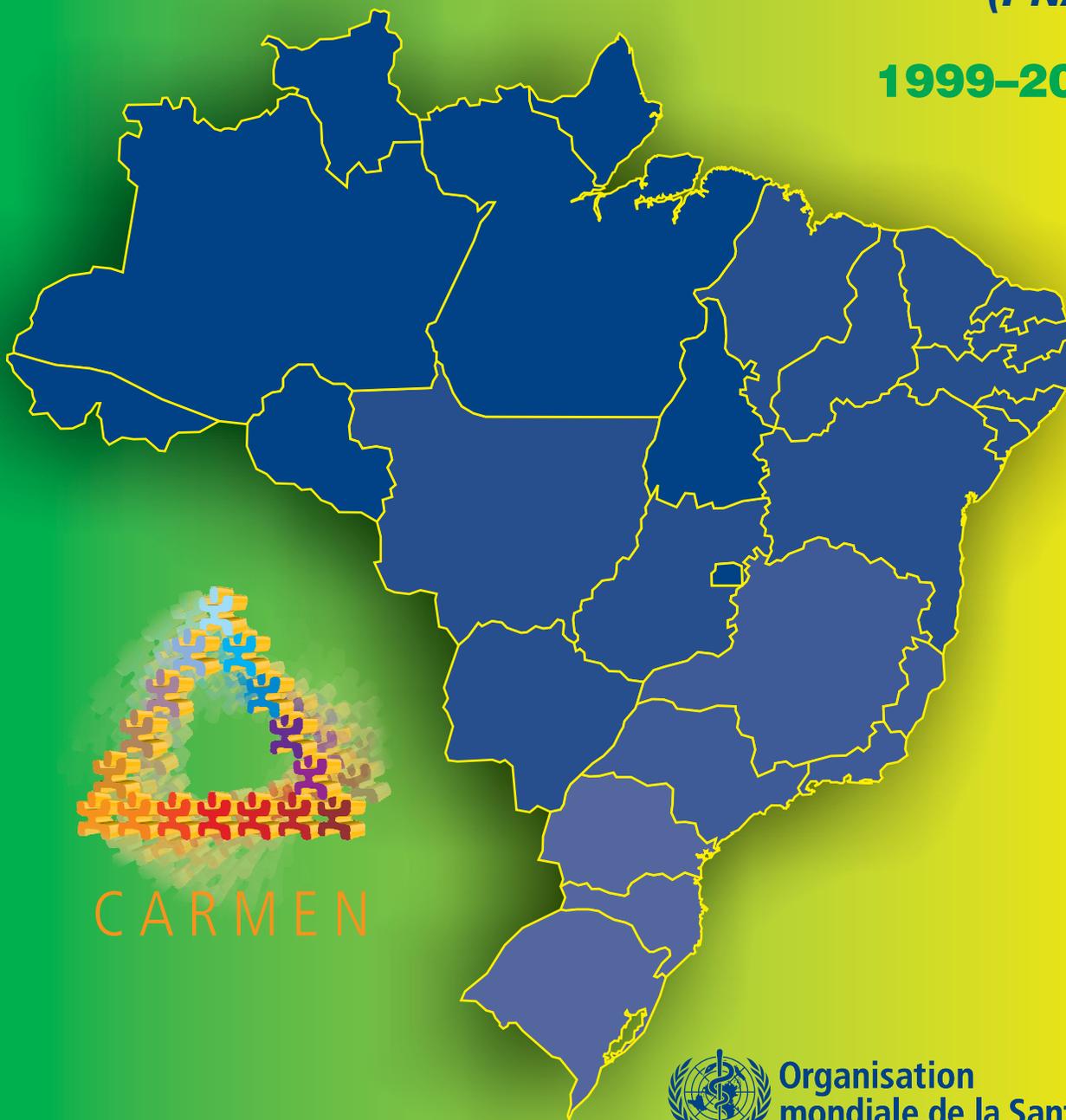


Observatoire des maladies chroniques non transmissibles

***** **Le cas du Brésil**

*Politique nationale d'alimentation et de nutrition
(PNAN)*

1999–2005



**Organisation
mondiale de la Santé**

Centre collaborateur de l'OMS sur
l'élaboration de politiques relatives
à la prévention des maladies
chroniques non transmissibles

Équipe de coordination de l'Observatoire des politiques de surveillance, de prévention et de contrôle des maladies chroniques non transmissibles (OPDCNT)

Deborah Carvalho Malta (SVS/MS)
Denise Bomtempo Birche de Carvalho (Université de Brasília)
Otaliba Libânio de Moraes Neto (SVS/MS)
Elisabeth Carmem Duarte (Université de Brasília)
Luciana Monteiro Vasconcelos Sardinha (SVS/MS)
Lenildo de Moura (SVS/MS)
Marília Mendonça Leão (CGPAN)
Anelise Rizzolo (CGPAN)

Spécialistes associés au Comité brésilien de l'Observatoire des politiques de surveillance, de prévention et de contrôle des MCNT (OPDCNT)

Isabella Samico – Évaluation de la santé (IMIP)
Iná Santos – Épidémiologiste (UFPEL)
Maria Imaculada – Qualitative Research (UFMG)
Sonia Natal – Évaluation de la santé (ENSP)
Aloysio Achutti – Cardiologue / Politique sur le tabac (AMRIGS)
Pedro Rodrigues Hallal – Ed. Phys (UFPEL)
Yara Carvalho – Ed. Phys. / Doctorat en santé collective (USP)
Dilian Goullart – CGPAN-MS

Assistants de recherche

Juliana Rochet, Andréa Fucks, Tânia Maria Tosta da Silva,
Sônia Marlene do Prado (UnB)

Coopération internationale – OPS

Lucimar Coser Cannon
Branka Legetic
Luiz Gerardo Castellanos
Miguel Malo

Centre de coopération de l'OMS/Canada

Clarence Clotey, Sylvie Stachenko, Ellen Vogel

Révision

Tânia Maria Tosta da Silva

Remerciements

Nous remercions les personnes-ressources d'avoir contribué au processus de recherche et à la production de connaissances en vue de la formulation d'une politique intégrée de prévention, de contrôle et de surveillance des maladies chroniques non transmissibles au Brésil.

Cette publication a été appuyée par l'expertise et le financement canadien.

ABRÉVIATIONS

ABIN	Association brésilienne de l'industrie de la nutrition
ASBRAN	Association brésilienne de la nutrition
ABSAN	Association brésilienne de sécurité alimentaire et nutritionnelle
ABRANDH	Action brésilienne pour la nutrition et les droits de l'homme
ANS	Agence nationale de la santé - services supplémentaires
ANVISA	Agence nationale de surveillance sanitaire
ATAN	Secteur technique de l'alimentation et de la nutrition
BEMFAM	Bien-être de la famille au Brésil
CFN	Conseil fédéral de la nutrition
CGDANT	Coordination générale de la surveillance des maladies non transmissibles et des traumatismes
CGPAN	Coordination générale des politiques d'alimentation et de nutrition
CGPNPS	Comité de gestion de la politique nationale de la promotion de la santé
CIAN	Commission intersectorielle de l'alimentation et de la nutrition
CNA	Commission nationale de la nutrition
CNAE	Commission nationale de la nutrition en milieu scolaire
CNAS	Conseil national du service social
CNRH	Centre national des ressources humaines
CNS	Conseil national de la santé
CNSAN	Conférence nationale sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle
COBAL	Compagnie brésilienne d'alimentation
CONAB	Compagnie nationale de l'approvisionnement
CONASEMS	Conseil national des secrétaires municipaux à la santé
CONASS	Conseil national des secrétaires à la santé
CONEP	Commission nationale de l'éthique et de la recherche
CONSEA	Conseil national de la sécurité alimentaire et nutritionnelle
CSA	Conseil de la sécurité alimentaire
CSUs	Centres sociaux urbains
DANTs	Maladies et affections non transmissibles (MNT)
(NICD) DCNT	Maladies chroniques non transmissibles (MCNT)
DCV	Maladies cardiovasculaires (MCV)
DHAA	Droit humain à une alimentation adéquate
DHS	Recherche en démographie et santé
EMBRAPA	Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária
ENDEF	Étude nationale sur les dépenses familiales
ENSP	École nationale de la santé publique
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
FAE	Fondation d'assistance aux étudiants
FBSAN	Forum brésilien de sécurité alimentaire et nutritionnelle
FIBGE	Fondation de l'Institut brésilien de géographie et de statistiques
FIOCRUZ	Fondation Oswaldo Cruz
FSESP	Fondation nationale des services de santé publique
FUNASA	Fondation nationale de la santé
IBASE	Institut brésilien d'analyses sociales et économiques
IBGE	Institut brésilien de géographie et de recherche
ICCN	Incitation à la lutte contre les déficits nutritionnels
IDEC	Institut brésilien de défense des consommateurs
IHAC	Initiative « L'Hôpital ami de l'enfant »
IMIP	Institut pour la protection maternelle et infantile de Pernambuco

INAE	Institut national d'assistance aux étudiants
INAN	Institut national de l'alimentation et de la nutrition
INCA	Institut national du cancer
INESP	Institut d'enseignement supérieur et de recherche
INCQS	Institut national du contrôle de la qualité en santé
IPEA	Institut de recherche économique et appliquée
IPLAN	Institut de planification et gestion gouvernementale
LACENS	Laboratoires centraux de santé publique
LOS	Loi cadre sur la santé
MDA	Ministère du Développement agricole
MCT	Ministère de la Science et de la Technologie
MDS	Ministère du Développement social et de la lutte contre la faim
MAPA	Ministère de l'Agriculture, de l'Élevage et de l'Approvisionnement
MP	Ministère public
OAB	Ordre des avocats du Brésil
OMS	Organisation mondiale de la santé
OPAS	Organisation panaméricaine de la santé (OPS)
OPDCNT	Observatoire des politiques de surveillance, de prévention et de contrôle des maladies chroniques non transmissibles
PAB	Niveau minimum des soins de santé primaires
PACS	Programme des agents de santé communautaires
PAE	Plan d'action économique
PAN	Programme de soutien à la nutrition
PASEP	Programme de constitution du patrimoine des fonctionnaires
PAS	Programme pour les aliments sécuritaires
PASS	Programme d'action sociale en matière d'assainissement
PAT	Programme d'alimentation du travailleur
PBA	Programme d'allocation alimentaire
PBEM	Programme pour le bien-être du mineur
PCA	Programme complémentaire de nutrition
PCFM	Plan de combat à la faim et à la misère et pour la vie
PCF	Plan de combat à la faim et à la misère et pour la vie
PCS	Programme Communauté solidaire
PED	Plan de développement stratégique
PGRM	Programme de garantie du revenu minimum
PIASS	Programme d'internalisation des services de santé et d'assainissement
PIE	Programme de médiation pour l'emploi
PIS	Plan d'intégration sociale
PLANFOR	Plan national de formation professionnelle
PNAA	Programme national d'accès à l'alimentation
PNAE	Programme national de nutrition en milieu scolaire
PNAN	Politique nationale d'alimentation et de nutrition
PNCC	Programme national pour renforcer la capacité des villes
PNAD	Recherche nationale par échantillon de domiciles
PNDS	Recherche nationale en démographie et santé
PNBEM	Politique nationale de bien-être de l'enfant
PND	Plan national de développement
PNI	Programme national d'immunisation
PNIAM	Programme national d'encouragement de l'allaitement maternel
PNLCC	Programme national de distribution de lait aux enfants nécessiteux
PNM	Programme national pour l'enfance
PNS	Programme Nutrition santé

PNSA	Conseil national de la sécurité alimentaire
PNSN	Programme national sur la santé et la nutrition
PPA	Plan pluriannuel
PRODEA	Programme de distribution alimentaire d'urgence
PRODECOR	Programme de développement des collectivités rurales
PROGER	Programme de création d'emplois et de revenus
PRONAF	Programme national d'appui à l'agriculture familiale
PRONAN	Programme national d'alimentation et de nutrition
PSA	Politique de sécurité alimentaire
PSA	Politique de la sécurité alimentaire
PSMI	Programme de santé mère-enfant
SAN	Sécurité alimentaire et nutritionnelle
SAS	Secrétariat d'aide à la santé
SALTE	Santé, alimentation, transport et énergie
SAPS	Service alimentaire de la sécurité sociale
SBSA	Sol brésilien pour la sécurité alimentaire
SEAC	Secrétariat à l'action communautaire
SINE	Système national d'emploi
SISVAN	Système de surveillance de l'alimentation et de la nutrition
SNME	Service national des repas scolaires
SNVS	Système national de surveillance de la santé
SPS	Secrétariat des politiques de santé
SUS	Système unique de santé
SGEP	Secrétariat de gestion stratégique et participative
SGTES	Secrétariat de gestion du travail et de l'éducation en santé
SCTIE	Secrétariat de la science, de la technologie et des facteurs stratégiques
SVS	Secrétariat de la surveillance de la santé
TCLE	Clause de consentement libre et éclairé
UFBA	Université fédérale de Bahia
UFPE	Université fédérale de Pernambuco
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USP	Université de São Paulo
VISAS	Centre de surveillance sanitaire des états, du district fédéral et des municipalités
ZERO HUNGER PROGRAM	– Programme Zéro Faim

	Rétablir la sécurité alimentaire et nutritionnelle comme priorité gouvernementale (2003-2005)	41
	Idées	42
	Intérêts	54
	Institutions	56
	Instruments de politique et plans des mesures concernant les lignes directrices de la PNAN (1999-2005)	63
	Les programmes liés à la PNAN et à la SAN (1999-2005)	65
	<i>Ministère de la Santé</i>	65
	<i>Ministère de l'Éducation</i>	73
	Programmes intersectoriels dans le cadre de la PNAN et de la Sécurité alimentaire et nutritionnelle (SAN) 2003-2005	73
	Maladies chroniques non transmissibles (MCNT) relevant de la PNAN et leur émergence comme un problème de santé publique	78
	Conclusions	84
	Leçons tirées du processus de formulation de la PNAN – Étude de cas du Brésil	86
	Références bibliographiques	87
	Annexes	93
	Annexe 1	
	Politique nationale d'alimentation et de nutrition (PNAN) Résumé	94
	Annexe 2	
	Guide d'entretien	102
	Annexe 3	
	Clause de consentement libre et éclairé	103

Introduction



La présente étude porte sur deux aspects fondamentaux et complémentaires :

1) l'inventaire des initiatives prises par le gouvernement pour prévenir et contrôler les maladies chroniques non transmissibles (MCNT) au Brésil selon cinq axes fondamentaux du secteur de la santé publique, à savoir la Politique nationale d'alimentation et de nutrition (PNAN), la Politique nationale de lutte contre le tabagisme, la prise en charge du diabète et de l'hypertension, l'activité physique et la surveillance;

2) l'analyse du processus de formulation des initiatives visant la protection et la promotion de la santé, compte tenu de la reconstitution des éléments fondamentaux des politiques et des critères qui interviennent dans la prise de décisions en vue de formuler des initiatives de prévention et de contrôle des MCNT.

De façon générale, l'étude des MCNT, à la lumière du débat mené dans le secteur de la santé publique (LESSA, 1998, 2004), a fait apparaître des changements dans les tendances de morbidité et de mortalité au sein de la population depuis les années 1960. Ces changements se caractérisent, entre autres, par le déclin notable du nombre de décès dûs à des maladies infectieuses et par l'augmentation graduelle du nombre de décès dûs à des maladies non transmissibles.

Ce processus, appelé « transition épidémiologique », reflète, dans le domaine de la santé publique, une série de changements généraux qui se sont produits dans la dynamique de la vie collective : les changements démographiques, économiques et sociaux, l'exposition plus importante à des modes de vie malsains comme le tabagisme, la sédentarité ou les mauvaises habitudes alimentaires, etc.

Selon les données du ministère de la Santé (2004), les MCNT sont à l'origine d'un grand nombre de décès et d'une grande partie des dépenses de soins hospitaliers du système de santé brésilien (SUS), puisqu'elles ont représenté environ 69 % des dépenses en soins de santé en 2002. Depuis les années 1960, les maladies cardiovasculaires (MCV) sont devenues le tueur numéro un au Brésil et, actuellement, la principale cause de deux tiers des décès (BRÉSIL, MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 2004).

En 2003, ces maladies sont à l'origine de 274 068 (31,5 %) décès dont les causes ont été déterminées (tableau 1), dans les proportions suivantes



(tableau 2) : maladies cérébrovasculaires (32,5 %), maladies ischémiques (30,4 %), maladies hypertensives (10,2 %), et insuffisance cardiaque (9,9 %).

Tableau 1 : Décès par groupe de causes, Brésil, 2003

Causes de décès	Nombre de décès	%
1 Maladies cardiovasculaires	274 068	31,5 %
2 Néoplasie (tumeurs)	134 691	15,5 %
4 Causes externes	126 657	14,6 %
5 Maladies respiratoires	97 656	11,2 %
6 Maladies endocrines, de la nutrition	51 190	5,9 %
7 Maladies du système digestif	46 894	5,4 %
8 Maladies infectieuses et parasitaires	46 533	5,4 %
9 Maladies de la période périnatale	32 040	3,7 %
10 Autres causes	59 177	6,8 %
Total des décès de causes inconnues	868 906	86,69 %
3 Causes mal définies	133 434	13,31 %
Total des décès	1 002 340	100,00 %

Source : SIM/MS

Présenté par : CGDANT/DASIS/SVS/MS

Tableau 2 : Décès causés par des maladies cardiovasculaires, Brésil et régions, 2003

	Nord	Nord-Est	Sud-Est	Sud	C-Ouest	Total	%
Maladies cardiovasculaires	10 106	56 392	141 398	48 978	17 194	274 068	100,0 %
Maladies cérébrovasculaires	3 913	20 500	43 082	16 307	5 227	89 029	32,5 %
Cardiopathies ischémiques	2 411	14 705	45 156	16 293	4 629	83 194	30,4 %
Infarctus aigu du myocarde	2 016	12 116	33 053	12 071	3 473	62 729	22,9 %
Maladies hypertensives	1 113	6 934	14 026	3 921	1 850	27 844	10,2 %
Insuffisance cardiaque congestive	1 248	6 708	12 320	5 001	1 887	27 164	9,9 %
Autres maladies du système circulatoire	542	2 717	6 819	2 182	942	13 202	4,8 %
Myocardiopathies	343	2 206	7 554	1 517	1 326	12 946	4,7 %
Maladies artérielles (dont anévrismes)	191	1 286	6 148	1 848	687	10 160	3,7 %
Maladies de l'appareil cardio-pneumatique et de l'appareil vasculaire pulmonaire	199	719	3 521	1 020	296	5 755	2,1 %
Arythmies	146	617	2 772	889	350	4 774	1,7 %

Source : SIM/MS

Présenté par : CGDANT/DASIS/SVS/MS

Tableau 3 : Nombre et augmentation (%) du nombre de personnes âgées et de la population brésilienne de 1991 à 2000, par groupe d'âge

Groupe d'âge	Année		Augmentation	
	1991	2000	n°	%
60 - 69	6 412 918	8 182 035	1 769 117	27,6 %
70 - 79	3 180 136	4 521 889	1 341 753	42,2 %
Plus de 80	1 129 651	1 832 105	702 454	62,2 %
Total > 60	10 722 705	14 536 029	3 813 324	35,6 %
Population totale	146 825 475	169 799 170	22 973 695	13,52 %

Source : IBGE, par DATA US/MS

Présenté par : CGDANT/DASIS/SVS/MS



Au cours des dernières décennies, la prévention des MCNT est devenue un sujet de préoccupation pour les pouvoirs publics et différentes organisations internationales, en raison de la transition démocratique au Brésil, de l'augmentation du nombre de personnes âgées (tableau 3) et de l'incidence élevée de ces maladies dans ce segment de population.

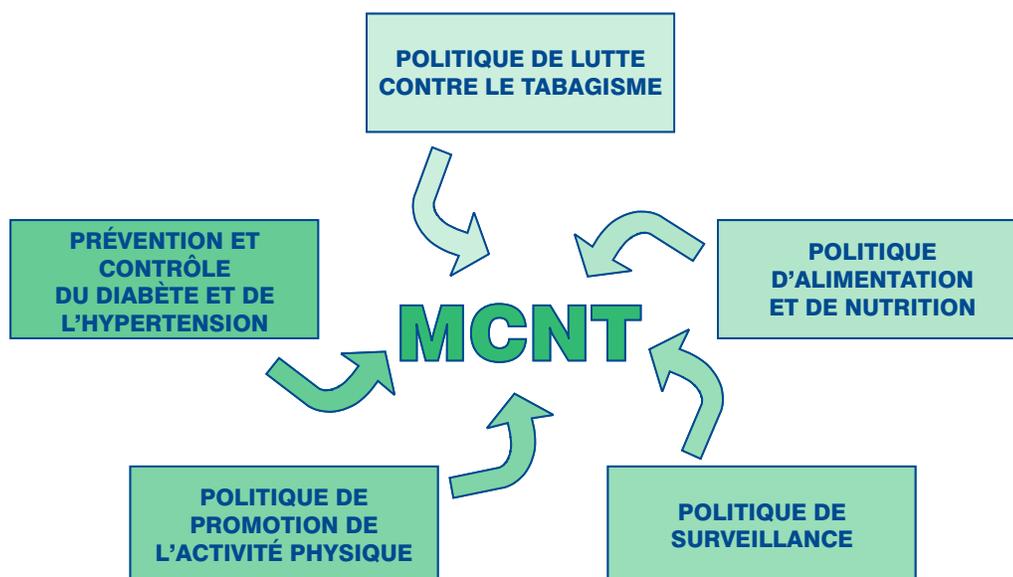
Le Brésil conçoit des stratégies de prévention et d'intervention et de gestion des MCNT depuis près d'un siècle (MINISTÈRE DE LA SANTÉ, BRÉSIL, 2002). Cependant, ces mesures sont fragmentées entre diverses institutions, car elles sont structurées et dirigées par différents ministères, sans lien apparent entre elles, ce qui peut entraîner une superposition des activités et diminuer l'efficacité et l'efficacité des interventions.

Ainsi, la complexité des MCNT et les effets reconnus sur le système de santé brésilien du caractère épidémique possible de ces maladies, y compris du point de vue du financement des mesures d'aide, rendent évidente la nécessité de mener un débat public prolongé et rigoureux sur la formulation d'une politique nationale de prévention et de contrôle des MCNT.

Compte tenu de ces préoccupations, le projet a été conçu sur la base d'un vaste processus participatif, auquel se sont associés le ministère de la Santé, l'Observatoire des politiques de prévention, de contrôle et de surveillance des MCNT (OPDCNT), l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS), l'Agence de la santé publique du Canada et des centres de coopération dans les universités brésiliennes.

Le projet vise principalement à classifier les informations et à analyser le processus de formulation des politiques publiques de prévention et de contrôle des MCNT dans la sphère fédérale, d'après les cinq axes du secteur de la santé publique – 1) Politique d'alimentation et de nutrition, 2) Politique de lutte contre le tabagisme, 3) Prévention et contrôle du diabète et de l'hypertension, 4) Politique de promotion de l'activité physique et 5) Politique de surveillance – comme suit :

Étude de cas sur le Brésil : cinq axes d'analyse





L'analyse mentionnée couvrait le processus décisionnel aux fins de la formulation de ces initiatives au sein de différents secteurs du ministère de la Santé. Cela s'explique par le fait que, si le rendement technique d'un projet de mesure fait partie, selon des critères rationnels, de tous les programmes gouvernementaux, tous ont également un contenu politique. Les interventions ou les programmes gouvernementaux sont mis en œuvre dans un contexte extrêmement politique.

L'intervention des pouvoirs publics dans le contexte social est complexe. La formulation des politiques ou des programmes gouvernementaux dépend des relations qui existent non seulement entre les différents groupes politiques dans le pays, mais aussi entre ces derniers et la société organisée. Il convient donc de tenir compte du poids politique des actions menées par le gouvernement dans l'analyse de ses programmes, surtout lorsque l'objectif est d'analyser le processus de formulation des politiques publiques.

L'Observatoire des politiques a été mis en place afin qu'il contribue à la capacité technique d'analyser et d'évaluer des politiques de prévention des MCNT en Amérique latine et dans les Caraïbes. L'Observatoire est tenu de classifier et d'analyser avec précision et rigueur des renseignements sur les politiques de prévention des MCNT. « L'Observatoire pourra évaluer l'évolution des interventions dans la région et sera chargé de diffuser les conclusions de l'analyse et d'autres résultats pertinents » (OPS, 2003).

Dans ce contexte et en partenariat avec le Centre de collaboration du Canada pour l'élaboration des politiques de prévention des maladies chroniques non transmissibles, l'OMS effectue des études de cas axées sur la formulation et la mise en œuvre de politiques dans trois pays : le Brésil, le Costa Rica et le Canada.

Au Brésil, la conception de l'Observatoire a englobé le processus d'analyse des politiques de santé publique relatives aux MCNT. Cette recherche s'inscrit dans le cadre de ce projet.

On s'est efforcé, dans la recherche, de répondre aux questions suivantes :

- Comment les initiatives gouvernementales de contrôle et de prévention des MCNT s'insèrent-elles dans une stratégie future plus globale de lutte contre ce problème?
- Comment ces initiatives pourraient-elles contribuer à la formulation d'une politique publique intégrée de prévention et de contrôle des MCNT au Brésil?

Objectifs de l'étude de cas du Brésil



- Décrire les initiatives de prévention des MCNT au Brésil en ce qui concerne la prévention du tabagisme, la promotion de l'activité physique, la prise en charge du diabète et de l'hypertension, la politique d'alimentation et de nutrition et la surveillance des MCNT;
- Analyser le processus de formulation de ces initiatives d'intervention publique pour protéger et promouvoir la santé;
- Analyser la façon d'intégrer ces initiatives à une stratégie future plus globale pour s'attaquer au problème et formuler une politique intégrée de prévention et de contrôle des MCNT au Brésil;
- Cerner les éléments qui facilitent ou entravent la formulation et l'approbation de politiques à cet égard;
- Soutenir la formulation d'une politique intégrée de prévention et de contrôle des MCNT au Brésil;
- Comparer les résultats du Brésil aux processus de formulation des politiques de prévention et de contrôle des MCNT au Costa Rica et au Canada.



Approche méthodologique et théorique

Pour mieux définir les instruments de recherche, il est nécessaire de comprendre ce qu'est l'analyse d'une politique publique donnée et comme il n'y a guère de consensus à cet égard, les analystes se doivent, de prime abord, d'indiquer leurs choix et préférences. (DRAIBE, 2001)

Nous entendons par « analyse des politiques publiques », l'évaluation de la mécanique institutionnelle et des principales caractéristiques des programmes. Chaque politique publique peut être formulée et mise en œuvre de plusieurs façons. Le choix d'une formulation ou d'une mise en œuvre – qu'il s'agisse des méthodes de financement, des modalités de prestation des services, de la relation entre secteur public et secteur privé, etc. – plutôt qu'une autre constitue l'objet de l'analyse visant à reconstituer les différents éléments afin de les saisir comme un tout cohérent et compréhensible.

Toutefois, bien qu'on puisse attribuer, dans l'analyse d'une politique publique, certains des résultats possibles à une conception institutionnelle donnée, seule l'évaluation de la politique peut assigner une relation causale entre une modalité d'intervention publique et sa capacité ou son incapacité à atteindre ses objectifs. Ou même une relation entre cette intervention et un résultat donné ou un effet sur la situation sociale avant qu'elle soit appliquée.

Selon Draibe (2001, p. 12) :

« Les politiques et les programmes sont vivants. Ils naissent, évoluent, se modifient et se transforment. Finalement, ils prennent fin et parfois ils meurent. Ils ont un cycle de vie, un processus de développement ou de maturation, et parfois, de vieillissement et d'affaiblissement (...) Mais ils sont en chair et en os, voire en corps et en âme. Ils sont décidés et préparés par des gens. Ils sont destinés à des gens et au lieu où ils vivent. Ils sont gérés et mis en œuvre par des gens et ce sont aussi des gens qui les évaluent, quand ils le sont. Les gens et les groupes de gens qui donnent vie à ces politiques agissent en fonction de leurs valeurs, de leurs préoccupations, de leurs choix et de leurs perspectives. Et comme on le sait, il n'y a ni consensus ni unanimité. Au contraire, le champ où les politiques et les programmes naissent peut être considéré comme un champ de forces, de débats, de conflits qui surviennent et sont résolus dans la durée. »

Le contenu politique des politiques constitue ce qu'on pourrait appeler une « économie politique des politiques publiques » (DRAIBE, 2001),



puisqu'elles renvoient au sens et à la logique de la dynamique des programmes et sont influencées par les préoccupations, les conflits et les négociations éventuelles. C'est le moment où les politiques sont modelées et formulées, lorsque les premières décisions sont prises et que les stratégies d'action sont définies.

Même si ces processus sont interdépendants, une conception plus délimitée de l'évolution d'une politique distingue au moins deux moments avant la mise en œuvre. L'étape de la définition comprend l'établissement des priorités, la définition des problèmes et l'identification des solutions de rechange. L'étape de la formulation est le moment où les différentes propositions deviennent la politique elle-même, par l'établissement des buts et des objectifs, la définition des ressources et l'annonce des stratégies d'élaboration de la politique.

Divers auteurs traitent de l'évaluation et de l'analyse des politiques publiques utilisées dans ce projet, ce qui nous a permis de distinguer deux étapes importantes dans le cycle de vie des programmes gouvernementaux : l'étape prédécisionnelle qui est dictée par les priorités gouvernementales et la confrontation des processus de définition des solutions de rechange, et l'étape décisionnelle, c'est-à-dire les décisions autorisées par les représentants du gouvernement concernés par la formulation d'un programme.

Les processus prédécisionnels et décisionnels d'une politique ou d'un programme donné sont très complexes et tendent à être longs. Théoriquement, la première étape inclut la définition des priorités (présentation du sujet, ou plus précisément, des exigences du point de vue des priorités sociales, puis des priorités gouvernementales); la production et la comparaison des options possibles par différents groupes d'acteurs, les processus de sélection et leur prise en charge par les agents, selon l'héritage de l'organisation ou ses traditions et ses cultures. La deuxième étape est celle de la formulation, c'est-à-dire principalement les décisions prises sur des aspects tels que le calendrier des mesures, les acteurs stratégiques contribuant à l'élaboration des politiques, les buts à atteindre et les ressources disponibles, qui débouchent sur des lois, des décrets, des règlements, etc.

La conception d'un cycle de programme composé de stades ou d'étapes a été adoptée à des fins de systématisation méthodologique, puisque, même si certains cycles ont leurs caractéristiques inhérentes, il est difficile de les séparer totalement, car les acteurs engagés sont dynamiques et créatifs.

Il est essentiel de décrire la méthodologie utilisée pour comprendre les étapes à suivre pour élaborer une étude de cas : l'analyse de l'établissement des priorités gouvernementales, la comparaison des propositions, la définition des politiques ou des stratégies de prévention et de contrôle des MCNT selon les cinq axes décrits, et d'expliquer leur conception, leur portée et leurs objectifs.

La reconstitution des processus de définition et de formulation des initiatives à analyser tient compte de l'existence d'une série de décisions prises par différents acteurs qui influencent et dirigent la configuration des mesures telles qu'elles sont proposées.



Selon Castro (2000, p. 2) :

« On admet qu'au cours du processus, différents acteurs coexistent. Ils planifient et agissent à partir de perspectives différentes selon une compréhension et une interprétation de la réalité qui correspondent à leurs besoins et aux différentes capacités qu'ils détiennent, et compte tenu de ressources de pouvoir dont ils disposent. Dans les processus de formulation, les acteurs sont confrontés aux décisions sur les interactions politiques, aux arènes de prise de décisions politiques ou les organisent (ou non), d'un commun accord, autour du maintien et de l'accroissement de l'espace de maîtrise des ressources disponibles pour l'État. C'est dans chacun de ces lieux de décisions que sont définis les centres qui décident des politiques formulées et mises en œuvre. »

Nous utiliserons le modèle conceptuel de John W. Kingdon (1995) pour analyser les processus de formulation des politiques publiques – le thème de notre recherche.

Kingdon met l'accent sur les principaux processus qui précèdent les décisions de mise en œuvre d'une politique sociale : l'établissement des priorités et la définition précise des options. Les priorités gouvernementales sont une série d'éléments auxquels les autorités gouvernementales portent une certaine attention à un certain moment. Le processus de définition des options est celui de la sélection réelle des solutions dans une série de solutions faisables.

Priorités gouvernementales

Pour comprendre le processus, trois étapes interreliées ont été cernées : les problèmes, les politiques et la politique. Les acteurs sociaux reconnaissent les problèmes, font des propositions pour reformuler les politiques publiques et participent à des activités politiques telles que des campagnes électorales et des actions politiques organisées par des groupes de pression (promotion et défense). Chaque participant – président, de la République députés du Congrès national, fonctionnaires, lobbyistes, journalistes, professeurs universitaires, etc. – peut, au début, être engagé dans l'un des trois processus (reconnaissance des problèmes, élaboration des propositions et politique).

Problèmes : La reconnaissance des problèmes est un moment crucial de la définition des priorités. Lorsqu'elles sont établies, les possibilités qu'une proposition ou un sujet soit retenu sont visiblement renforcées s'il y a un lien avec un problème important qui, d'une certaine façon, viole des valeurs communes.

Politique : Deuxièmement, ce qui explique qu'un sujet finisse ou non par faire partie des priorités gouvernementales, c'est le climat politique. Indépendamment de la reconnaissance des problèmes ou de l'élaboration de propositions politiques, les événements politiques ont leur dynamique et leurs règles propres. Les acteurs observent des changements dans le contexte politique national, les élections apportent de nouvelles administrations et de nouveaux partis, ou de nouvelles configurations idéologiques au Congrès national, et les différents groupes de pression imposent (ou ne parviennent pas à imposer) leurs exigences au gouvernement.

Participants publics : En troisième lieu, les participants publics, ceux qui font l'objet d'une très forte pression et de l'attention du public — le président de la République, les cadres de haut niveau, les députés du Congrès national, les médias de masse et les acteurs



Au moment de la prise de décisions, les participants publics, c'est-à-dire le président, les ministres, les cadres de haut niveau et les députés, assument un rôle central bien que les participants inconnus jouent aussi un rôle. À cette étape, les décisions sont prises en vertu de mécanismes officiels (lois, décrets, résolutions), l'autorisation est accordée, les obligations et les droits sont établis et les ressources sont allouées par le truchement de l'autorité publique.

D'après la description des événements concernant les MCNT, il faut répondre à quatre questions principales :

- Comment et depuis quand le problème des MCNT fait-il partie des priorités du gouvernement du Brésil?
- Quelles sont les solutions de rechange proposées par les divers acteurs gouvernementaux pour la prévention et le contrôle des MCNT?
- Quelles ont été les options de politiques, les programmes et les mesures choisis pour lutter contre le problème?
- Pourquoi certaines solutions, sous forme de politiques, de programmes ou de mesures, ont-elles été privilégiées?

Approche méthodologique



Il s'agit d'une recherche qualitative visant à éclairer la manière dont les acteurs interprètent le processus de formulation des politiques publiques de promotion de la santé, ce qui pourrait contribuer à la formulation d'une politique intégrée de surveillance, de prévention et de contrôle des MCNT.

La méthode la plus utilisée a été l'étude de cas comparative parmi les unités d'analyse empirique choisies par les membres de l'Observatoire des politiques, qui sont : a) Politique d'alimentation et de nutrition, b) Politique de lutte contre le tabagisme, c) Prévention et contrôle du diabète et de l'hypertension, d) Politique de promotion de l'activité physique et e) Politique de surveillance. Les résultats présentés ici portent sur un seul cas (la Politique nationale d'alimentation et de nutrition), car les autres axes de conception de la recherche seront structurés ultérieurement, selon le calendrier de l'étude de cas du Brésil fixé par l'Observatoire des politiques.

Ces unités d'analyse ont été sélectionnées, car elles pourraient contribuer considérablement à la prévention des MCNT (BRÉSIL, MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 2002), selon la situation du pays.

Pour Yin (2005), « normalement, les études de cas sont plus importantes lorsqu'elles cherchent à répondre à des questions sur le moment et les motifs, lorsque le cas échappe en large partie au chercheur et lorsque l'accent est mis sur des événements contemporains dans un certain contexte de la "vie réelle", surtout lorsque les limites entre l'événement et le contexte ne sont pas clairement définies ».

Unité d'analyse : Politique nationale d'alimentation et de nutrition

Puisque la méthode définie était l'étude de cas, l'établissement de l'unité d'analyse correspond à la définition du « cas » à étudier. (YIN, 1984; ALVES-MAZZOTTI et GEWANDSJNAJDER, 1998)

Différents aspects ont été pris en compte dans le choix de la Politique nationale d'alimentation et de nutrition (PNAN) comme unité d'analyse comparative : a) c'est une ligne directrice du gouvernement fédéral, de nature multisectorielle, sous la responsabilité conjointe du ministère de la Santé, du ministère du Plan, du Budget et de la Gestion, du ministère du Développement social et de la lutte contre la faim, du ministère de l'Éducation, entre autres; b) la PNAN coïncide avec les objectifs nationaux



sur les MCNT; c) c'est une politique sectorielle de portée nationale; d) elle concerne l'un des principaux facteurs de protection contre les MCNT : la promotion d'une nutrition saine; et e) la PNAN comporte un volet intersectoriel qui la relie à d'autres politiques publiques gouvernementales, ce qui lui donne un potentiel d'universalisation.

En juin 1999, le ministère de la Santé a approuvé, par l'ordonnance n° 710, la Politique nationale d'alimentation et de nutrition qui est un volet de la Politique nationale de santé (PNS) et qui vise également la sécurité alimentaire et nutritionnelle. (BRÉSIL, MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 2003)

La formulation de la PNAN a été coordonnée par l'ancien Secrétariat des politiques de santé, avec la participation de secteurs gouvernementaux, de segments de la société et d'experts en la matière. Elle a été soumise à l'évaluation de la Commission intergestionnaires tripartite et du Conseil national de la santé.

La PNAN et d'autres initiatives gouvernementales appartiennent au « groupe des politiques gouvernementales pour la réalisation du droit humain universel à une alimentation et une nutrition adéquates ». (BRÉSIL, MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 2003, p. 17)

Les lignes directrices politico-institutionnelles de la PNAN (BRÉSIL, MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 2003, p. 19) ont été définies en fonction de leurs objectifs :

- Favoriser des mesures intersectorielles pour l'accès universel à l'alimentation;
- Garantir la sécurité et la qualité des aliments et les services à cet égard;
- Surveiller l'état de l'alimentation et de la nutrition de la population brésilienne;
- Promouvoir des habitudes alimentaires et un mode de vie sains;
- Prévenir et prendre en charge les troubles de la nutrition et les maladies associées à l'alimentation et à la nutrition;
- Promouvoir l'élaboration de thèmes de recherche;
- Créer et former des ressources humaines.

Voici les questions de recherche qui ont guidé l'analyse des processus de formulation de la PNAN :

- Quel contexte social, institutionnel et politique rend le processus de formulation de la PNAN viable?
- Comment, dans le cadre de la PNAN, la prévention des MCNT a-t-elle été intégrée aux priorités gouvernementales?
- Quels sont les problèmes de santé collectifs à l'origine de cette initiative?
- Quelles sont les solutions de rechange proposées par les différents acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux pour s'attaquer au problème?



Collecte de données

Pour répondre à ces questions de base et atteindre les objectifs de la recherche, des données primaires et secondaires ont été utilisées.

Données secondaires

Les données secondaires concernant les dimensions des problèmes ont été compilées en se basant sur les cinq composantes et unités d'analyse suivantes :

- Les lois qui ont établi et contrôlé les mesures et les programmes analysés;
- Les décrets présidentiels, les directives juridiques, les plans, les bulletins, les rapports émis par les organismes gouvernementaux compétents;
- Des publications des organisations internationales;
- Des articles de la presse nationale;
- Des discours, des rapports, des opinions;
- Des comptes rendus de documents de réunions inter et intra ministérielles ou de groupes de travail;
- Des souvenirs d'événements organisés;
- Autres.

Données primaires

Seize entretiens semi-structurés avec des acteurs clés ont été menés selon un guide (annexe 2) ainsi que des critères de sélection suivants :

- Indication des participants par l'Observatoire des politiques sur les MCNT;
- Gestionnaires du secteur public ayant participé au processus de formulation de la PNAN dans plusieurs secteurs des politiques publiques;
- Spécialistes des preuves épidémiologiques en rapport avec l'alimentation et la nutrition;
- Spécialistes de l'alimentation et de la nutrition ayant une expérience démontrée dans la formulation de programmes et de mesures visant l'alimentation et la nutrition.

Les acteurs clés nommés par l'Observatoire des politiques sur les MCNT au Brésil ont participé ou continuent de participer aux institutions gouvernementales suivantes : Coordination générale de la Politique d'alimentation et de nutrition (CGPAN/MS); Coordination générale de la surveillance des maladies non transmissibles et des traumatismes (CGDANT/MS); Institut de recherche économique appliquée (IPEA/MP); Fondation Oswaldo Cruz (FIOCRUZ/MS); ministère de la Science et de la Technologie (MCT); École nationale de la santé publique (ENSP); Université fédérale de Pernambuco (UFPE); Université fédérale de Bahia (UFBA) et Université de São Paulo (USP). Un technicien de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS/Genève) et une personne-ressource importante d'une organisation non gouvernementale, l'Action brésilienne pour la nutrition et les droits de l'homme (ABRANDH) ont également été interrogés.



Les entretiens avec des acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux ayant participé à l'établissement des priorités gouvernementales et à la formulation des mesures ou des programmes ont permis de reconstituer le processus et le mouvement des acteurs et leurs motivations et préoccupations dans les domaines de l'alimentation et de la nutrition au Brésil.

Les entretiens ont été menés par une équipe de quatre assistants du principal chercheur rattaché à ce groupe. Les chercheurs ont été formés aux aspects éthiques, théoriques et méthodologiques des procédures de collecte de données des recherches qualitatives, surtout en ce qui concerne la relation entre le chercheur et la personne interrogée, la relation de réciprocité et les moments de compréhension et d'explication de la part de la personne interrogée et du chercheur sur les questions interprétées.

Aux fins de la conformité à la résolution de la Commission nationale de l'éthique et de la recherche (CONEP) du Conseil national de la santé (CNS), le processus a été dûment communiqué au tribunal de réglementation par le Secrétariat de la surveillance de la santé (SVS). On a donc demandé à chaque témoin privilégié invité à participer à la recherche de signer une clause de consentement libre et éclairé (TCLE), comme le recommandent les normes de CONEP/MS (annexe 3). Nous devons indiquer également, au sujet de l'éthique, que les noms des personnes interrogées ont été omis afin de protéger leur identité comme on le fait généralement dans les recherches qualitatives.

Organisation et systématisation des discours/rapports des personnes-ressources

La méthodologie qualitative détermine certaines questions clés au cours de la définition de l'objet d'étude, ainsi que l'approche méthodologique adoptée, notamment des entretiens ouverts avec le groupe des divers acteurs sociaux qui participent à la prévention des MCNT. Comment répondre aux questions de base sur les éléments de la recherche? Comment interpréter les expériences et les pratiques du point de vue du sujet dans les entretiens ouverts? Comment des points de vue subjectifs pouvaient-ils être considérés comme des connaissances scientifiques?

Pour comprendre la complexité du processus de formulation des politiques, des programmes et des projets de prévention des MCNT, il a été nécessaire de transcrire tous les entretiens enregistrés, en préservant l'homogénéité des discours et le contexte dans lequel ils ont été produits. Ces éléments ont une signification précise pour la personne interrogée que pour celle qui mène l'entretien.

L'interprétation des données qualitatives recueillies au moyen des entretiens semi-structurés s'est faite par étapes, à l'aide de la méthode d'« analyse de contenu » mise au point par Bardin (1979). Elle comprend une série de techniques d'analyse de la communication qui doivent permettre de saisir les contenus fournis par les personnes interrogées « entre les lignes », les éléments déclarés ou non déclarés, c'est-à-dire les significations manifestes ou cachées, à l'aide d'outils qualitatifs, à commencer par les objectifs de recherche et la technique d'analyse des contenus thématiques (recherche de thèmes et de significations plus récurrents dans les discours des personnes interrogées).

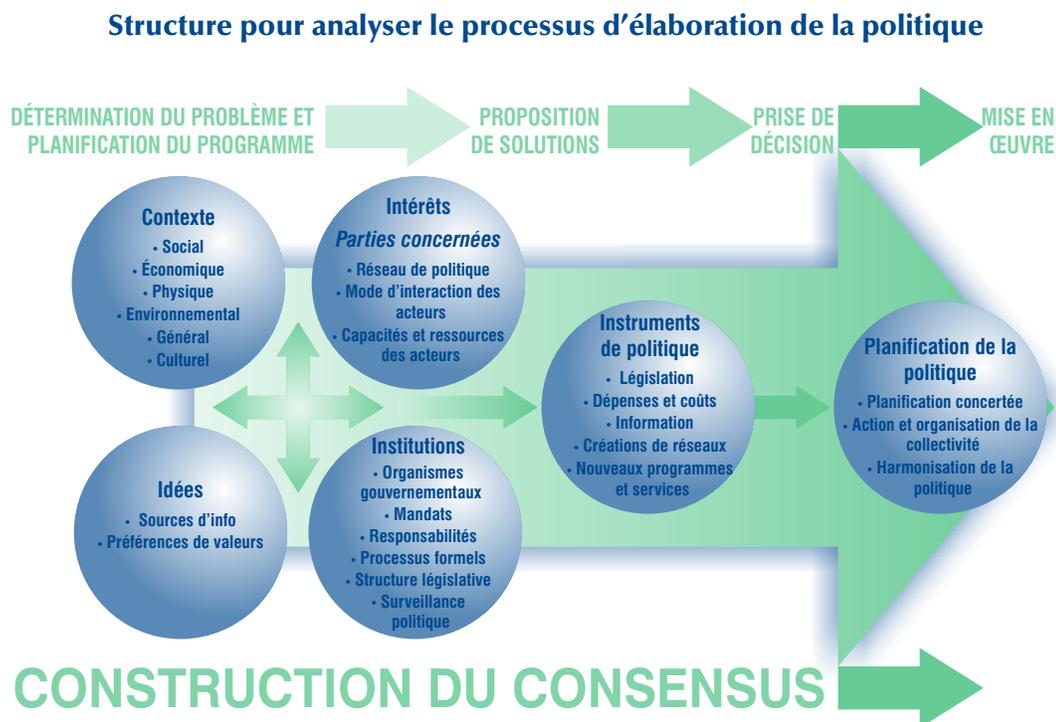


Les procédures suivantes ont été appliquées aux données primaires :

1. transcription complète des entretiens enregistrés afin d'effectuer une première analyse du contenu;
2. préparation du corpus et maintien de la structure discursive dans le but de préserver le contexte et l'homogénéité des entretiens. Cette étape consiste à regrouper les entretiens pour structurer les discours en fonction des objectifs et de l'axe qualitatif de l'étude et des dimensions prévues par le guide d'entretien. À cette étape, on a dressé la liste des catégories d'analyse, chacune d'entre elles correspondant à une question du guide d'entretien (annexe 2). Cette étape comprend l'organisation de l'information (MINAYO, 1996) aux fins de la conformité à certaines normes de légitimité telles que : a) le caractère exhaustif du sujet (le corpus représente-t-il tous les aspects du guide d'entretien?); b) la représentativité (le corpus représente-t-il les discours du groupe d'acteurs?); et c) la pertinence (les données analysées conviennent-elles à l'objectif de l'étude?);
3. interprétation des données d'après le tableau analytique (cadre) selon la structure de l'Observatoire des politiques, comme on le montre dans le point suivant.

Structure d'analyse de l'élaboration de la Politique nationale d'alimentation et de nutrition

De janvier à novembre 2005, le Centre de collaboration du Canada, avec l'apport des équipes brésiliennes et costaricaines, a préparé le tableau d'analyse pour soutenir l'analyse des politiques publiques sélectionnées aux fins d'une étude de l'Observatoire. Cinq catégories de facteurs interreliés ont été définies : contexte, idées, institutions, préoccupations et instruments politiques (CLOTTEY, 2005), selon le diagramme suivant :





Contexte

On entend par « contexte » l'environnement extérieur au processus de formulation des politiques d'où proviennent les situations, les informations et les pressions. Les influences peuvent être internationales, nationales ou régionales et comporter des caractéristiques politiques, sociales ou régionales dont un grand nombre ne sont pas maîtrisées par ceux qui formulent les politiques. Les preuves de l'état de santé précaire ou alarmant d'une population, ou d'épidémies ou de pandémies possibles ont récemment incité de nombreux pays à revoir sérieusement leur politique de santé publique de façon à lutter contre les maladies transmissibles et les maladies chroniques non transmissibles.

Il faut donc mettre l'accent sur les processus de formulation de la PNAN au Brésil pour enrichir la structure et le contexte politique, économique, social et culturel. Dans le guide d'entretien du Brésil, la question clé nécessaire pour élucider le contexte est la suivante : « À votre avis, quels facteurs nationaux et internationaux (économiques, sociaux et politiques) ont influencé l'inclusion de l'alimentation et de la nutrition dans les priorités gouvernementales et la formulation de la Politique nationale d'alimentation et de nutrition (PNAN) en 1999? »

Idées

Les idées sont les préférences des acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux engagés dans le processus de formulation de la PNAN. Le guide d'entretien du Brésil privilégie les questions suivantes : À votre avis, à quel moment le problème de l'alimentation et de la nutrition a-t-il été inclus, pour la première fois, dans les priorités de l'État brésilien? Quels acteurs ont contribué, à un degré ou à un autre, à la définition des priorités, et donc, à la formulation de la PNAN? Parmi les participants et dans les solutions de rechange, une exigence ou un secteur a-t-il été négligé?

Intérêts

L'analyse des processus de définition des priorités du gouvernement et de formulation des politiques publiques met l'accent sur les intérêts et les conflits, les groupes de pression, l'interaction entre les principaux acteurs du processus, la capacité d'argumentation et la négociation au sujet des préoccupations et des conflits. Tout cela converge vers le choix d'une certaine solution de remplacement, dans un contexte économique, politique, institutionnel et social précis. Trois questions ont été retenues dans le guide d'entretien pour éclairer les intérêts et les conflits des acteurs du dossier de l'alimentation et de la nutrition : D'autres secteurs de politiques publiques, en plus de la santé, ont-ils participé aux délibérations sur la formulation de la PNAN? Quelles sont les faiblesses de la PNAN en matière de prévention et de contrôle des MCNT? Quels sont les mérites de la PNAN sur les plans de la surveillance, de la prévention et du contrôle des MCNT?

Institutions

Les institutions gouvernementales et non gouvernementales qui ont des mandats, l'autorité et des structures formelles de prise de décisions doivent être attirées dans le processus de formulation de la Politique nationale d'alimentation et de nutrition. C'est pourquoi le guide d'entretien fait ressortir trois questions pertinentes : Quel degré de priorité a-t-on accordé aux lignes directrices de prévention et de contrôle des



MCNT associées à l'alimentation et à la nutrition? Avant la création de la PNAN, des programmes, des mesures ou des services étaient-ils assurés pour prévenir et contrôler les MCNT? Quels ont été les résultats de ces programmes et mesures?

Instruments de politiques et plans d'action

Dans le cas du Brésil, les instruments politiques et les plans d'action sont le groupe de lois, de règlements et de nouveaux programmes et services mis en œuvre par le gouvernement pour élaborer une Politique nationale d'alimentation et de nutrition. Les questions de base associées à cet axe d'analyse sont les suivantes : Quels ont été les plans, les programmes et les services formulés et appliqués par le gouvernement pour s'attaquer aux problèmes d'alimentation et de nutrition entre 1999 et 2005? Quels ont été les facteurs et les situations politiques, économiques et sociales qui ont influencé le choix des instruments et des plans d'action?

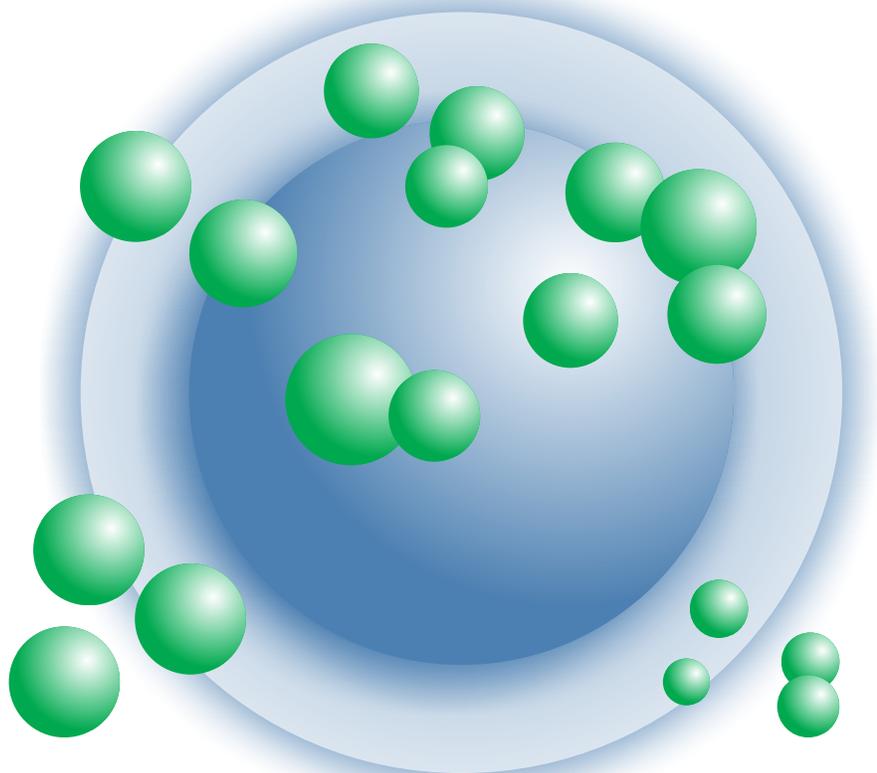
Intérêts, idées, institutions et formation des « communautés des politiques publiques »

Selon Merrien (2000) dans la sphère étatique, des secteurs et des sous-secteurs coopèrent à l'organisation des politiques publiques et au processus de mise en œuvre avec des groupes de la société civile, formant, par la même, un réseau politique.

Selon l'auteur, l'idée de réseau révèle un mouvement dialectique entre les parties intéressées de l'État et de la société civile qui veulent formuler et mettre en œuvre des politiques publiques dans un secteur d'intervention donné. C'est-à-dire qu'il n'y a pas seulement deux blocs monolithiques, mais des secteurs et des sous-secteurs du bloc État et du bloc société civile, et entre eux, des réseaux plus ou moins institutionnalisés, ce qui indique l'existence de communautés des politiques publiques.

Toujours selon Merrien (2001, p. 65), les communautés des politiques publiques sont formées par des acteurs qui ont un intérêt direct ou indirect dans l'objet de la politique : par exemple, la santé, la sécurité sociale, l'éducation, l'agriculture, l'alimentation et la nutrition. Les membres des milieux des politiques publiques ne sont pas nécessairement organisés en réseau, même s'il existe certains réseaux. Il est donc nécessaire de différencier les « réseaux des politiques publiques » formés par les membres d'un milieu ou d'un autre, des politiques publiques qui interagissent dans les discussions sur les idées et les intérêts à l'égard d'une question de politique dans un secteur donné. Les communautés des politiques publiques expriment des intérêts communs sur certains problèmes et défendent des solutions de rechange selon leurs idées, leurs valeurs, leurs institutions et leurs stratégies. Ils se rencontrent et fixent un moyen de collaborer pour faire avancer les intérêts qu'ils défendent, et au moins, ils forment « des milieux épistémiques » qui ont un langage particulier pour interpréter les problèmes touchant les politiques publiques, définir les priorités et trouver des solutions de rechange.

D'après cette définition du concept de « communauté des politiques publiques », un diagramme à bulles (VOGEL, 2005) permet de cerner les idées, les intérêts et les institutions aux fins de la formulation de la Politique nationale d'alimentation et de nutrition (PNAN) au Brésil.



Sources de données complémentaires

L'analyse et les interprétations ont été complétées par d'autres sources de données :

- Documents écrits des séminaires organisés à Brasília d'octobre 2004 à août 2005, pour suivre la discussion politique et technique sur la structuration de l'Observatoire des politiques de prévention des MCNT au Brésil;
- Poursuite du relevé de recherche bibliographique dans le secteur de la santé et des sciences sociales, sur les aspects théoriques, conceptuels et méthodologiques concernant l'objet d'étude. Une recherche bibliographique a été effectuée à toutes les étapes de l'étude.

Historique des processus de formulation et de mise en œuvre des mesures de lutte contre les problèmes liés à l'alimentation et à la nutrition au Brésil



De la faim comme problème social à l'approche technico-scientifique de la faim (1930-1984)

La question de l'alimentation et de la nutrition est devenue une priorité pour l'État dans diverses situations politiques, économiques et historiques. La première fois où la question a été discutée comme nécessitant une action, c'est au moment de la publication en 1946 de la première version de Géographie de la faim (CASTRO, 1946), dont l'auteur était le scientifique, médecin, professeur et politicien Josué de Castro. Ce travail a marqué le début des dénonciations de ce fléau au Brésil. Il affirmait, en forme d'avertissement, que la question de la faim au Brésil n'était pas seulement un phénomène biologique, mais aussi un phénomène social.

Selon Arruda (2005), dans les années 1930, une enquête, coordonnée par Josué de Castro, a été menée sur les « conditions de vie des travailleurs », avec l'appui du département de la santé publique de l'État de Pernambuco.

Selon une personne-ressource, la question de l'alimentation et de la nutrition a été mise à l'ordre du jour par l'État entre 1938 et 1940, lorsque le salaire minimum a été défini, dans une large mesure sous l'influence de Josué de Castro. Le salaire minimum tenait compte du budget familial de base, dont la moitié était consacrée à la nourriture ce qui, à l'époque, permettait d'acheter 12 produits alimentaires.

« Je crois que la [création du salaire minimum] était le premier point. Peu de temps après, le service des collations à l'école a été mis en place au Brésil. Certaines mesures isolées ont été prises de manière très expérimentale pour certains problèmes afin de lutter contre l'anémie. Je pense donc qu'historiquement, le Brésil a lancé - brillamment - la politique d'alimentation et de nutrition en mettant en œuvre la loi sur le salaire minimum. »

Dans une étude des politiques publiques sur la faim au Brésil, Bonfim (2004) a essayé de retrouver le cheminement des mesures gouvernementales.

Même s'il n'était pas prévu par des plans officiels de l'État brésilien, le projet social sur la nutrition a fait partie de tentatives isolées jusqu'en 1973, avec la création du premier Programme national d'alimentation et



de nutrition (PRONAN) qui découlait de la planification du nouvel ordre économique entre les années 1930 et 1940, lorsque l'économie brésilienne est passée de l'exportation agricole à l'urbanisation et à l'industrialisation. Historiquement, la période des interventions précises dans le domaine de la nutrition au Brésil se situe dans les années 1930, comme le soutient Escoda (1983) :

« (...) sous le gouvernement Vargas, dans un contexte populiste, on a commencé à mettre en œuvre des politiques sociales dans ce domaine. Citons par exemple la préoccupation explicite de l'État au sujet des besoins nutritionnels du "travailleur adulte" qui se traduit par le décret n° 399 du 30 avril 1938. »

L'enquête historique de Vasconcelos (2005) met l'accent sur trois périodes clés pour l'établissement de priorités et de politiques publiques sur l'alimentation et la nutrition. La première période (de 1930 à 1963) correspond au moment où émergeaient des politiques sociales à cet égard – les études de Josué de Castro sont importantes à ce chapitre. La seconde période (de 1964 à 1984) correspond aux tentatives d'intégration des techniques de planification nutritionnelle et économique menées par l'Institut national de l'alimentation et de la nutrition (INAN). La troisième période (de 1985 à 2003) qui est la période couverte par l'étude est celle des efforts de démocratisation et de modernisation de la société brésilienne, ainsi que de la recherche de nouvelles approches.

Entre 1940 et 1967, alors que le pays était contraint de se développer suivant l'exemple des pays qui émergeaient d'une profonde transformation culturelle et économique dans l'après-guerre, il a été nécessaire de promouvoir des plans pour améliorer la nutrition de la population, selon la théorie de l'époque sur le développement. Le gouvernement fédéral a donc créé, par le décret n° 2.478 du 5 août 1940, le Service alimentaire de la sécurité sociale (SAPS), au départ pour assurer de bonnes conditions alimentaires et d'hygiène aux retraités relevant du ministère du Travail, de l'Industrie et du Commerce.

Sous le régime de cette loi, les mesures suivantes ont été promues :

1. création des premiers restaurants populaires dans les États de Rio de Janeiro et de São Paulo, et dans d'autres villes, pour offrir aux travailleurs des villes un repas équilibré à faible coût;
2. création de postes de subsistance vendant des denrées de base à prix subventionnés;
3. mise en place de mesures éducatives pour encourager les habitudes alimentaires saines et l'amélioration de la nutrition au sein de la population;
4. promotion des cours de formation et de la formation des ressources humaines et réalisation d'études et de travaux de recherche à ce sujet. (VASCONCELOS, 2005)

Sous les gouvernements postérieurs à 1940, au moment où le Service alimentaire de la sécurité sociale (SAPS) a été créé, Gaspar Dutra (1946-1950) a appliqué le plan SALTE (santé, alimentation, transport et énergie), Getúlio Vargas (1951-1954) a ramené le populisme, Juscelino Kubitschek (1955-1960) a mis en œuvre des Objectifs et le gouvernement de João Goulart (1961-mars 1964) a entrepris des réformes de base. L'intervention de l'État dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition s'est traduite



par la poursuite des mesures du SAPS : Il y a eu la création du Programme national de nutrition en milieu scolaire (PNAE) en 1954 et les débuts d'un programme nutritionnel visant les femmes enceintes, les mères allaitantes et les enfants de moins de cinq ans développé par la Commission nationale de la nutrition (CNA) dont la responsabilité relevait du ministère de la Santé.

Ces programmes étaient étroitement liés aux organisations internationales et aux programmes internationaux d'aide alimentaire créés après la Deuxième Guerre mondiale.

Au début des années 1960, le Rio Grande do Norte met en œuvre des programmes nutritionnels étatiques. C'est le Plan intégré d'alimentation et de nutrition qui a lancé la structure de planification multisectorielle, en incluant dans le programme des éléments identiques dans les secteurs de la santé, de l'éducation et de la production alimentaire. Les principaux éléments du populisme de l'époque y participaient, et le volet éducatif l'appuyait, soutenu par la méthode de Paulo Freire. Le programme relevait de la responsabilité de la Fondation nationale des services de santé publique (FSESP) aux termes d'un accord avec les secrétariats d'État à la Santé et à l'Agriculture.

Les exemples suivants peuvent illustrer l'expérience brésilienne des programmes officiels d'alimentation et de nutrition de portée nationale :

- Le SAPS (Service alimentaire de la sécurité sociale) a été créé en 1955 sous le gouvernement de Café Filho. Il favorisait un approvisionnement en denrées de première nécessité à faible coût aux travailleurs sociaux et il a contribué à la formation de ressources humaines spécialisées en nutrition, avec l'organisation de cours pour les nutritionnistes à Rio de Janeiro. La Loi n° 6 du 26 septembre 1962, a transformé le SAPS pour en faire la Compagnie brésilienne d'alimentation (COBAL), qui avait la responsabilité de distribuer des aliments à « faible coût » dans des épiceries destinées à desservir l'ensemble de la population.
- Le SNME (Service national des collations en milieu scolaire) a été créé par le décret n° 37.106 du 31 mars 1955, toujours sous le gouvernement du président Café Filho. Il visait à compléter l'apport nutritif des écoliers, au début avec des dons alimentaires provenant de la production excédentaire américaine. La Loi n° 480 de 1954 (Loi d'aide et de développement du commerce agricole) a établi les normes pour ces surplus. En 1974, le Congrès américain a mis fin à ces dons, affirmant que le Brésil produisait déjà suffisamment de produits alimentaires pour le pays et qu'il avait d'ailleurs été retenu comme soumissionnaire pour l'exportation de soya aux États-Unis. Depuis cette date, les denrées utilisées dans la préparation des collations des écoles étaient produites au Brésil. En 1967, le SNME a été rebaptisé et appelé CNAE (Commission nationale de la nutrition scolaire) qui a continué à développer le programme d'appoint nutritif de manière permanente. Toutefois, en décembre 1981, la CNAE est devenue l'Institut national d'assistance aux étudiants (INAE) et a repris les activités attribuées à la CNAE, y compris la gamme de services de supplémentation du PRONAN (Programme national d'alimentation et de nutrition).
- L'Institut national de l'alimentation et de la nutrition (INAN) a été créé en 1972 sous le gouvernement Médici (1970-1974), dans le but d'aider le gouvernement à formuler



une politique d'alimentation et de nutrition. Cet organisme a été créé par la Loi n° 5.929 du 30 novembre 1972 et a été converti en société d'État relevant du ministère de la Santé, par le décret n° 73.996 du 30 avril 1973. Il agissait comme principal organisme d'appui et de coordination dans le secteur de l'alimentation et de la nutrition

Pour résumer, du début des années 1940 au début des années 1960, certaines améliorations ont été possibles grâce à une conception plus large de la question de la nutrition.

Avec l'instauration de la dictature en 1964, le discours social qui circulait sur la nutrition a été remplacé par une approche technico-scientifique, justifiée en termes de rationalité ou d'efficacité. En fait, dans les périodes 1964-1966 du Plan d'action économique (PAE), la période de 1967-1969 du Plan de développement stratégique (PED) et la période de 1970-1972 des Objectifs et du Plan de base pour l'action gouvernementale, la nutrition n'est pas considérée comme une question particulière, mais est traitée comme un problème concernant le secteur de la santé.

L'Institut national de l'alimentation et de la nutrition (INAN), mesures et programmes respectifs (1972-1984)

En 1972, la troisième réunion spéciale des ministres de la Santé des Amériques s'est déroulée à Santiago, au Chili. Elle avait pour but de transformer la manière dont on traitait les politiques sociales en Amérique latine. Elle a donné lieu à l'élaboration du Plan décennal pour les Amériques. À ce moment-là, le gouvernement brésilien était engagé dans l'établissement des grandes lignes de la Politique d'alimentation et de nutrition. Le Plan décennal des Amériques a représenté une occasion politique favorable pour intégrer la question de l'alimentation et de la nutrition dans le cadre du secteur de la santé.

C'est à la suite de l'établissement des lignes directrices sur l'alimentation et la nutrition du Plan décennal pour les Amériques que l'INAN a été créé comme société d'État rattachée au ministère de la Santé pour remplacer la Commission nationale de l'alimentation.

L'INAN a officialisé et mis l'alimentation et la nutrition à l'ordre du jour sur le plan institutionnel, les études de l'époque (ENDEF et PNSN) ayant montré des taux de mortalité et de malnutrition infantiles élevés au Brésil. La création de l'INAN avait notamment les objectifs suivants : i) aider le gouvernement à formuler la Politique nationale d'alimentation et de nutrition (PNAN); ii) formuler et proposer le Programme national d'alimentation et de nutrition (PRONAN); iii) promouvoir l'application du PRONAN; iv) superviser la mise en œuvre du PRONAN; v) évaluer périodiquement les résultats obtenus; vi) servir d'organisme central pour les activités relatives à l'alimentation et à la nutrition au Brésil; et vii) agir comme organisme d'appui au développement et à la sécurité nationale, pour rompre avec les mécanismes exclusivement internationaux de distribution alimentaire qui mettaient en danger la sécurité du Brésil.

En 1973, le PRONAN, créé par le décret n° 72.034 allait durer jusqu'en 1974. Ses douze sous-programmes formaient les différentes structures gouvernementales de compétence



En 1974, avec le PND II, la santé publique au Brésil progresse très rapidement en direction de la restructuration recherchée dans le cadre d'un processus de modernisation nationale. L'INAN conçoit alors des programmes spéciaux d'alimentation et de nutrition – le PRONAN I et le PRONAN II – une anticipation, en quelque sorte, de la création d'une politique nationale sur cette question.

Selon une personne-ressource clé :

Depuis 1974, « le Brésil avait une politique officielle de nutrition et d'alimentation qui était élaborée par le PRONAN II. D'ailleurs, il est curieux qu'on ait eu un deuxième PRONAN sans qu'il y en ait eu un premier, ce qui est caractéristique de notre réalité. »

C'était une période de possibilités économiques pendant laquelle le Brésil (1974/1975) a connu un progrès économique considérable, et en même temps, une situation sociale très défavorable. Pour des raisons politiques, et externes, la Banque mondiale a accordé un prêt au Brésil. De son côté, le Brésil s'engageait explicitement à s'efforcer de résoudre les problèmes sociaux comme la mortalité et la malnutrition infantiles, deux problèmes très prévalents dans le pays comme l'ont montré les études effectuées dans les années 1974-1975.

En raison de cette exigence des organisations internationales, de la crise sociale et de la nécessité d'assurer une légitimité au régime militaire, la Politique nationale d'alimentation et de nutrition a été établie dans le secteur de la santé, sous la responsabilité de l'INAN (même si c'était un organisme du secteur de la santé dont l'approche multifactorielle et interdisciplinaire engageait divers ministères). Selon un témoin privilégié, une autre raison a motivé l'établissement de la politique :

« L'INAN, dans la structure du ministère de la Santé, était un corps étranger. On a donc décidé de créer une Politique nationale d'alimentation et de nutrition pour justifier son existence et comme moyen d'institutionnaliser un engagement qui ne devait pas relever uniquement du secteur de la santé. »

Dans les années 1970, des efforts considérables ont été déployés pour renouveler l'effectif technique au gouvernement, en formant du personnel dans le but d'apporter des améliorations dans le domaine de la santé humaine.

En 1976, le groupe technique du Centre national des ressources humaines du secteur de la santé (CNRH) de l'IPEA a été chargé de formuler la deuxième version du Programme national d'alimentation et de nutrition. Son principal objectif était de renforcer les petites et moyennes exploitations agricoles et de développer les régions économiquement précaires. Le PRONAN reflétait ainsi une tentative d'orienter l'attention en matière de santé vers des pratiques de prévention ayant une plus grande efficacité et un plus grand contenu social, en agissant parmi les groupes les plus pauvres, mais par une action de vaste portée qui ciblait différents groupes d'âge. Selon Kruse (2004), les prémisses du deuxième PRONAN étaient les suivantes :

1. donner priorité aux utilisateurs en tenant compte de leurs revenus variables (revenu familial jusqu'à deux salaires minimum);



2. donner priorité aux groupes d'âge plus à risque de carences alimentaires (enfants, femmes enceintes et mères allaitantes);
3. privilégier les aliments traditionnels;
4. encourager les petits et moyens producteurs agricoles; et
5. prendre des mesures prioritaires dans la région du nord-est du Brésil.

Diniz (2001) affirme que c'était un projet gouvernemental de très grande envergure qui devait être appuyé par l'action coordonnée de politiques sectorielles, ne relevant pas uniquement, comme auparavant, du secteur de la nutrition et de l'alimentation, mais aussi de ceux de la santé et de l'éducation.

Selon l'interprétation de Batista et de Barbosa (1985 et DINIZ, 2001), les fonctions stratégiques des programmes et des projets du PRONAN ont été appuyés par la politique économique approuvée à l'époque. À cela s'ajoutait le manque de pouvoir politique de l'INAN pour coordonner une vaste politique sectorielle dans les secteurs de l'alimentation et de la nutrition, selon les modèles du PRONAN.

En fait, l'analyse de la situation durant la période du régime militaire, surtout celle du deuxième PND, de 1975 à 1978, révèle une expansion des politiques sociales motivée par le besoin de légitimer le gouvernement. La politique sociale, dans le deuxième PND, servirait de stratégie de réallocation du revenu. Trois volets surtout étaient concernés : 1) le Programme de valorisation des ressources humaines (par ex. : éducation, santé, hygiène, nutrition, travail et formation professionnelle; 2) l'intégration sociale (PIS, PASEP), le logement et la sécurité sociale; et 3) le développement social urbain. (PEREIRA et PAIVA, 1981)

À cette étape, la politique sociale a donc été élargie et suivie par des programmes et des organismes de mise en œuvre ayant leurs mandats respectifs, comme l'ont démontré Pereira et Paiva (1981), notamment le Programme de médiation pour l'emploi (PIE) établi par le Système national d'emploi (SINE) en 1975; le Programme de développement des collectivités rurales (PRODECOR) en 1976; le Programme national des centres sociaux urbains PLURIEL (CSU) en 1975; le PRONAN en 1976; le Programme d'internalisation des services de santé et d'assainissement (PIASS) au Nordeste en 1976; le Programme de santé mère-enfant (PSMI) en 1977; le Programme de services aux enfants d'âge préscolaire et d'âge scolaire; le Programme de bien-être de l'enfant (PBEM) axé sur les lignes directrices de la Programme nationale pour l'enfance (PNM) en 1977.

En 1978, la Conférence internationale sur les soins de santé primaires a eu lieu au Canada. À cette conférence, il a été déclaré qu'assurer la santé à tous dépendait de huit éléments de base : a) la formation sur les principaux problèmes de santé, leur prévention et leur contrôle; b) l'approvisionnement alimentaire et nutritionnel adéquat; c) l'approvisionnement en eau suffisant et des installations sanitaires de base; d) les soins mère-enfant, y compris la planification familiale; e) l'immunisation contre les principales maladies infectieuses; f) la prévention et le contrôle des maladies endémiques; g) le traitement adéquat des maladies courantes et des accidents et h) la distribution de médicaments de base.



Dans le secteur de l'alimentation et de la nutrition, le troisième PRONAN n'a donc jamais été appliqué. Il était prévu pour les années 1982-1985 et proposait des mesures novatrices comme la création d'un Fonds national pour l'alimentation et la nutrition et la transformation de l'INAN en société publique. Le PRONAN II s'est maintenu jusqu'en 1990, où il a pratiquement cessé d'exister. (SILVA, 1995)

En ce qui concerne l'analyse des résultats attribuables à ces programmes, on peut déduire que, du fait qu'ils n'allaient pas au-delà du travail bénévole, ils ont eu un effet pervers en contribuant au maintien de la pauvreté, en aggravant les inégalités sociales, dans la mesure où ce n'était guère plus que des palliatifs appliqués par des composantes technico-bureaucratiques dont la logique était celle de l'accumulation du produit social. (PEREIRA, 1987, PEREIRA ET PAIVA, 1981)

C'est ce que confirme Santos (1979) pour qui la politique sociale au Brésil à cette époque était « inconsciente et segmentée », car les politiques prétendument préventives (revenu, santé, éducation, installations sanitaires de base), au lieu de résoudre les problèmes, ont contribué à les intensifier. Cela a rendu nécessaire l'application de politiques compensatoires (sécurité sociale, bien-être de l'enfant, supplémentation alimentaire, etc.) qui, d'un autre côté, ne répondaient pas à tous les besoins compte tenu de l'ampleur des problèmes sociaux.

La transition démocratique et l'alimentation et la nutrition au Brésil : problème, programme et solutions de rechange (1985-1989)

Après ce bref aperçu historique de l'évolution des politiques sociales, nous en arrivons aux questions suivantes : Après 1985, quelles étaient les obligations de l'État du Brésil en matière de politiques sociales dans le cadre de l'ouverture démocratique? Quelles ont été les formes et la nature des mesures prises dans les domaines de l'alimentation et de la nutrition durant cette période?

Dans cette brève explication, nous ne cherchons pas à analyser les tendances politiques, économiques et sociales qui ont donné lieu à ce qu'on a appelé la Nouvelle République. Nous voulons surtout mettre l'accent sur certaines des contradictions du processus touchant les politiques sociales et sur leurs effets d'exacerbation des contradictions dans les années 1990, surtout en ce qui concerne l'alimentation et la nutrition.

Sous le régime de la Nouvelle République, la priorité a été accordée au secteur social, du moins en apparence, comme un moyen de rembourser la dette sociale accumulée au cours des deux décennies du régime militaire, qui avait privilégié la croissance économique. Les éléments fondamentaux discutés étaient la citoyenneté, les droits juridiques, les droits politiques et sociaux et le rôle des politiques sociales comme stratégie de lutte contre la pauvreté et de réduction des inégalités sociales et la « cohérence » probable « entre capitalisme et démocratie ». (OFFE, 1984)

Selon les documents officiels, les objectifs des politiques sociales étaient les suivants : éradiquer la pauvreté absolue, améliorer la répartition du revenu et réduire les inégalités sociales. La création de nature urgente du Programme des priorités sociales de 1985 (dont les ressources étaient destinées à l'alimentation, à l'éducation, à la santé publique,



nutrition (PCA); le Programme national de distribution de lait aux enfants nécessiteux (PNLCC) et le Programme d'alimentation du travailleur (PAT). En plus de ces programmes, il restait également les programmes d'appoint et d'aide coordonnés par l'INAN.

L'année 1986 a été marquée par des changements politiques, économiques et sociaux au Brésil, notamment en matière de santé publique. Les premiers étaient liés aux résultats de la VIIIe Conférence nationale sur la santé qui s'était tenue à Brasília en mars 1986 à l'initiative du ministère de la Santé.

À cette conférence, plus de quatre mille représentants de tous les segments de la société civile ont discuté d'un nouveau modèle de santé pour le Brésil, y compris du nouveau cadre sur la santé comme droit du citoyen, ce qui a été par la suite confirmé par la Constitution de 1988. Cet événement était la synthèse du mouvement appelé Réforme sanitaire du Brésil. Ce mouvement, né dans la lutte contre la dictature, avait pour thèmes la santé et la démocratie. Il était organisé dans les universités et les syndicats, et a participé aux activités régionales des organisations de services. (AROUCA, 1998)

La VIIIe Conférence est considérée comme un moment politique clé du mouvement pour la démocratisation de la santé, à la suite des efforts déployés par les mouvements sociaux organisés pour soulever les questions touchant la santé.

À la fin des discussions, les participants se sont entendus sur la nécessité de formuler une nouvelle politique de santé afin de contribuer à l'évolution du combat pour changer le système. Le changement a eu lieu avec la création d'un système unique de santé basé sur les principes de l'universalisation, de l'intégralité et de la décentralisation, qui devait être coordonné par l'État tout en étant fondé sur la participation sociale. (RODRIGUES, 1995)

L'un des gestes les plus valables de la VIIIe Conférence nationale sur la santé a été l'approbation de la création du système de santé unique. Selon Rodrigues (1995), le programme du Mouvement de la Réforme sanitaire reposait sur les principes de décentralisation, d'universalisation et d'équité du droit à la santé dans le cadre du système public. L'objectif de création d'un système de santé unique était une exigence fondée sur la critique du modèle de gestion des politiques de santé des années 1970 portant sur la crise créée par l'inefficacité, l'inefficience, l'iniquité et l'absence de crédibilité du système de santé compte tenu de la transition démographique et épidémiologique (modèles hospitaliers et médicaments dépassés, évolution technologique et augmentation considérable des coûts et des dépenses. [BUSS, 2005])

Il s'agissait aussi de centraliser les politiques gouvernementales pour le secteur déconnecté de la sécurité sociale, de régionaliser la gestion de l'offre de services et de privilégier le secteur public et l'universalité du service. D'un autre côté, les facteurs sociaux, politiques et économiques ont confirmé une conception plus large de la santé.

Pour les commissions et les acteurs de l'État et de la société civile qui cherchaient à proposer des changements dans le domaine de la santé publique, la VIIIe conférence nationale sur la santé a été un moment clé de l'histoire de la politique de santé au Brésil et l'occasion de proposer des critères pour redéfinir le système de santé national parallèlement à l'Assemblée nationale constituante. Les sujets principaux de



la conférence ont été notamment : a) la santé comme droit naturel du citoyen; b) la reformulation du système national de santé selon les principes d'universalisation, de participation et de décentralisation; c) l'intégration institutionnelle et organique; d) la redéfinition des rôles institutionnels des unités politiques (syndicats, États, territoires et municipalités) à l'égard de la prestation des services de santé; et e) le financement du secteur de la santé.

À la suite de la conférence, la Commission nationale de la réforme sanitaire a été créée. Son but était clairement d'analyser les difficultés repérées dans le travail du réseau national des services de santé. La Commission a suggéré des solutions pour la nouvelle structure organisationnelle du système en examinant les instruments d'harmonisation entre les secteurs du gouvernement qui intervenaient en santé, en proposant leur amélioration et en indiquant des mécanismes de planification pluriannuelle pour le secteur et en les adaptant en fonction des besoins précis du segment de la population à servir.

C'est dans ce paysage d'idées, de valeurs, de conflits et d'intérêt et ce climat de corruption que l'Assemblée nationale constituante de 1988 a été proclamée, par la corrélation de forces sociales contradictoires et dans un contexte de transition démocratique. L'approbation de la nouvelle constitution fédérale du Brésil représentait un progrès démocratique du point de vue de la réorganisation juridique, politique et institutionnelle du pays. L'État devenait constitutionnellement un État de droit démocratique fondé sur la souveraineté, la citoyenneté, la dignité humaine, les valeurs sociales du travail et de la libre entreprise, et le pluralisme politique (CF, 1997, Art. 1). Les droits sociaux des citoyens sont définis à l'article 6 de la Constitution fédérale de 1988 et sont rattachés à des politiques sociales comme la santé, la nutrition, l'éducation, le travail, les loisirs, la sécurité, la sécurité sociale, la protection de la maternité et de l'enfance et l'aide aux personnes totalement sans ressources.

Dans la sphère des politiques sociales, la principale réalisation, avec la Constitution de 1988, a été l'inclusion de l'assistance sociale qui comprenait les trois piliers de la santé, de la sécurité et de l'aide sociale comme le droit du citoyen. Ce n'est plus une « citoyenneté sous contrôle » comme dans les périodes antérieures où seuls ceux qui avaient des professions reconnues par la loi étaient citoyens. (SANTOS, 1979)

En vertu de la Constitution fédérale, l'assistance sociale doit être structurée en fonction des objectifs suivants : protection et service universels; uniformité et équivalence des prestations et des services pour les populations rurales et urbaines; sélectivité et distributivité dans la remise des prestations et dans l'offre de services, non-réduction de la valeur des prestations; participation équitable au financement; diversité des bases de financement et caractère démocratique et décentralisé de la gestion administrative, avec la participation de la collectivité, en particulier des travailleurs, des gens d'affaires et des retraités. (CF, 1997, Art. 194, paragraphe unique)

Le principe de décentralisation permet de surmonter le problème de la conception et de la mise en œuvre des politiques sociales. De sorte qu'un nouveau pacte fédéral commence, au terme duquel le gouvernement fédéral est chargé de coordonner les politiques sociales, et les États et les municipalités, leur exécution. La participation de la société civile devait être l'élément principal de ce processus, avec le contrôle



démocratique des interventions étatiques dans les politiques sociales. Selon Pereira (1998, p. 121-122), la réalisation de cette décentralisation politico-administrative dans l'exécution des politiques sociales doit effectivement permettre : « a) l'établissement de nouvelles pratiques participatives; b) la combinaison des mécanismes démocratiques et représentatifs (par les partis politiques, les syndicats, etc.) et des mécanismes démocratiques et participatifs (par les conseils, les commissions, etc.), ce qui est indispensable pour toucher l'espace public voulu. » C'est pourquoi on a établi, entre autres, des commissions paritaires, des instruments de gestion et de contrôle des politiques sociales comme les commissions des droits de l'enfant et de l'adolescent, les commissions des services sociaux destinés aux enfants, la Commission nationale de l'assistance sociale, la Commission de la santé, à tous les niveaux de gouvernement.

Les principes de la VIIIe Conférence sur la santé ont été inscrits dans la Constitution fédérale de 1988, sur laquelle s'est fondée la création du système de santé unique régi par la Loi-cadre de la santé (LOS) loi n° 8080,1990. On a aussi créé la Commission intersectorielle de l'alimentation et de la nutrition (CIAN) relevant de la Conseil nationale de la santé (CNS) afin de planifier et de mettre en œuvre la Politique sur la sécurité alimentaire, une initiative du ministère du Plan.



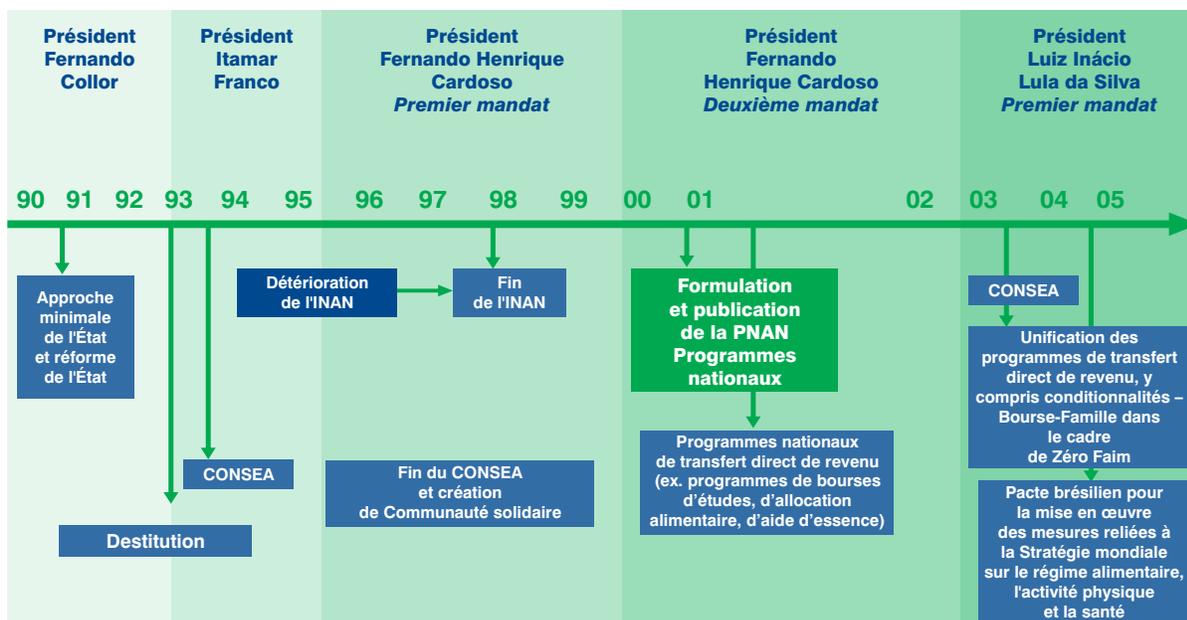
Frey (2000) avance que l'un des éléments les plus importants de l'analyse des politiques publiques concerne le « cycle politique » en raison des caractéristiques temporelles des politiques sectorielles comme dans le cas de la PNAN.

La conception et la gestion des mesures prises par l'État dans les domaines de l'alimentation et de la nutrition, et leur processus de formulation et de mise en œuvre ont été modifiés, surtout après les années 1990.

Comme il a été observé dans l'analyse de la période 1999-2005, les différentes étapes de formulation et de mise en œuvre des stratégies d'action de la PNAN, dans la période étudiée, révèlent un « modèle très intéressant pour étudier la vie d'une politique publique ». (FREY, 2000, p. 226)

Comme le déduit l'auteur, les diverses étapes correspondent à une séquence d'événements du processus politico-administratif et peuvent faire l'objet d'une étude axée sur la portée du pouvoir, les réseaux politiques et sociaux et les pratiques politico-administratives généralement observées dans chaque contexte, comme suit :

Contexte historique de la formulation de la PNAN



Gouvernement Collor, réforme de l'État et programmes d'alimentation et de nutrition

En 1990, année du tournant historique au Brésil, un président a été élu démocratiquement pour la première fois depuis l'instauration de la dictature (en 1964). Ce gouvernement était à contre-courant : plus le pays avançait vers la consolidation de la démocratie, plus il s'orientait vers l'application des idées néolibérales de réforme de l'État. Les discours sur la stabilité économique et la modernisation de l'État et de l'économie se sont combinés avec la réduction des ressources financières, l'appauvrissement des programmes sociaux et la disparition des organismes publics. (VASCONCELOS, 2005)



Fernando Collor de Mello a été élu grâce à une forte influence des moyens de communication de masse. Les gens perdaient leur argent à cause d'une inflation de plus de 80 % par mois. Il était nécessaire d'y mettre fin. Protégé par la naïveté des Brésiliens et par l'appui inconditionnel d'économistes très connus, Collor a été le meilleur avocat du « néolibéralisme », annonçant privatisations et licenciements de fonctionnaires à l'échelle du pays. À partir de ce moment-là, il a fallu faire face à de nombreuses difficultés pour parvenir à une démocratie réelle. Le pays était très loin de la maturité. Le plan économique a annoncé la confiscation de comptes d'épargne, de comptes de chèques et d'investissements financiers.

En 1991, le retour de l'inflation a été impitoyable. Pour y réagir, des taux d'intérêt élevés ont été appliqués, ce qui a entraîné une récession. L'économie a ralenti et le chômage a augmenté.

En 1992, la presse a dénoncé l'énorme corruption qui régnait au gouvernement. La société civile s'est organisée et a formulé un « Manifeste pour l'éthique en politique » qui a obtenu un soutien dans tous les États de la Fédération. La jeunesse brésilienne a créé le mouvement des « visages peints » et fait irruption sur la scène politique. Le sentiment d'indignation était général dans le pays.

Le Conseil des avocats brésiliens (OAB) a fait la promotion d'une marche historique le 1er septembre 1992 en direction du Congrès national pour livrer une pétition en faveur de la destitution du Président. Cette pétition était étayée par une accusation encore plus accablante communiquée par les médias nationaux.

Le président a contre-attaqué et a appelé la population à descendre dans la rue. Le 16 septembre 1992, des manifestations ont eu lieu, des klaxons ont retenti, des défilés ont été organisés. Les manifestants se sont d'ailleurs vêtus en noir pour protester contre la dissidence au pouvoir exécutif et au Congrès national.

Le 29 septembre de la même année, le processus de destitution du président de la République a commencé. Il a été immédiatement démis de ses fonctions et c'est Itamar Franco, le vice-président, qui l'a remplacé. Le processus a duré trois mois. Le 29 décembre 1992, durant la procédure d'instruction au Sénat fédéral, Collor a abandonné, et ses droits politiques ont été suspendus pour huit ans.

Les secteurs de l'alimentation et de la nutrition ont également fait partie des réformes effectuées sous le régime Collor. Comme Valente l'observe (2001), le gouvernement Collor a restructuré les organismes politiques et les instruments du secteur de la santé et de la nutrition en mettant fin aux programmes de supplémentation alimentaire destinés aux enfants de moins de cinq ans et en réduisant d'autres programmes comme le Programme national de nutrition en milieu scolaire (PNAE), le Programme d'alimentation du travailleur (PAT) et l'Institut national de l'alimentation et de la nutrition (INAN).

Toujours selon Valente (2001), le seul aspect positif de la période a été la décision d'utiliser des stocks d'aliments de l'État pour les programmes d'alimentation, ce que les techniciens avaient demandé antérieurement pour réduire le gaspillage des stocks réglementaires. Cette décision a été suivie par la création de paniers de denrées de base à distribuer à la population victime de la sécheresse dans le nord-est en 1990. En mars de



la même année, un représentant de l'Association brésilienne de l'industrie de la nutrition (ABIN) a été nommé président de l'INAN et a établi comme priorité le remplacement des denrées de base traditionnelles par des produits industriels.

Un témoin clé rappelle que la majorité des documents officiels de cette période (1990-1992) et des administrations antérieures ont été détruits. Ces documents contenaient des informations sur l'approvisionnement alimentaire et les programmes d'alimentation et de nutrition et ceux destinés au groupe vulnérable des enfants de moins de cinq ans. D'autres programmes ont été graduellement suspendus et laissés inactifs, comme le Programme national de nutrition en milieu scolaire (PNAE).

Une incohérence du gouvernement Collor a été de ratifier la Convention internationale sur les droits de l'enfant au moment où ces programmes sociaux ont cessé de fonctionner dans les années 1990. Dans le plan pluriannuel (1992-1995), les enfants et les adolescents faisaient partie des priorités du gouvernement. Néanmoins, ce que l'on a vu en pratique, c'est un appauvrissement complet des programmes sociaux, surtout ceux ciblant les mères et les enfants. Les programmes de nutrition et d'alimentation des années antérieures étaient des moyens de réduire la faim et la malnutrition, particulièrement parmi les enfants et les femmes enceintes. Mais ces programmes se sont progressivement appauvris, car les ressources financières allouées étaient bien inférieures aux besoins compte tenu des objectifs annoncés.

Le PSA visait les femmes enceintes, les femmes allaitantes et les enfants de moins de 6 mois de familles ayant un revenu mensuel inférieur à deux salaires minimum. Il avait pour objectif de distribuer 378 000 tonnes de denrées alimentaires par an à 6,7 millions de bénéficiaires, mais seulement 60 401 tonnes ont été distribuées en 1990 et 36 484 en 1991.

La protection du Programme de soutien à la nutrition (PAN) destiné aux femmes enceintes, aux femmes allaitantes et aux enfants âgés de 6 mois à 36 mois a été inférieure de 45 % par rapport à ce qu'elle était en 1978.

Le Programme national de distribution de lait aux enfants nécessiteux (PNLCC), sous la direction du ministère des Mesures sociales, qui était destiné aux familles ayant des enfants de sept ans et moins, a cessé de fonctionner en 1991.

De l'avis d'Escoda, Vilar et Begin (1992), en plus du fait que les programmes ont été détruits et que les ressources investies dans le secteur ont été réduites, il n'a jamais été discuté, dans le cadre de ces programmes, du caractère réversible de la faim et de la malnutrition causées par les problèmes sociaux. Au fil du temps, la protection offerte par les programmes a été de plus en plus réduite et leur effet sur l'alimentation est devenu très faible, ce qui a produit des inégalités régionales et sociales. La protection était meilleure dans les régions les plus développées (le sud et le sud-est) au détriment des régions plus pauvres (nord et nord-est). En outre, les mesures immédiates et palliatives de ces programmes visaient à donner une légitimité à l'État/au gouvernement, surtout dans les périodes électorales ou de forte mobilisation sociale.

Le tableau suivant illustre les éléments du Programme national d'alimentation et de nutrition en vigueur sous le gouvernement Collor de 1990 à 1992 (SILVA, 1995).



Tableau 1 : Éléments du PRONAN préservés durant la période 1990-1992

Programmes	Résultats	1990	1991	1992
PNAE (1)	Population desservie	29 680 968	29 065 000	30 600 000
	Produits alimentaires distribués (tonnes métriques)	138 116	134 685	92 918
PSA	Population desservie	6 667 000	6 667 000	2 786 000
	Produits alimentaires distribués (tonnes métriques)	60 401	36 484	2 899 (2)
PCA/PAN	Population desservie	1 078 000	-	-
	Produits alimentaires distribués (tonnes métriques)	11 398 (3)	-	-
PNLCC	Population desservie	7 818 000	-	-
	Produits alimentaires distribués (tonnes métriques)	1 157 316	-	-
PAT	Population desservie	6 431 693	6 822 917	7 847 413
	Entreprises participantes	33 999	37 751	42 213
PNIAM	Activité réduite durant la période, coordination par l'IHAC depuis 1991			
Prévention de l'anémie et de l'hypovit. A	Presque totalement interrompu.			
PCBE	Achat réduit d'iodate de potassium; suspension des enquêtes dans les <i>régions sentinelles</i> .			

(1) Comprend le PAIE qui a reçu en 1990 17,8 % des produits alimentaires distribués.

(2) Lait en poudre avec les ressources de la PNLCC éliminée.

(3) En plus des 1,6 million de paniers de produits de base achetés le dernier mois de l'année.

Consolider la démocratie : la participation politique et le Conseil national de la sécurité alimentaire et nutritionnelle (CONSEA) 1993-1994

Après la destitution de Fernando Collor, les initiatives de la société civile ont débouché sur l'établissement du CONSEA le 24 avril 1993, par le décret n° 807, sous le gouvernement d'Itamar Franco. L'organisme se composait d'un tiers de membres du gouvernement et de deux tiers de membres de la société civile.

Le mouvement pour les droits de citoyenneté fait partie des très nombreux événements qui se sont déroulés entre 1990 et 1992 en raison de la contestation du gouvernement et du manque de politiques sociales, donc de l'augmentation de la pauvreté et de la faim à travers le pays. Le point culminant a été le Mouvement pour l'éthique en politique et l'Action citoyenne contre la faim et la misère et pour la vie.

C'est sous le gouvernement d'Itamar Franco (1993-1994) que le CONSEA a été créé. La proposition avait été soumise au gouvernement Collor qui n'avait pas bougé. En février 1993, elle a été présentée une autre fois au nouveau président Itamar Franco et l'établissement d'un plan national de lutte contre la faim et la pauvreté et la création de CONSEA ont été subventionnés en mai de la même année. C'était le premier partenariat efficace entre la société civile – à travers le mouvement Action citoyenne contre la faim et la misère et pour la vie dirigé par Hebert de Souza surnommé « Betinho » - et les pouvoirs publics, qui a permis d'amorcer une étape de mobilisation remarquable dans le pays. À partir de ce moment-là, la lutte contre la faim et la pauvreté a fait partie des discussions sur l'économie, la politique sociale et la politique d'alimentation et de nutrition, et le dialogue a été continu entre la société civile et le gouvernement. Le CONSEA a proposé le Programme de distribution alimentaire d'urgence (PRODEA) en réponse à la Carte de la faim de l'IPAE en 1993. (LAGE, 2006)



Entre 1990 et 1992, au cours du combat pour la citoyenneté dont les principaux acteurs étaient le Mouvement pour l'éthique en politique et l'Action citoyenne contre la faim et la misère et pour la vie, des mesures de solidarité et d'urgence se mettent en place dans tout le pays. Toutefois, le volet philanthropique des dons alimentaires était la principale sinon la seule réaction au problème de la faim et de la pauvreté, et la dimension de la solidarité (comme la participation et la valorisation des mouvements sociaux) a été réduite au modèle de l'assistanat et du volontariat, dissocié de la critique de la production sociale de la faim.

Grâce au compromis engagé par Betinho, la discussion des mesures à l'appui de la citoyenneté contre la faim et la pauvreté a pris de l'ampleur. Il y a eu coopération pour renforcer l'idée, dans plusieurs secteurs sociaux, de l'urgence d'une réforme agraire et de la réorientation des politiques d'approvisionnement alimentaire.

Malgré la brièveté de l'expérience de la période 1993-1994, le CONSEA a soulevé le problème de la faim et de la prise en compte de la sécurité alimentaire dans les organismes officiels. À cette période, le secteur de l'alimentation et de la nutrition, bien qu'ayant peu de programmes et d'institutions, a permis la rationalisation recherchée à la fin des années 1980.

Les objectifs du CONSEA étaient les suivants : a) établir les lignes directrices du Plan de lutte contre la faim et la pauvreté; b) concevoir la stratégie adaptée pour sa mise en œuvre; c) mobiliser les ressources nécessaires pour atteindre ces objectifs; d) favoriser le partenariat et l'harmonisation entre les organismes publics et privés, nationaux et internationaux, en vue d'assurer la mobilisation des ressources et leur utilisation rationnelle ainsi que le caractère d'appoint des mesures élaborées; e) coordonner la sensibilisation de l'opinion publique à la lutte contre la faim et la pauvreté dans le but de faire la jonction entre les activités du gouvernement et celles de la société; et f) inspirer et soutenir la création de comités étatiques et municipaux de lutte contre la faim et la pauvreté. (CRUSIUS et coll., 1993 et PEREIRA, 1997, p. 104)

Le CONSEA a proposé le Programme de distribution alimentaire d'urgence (PRODEA) en réponse aux preuves empiriques de la Carte de la faim (IPEA, 1993) et à l'appel de la lutte sociale pour l'action citoyenne en faveur de la distribution alimentaire d'urgence. Toutefois, même si la pratique qui consiste à distribuer des paniers d'aliments de base n'était pas nouvelle dans le pays, elle a été souvent critiquée par l'opinion publique à ce moment-là, surtout en raison de son caractère « assistantialiste » qui ne tenait pas compte des facteurs déterminants des inégalités économiques, sociales, politiques et culturelles à l'origine de la pauvreté, des privations et de la faim dans le pays.

Sur l'initiative du CONSEA, en janvier 1994, la première Conférence nationale sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle (CNSAN I) a été organisée. Le « milieu des politiques » qui a participé à la CNSAN I a renforcé la conception de la sécurité alimentaire comme garantie d'un accès général à une alimentation de bonne qualité nutritionnelle.

Cette première conférence résultait d'un processus national de mobilisation sociale sur la « question de la nutrition » et de la prise de conscience de l'aggravation de la faim au Brésil. Elle a débouché sur une déclaration politique et sur un document



programmatique contenant les conditions et exigences d'une Politique nationale sur l'alimentation et la sécurité alimentaire. (MALUF, MENEZES et VALENTE, 1996)

Les principaux résultats produits par la CNSAN I ont été les suivants : a) améliorer les conditions d'accès à la nourriture et diminuer son importance dans les dépenses familiales; b) assurer la santé, la nutrition et l'alimentation de segments précis de la population (à risque sur le plan nutritionnel ou social); c) garantir la qualité biologique, sanitaire, nutritionnelle et technologique du contenu des produits alimentaires et de leur utilisation; et d) favoriser des habitudes alimentaires et un mode de vie sains.

Du Conseil national de la sécurité alimentaire et nutritionnelle (CONSEA) à Communauté solidaire (1995-2002)

En 1995, Fernando Henrique Cardoso est devenu président de la République. L'une de ses premières mesures politiques dans le secteur de la politique sociale a été de mettre fin au CONSEA et de le remplacer par le Programme Communauté solidaire qui mettait l'accent sur la lutte contre la faim dans les municipalités.

Le Programme Communauté Solidaire (PCS) a été décidé par le décret n° 1.366 du 12 janvier 1995, dans le but de « *coordonner les mesures gouvernementales pour servir les segments de population sans ressources afin d'assurer leurs besoins de base et surtout, de lutter contre la faim et la pauvreté.* » (SILVA et coll., 2001, p. 72)

Le PCS était une stratégie gouvernementale fédérale qui visait à relier les actions de la société civile et celles de l'État à tous les paliers de gouvernement (fédéral, étatique et municipal), et à intégrer les initiatives fédérales dans les municipalités où la pauvreté était alors plus concentrée au Brésil.

Idéalisé comme une solution pour reformuler le projet institutionnel du Plan de lutte contre la faim et la misère et pour la vie (PCFM) du gouvernement Itamar Franco, qui était coordonné par le Conseil national de la sécurité alimentaire (CONSEA), le PCS devait « rendre plus efficaces et plus efficaces les mesures gouvernementales sans qu'une pression plus forte s'exerce sur les dépenses publiques. La proposition avait pour but de coordonner les programmes conçus par différents ministères ». (SILVA et coll., 2001, p. 74)

Les objectifs prioritaires de mise en œuvre des mesures du PCS étaient : a) la réduction de la mortalité infantile; b) l'alimentation; c) l'appui à l'éducation primaire; d) le développement urbain; e) la création d'emplois et de revenus; et f) la qualification professionnelle.

On a beaucoup critiqué le caractère assistantialiste qui prévalait dans les mesures du Programme Communauté Solidaire (PCS) comme stratégie de lutte contre la pauvreté à l'époque.

La première critique concerne l'absence de prise en compte par ces mesures des distorsions structurelles présentes dans la société brésilienne. (CAMPOS, 1995 et SILVA et coll., 2001, p. 76)

La deuxième porte sur le PCS comme stratégie du gouvernement fédéral qui transfère la responsabilité des politiques sociales à la société civile. La solidarité a servi de



justification et cela a pris la forme de mesures fragmentées, sélectives et ciblées. (QUEIROZ et MATSUBARA, 1995, et SILVA et coll., 2001, p. 76-77)

La troisième critique vise le caractère néolibéral du programme, selon les arguments de Sposati (1995, cité par Silva et coll. 2001, p. 77), parmi lesquels nous retenons en particulier ceux-ci : a) élimination des organismes d'aide sociale et transfert de la responsabilité des politiques sociales; b) accent mis sur la centralisation de l'exécutif fédéral même dans le cadre du discours sur la décentralisation des mesures dans les États et les municipalités; c) indéfinition des ressources qui dépendaient de divers ministères et ont été assignées à différents programmes, ce qui a compromis leur stabilité; d) mesures ciblées et sélectives; et e) retour des pratiques paternalistes.

En 1996, la situation internationale était très favorable au dossier de l'alimentation et de la nutrition. C'est l'année où l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) a organisé le Sommet mondial de l'alimentation à Rome. C'est à ce sommet que l'alimentation a été inscrite comme un droit de la personne au programme des politiques publiques au niveau national et international. À ce Sommet, d'autres informations ont été diffusées afin de montrer que le jeu politique camouflait les problèmes de nutrition et qu'il fallait les faire sortir pour obtenir une réaction institutionnelle.

Le Sommet mondial de l'alimentation a ouvert une brèche et le débat sur la nécessité de formuler une Politique nationale d'alimentation et de nutrition (PNAN) a gagné de l'importance, surtout avec la mobilisation du petit groupe de techniciens de l'ancien INAN disparu en 1997, qui a intégré cette question dans les programmes des politiques sectorielles du ministère de la Santé.

Les discussions ont été encourageantes et ont renforcé le groupe de techniciens, les concepts et la nécessité de travailler à la dimension intersectorielle du problème surtout pour lutter contre la mortalité et la malnutrition infantiles au Brésil.

Toutefois, avec la disparition de l'INAN, le travail de formulation de la politique a été interrompu alors qu'on tentait d'intégrer cette politique dans les priorités du ministère de la Santé, au début des années 1990, lorsque le gouvernement a mis fin à presque tous les programmes d'alimentation et de nutrition.

Poussé par les organisations internationales qui travaillaient sur les questions d'alimentation et de nutrition en utilisant une approche axée sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle, l'INAN, victime des dissensions et de la corruption, a été confronté à de mornes discussions sur la progression sans précédent des maladies chroniques. Ces discussions se déroulaient également au ministère de la Santé, plus particulièrement parmi les responsables de la coordination de la prise en charge du diabète et de l'hypertension, qui examinaient certains indicateurs des études réalisées au Brésil. Ce n'était pas suffisant pour que la réflexion sur cet enjeu se traduise par des mesures.

Pour Valente (2002), dans la perspective du gouvernement de FHC, la question de la sécurité alimentaire et nutritionnelle avait disparu des priorités politiques, même si certaines mesures relevant du Secrétariat exécutif de Communauté solidaire ont été maintenues dans le cadre d'un partenariat avec les éléments de la société civile



engagés dans la lutte pour la sécurité alimentaire et nutritionnelle. Ces mesures étaient : a) le travail mené pour établir et surveiller le budget de la sécurité alimentaire; b) la préparation du Sommet mondial de l'alimentation qui a débuté fin 1995 et s'est terminé en juin 1996; c) les efforts pour maintenir, à l'échelle nationale, la conformité aux résolutions du Sommet mondial de l'alimentation (Rome, 1996); et d) l'établissement d'une base de données sur la sécurité de l'alimentation en partenariat avec l'IPEA.

On peut mesurer, jusqu'à un certain point, le degré de priorité accordée à la sécurité alimentaire par le gouvernement de FHC d'après les activités susmentionnées. Parmi ces mesures, il convient de citer la préparation du document brésilien du Sommet mondial de l'alimentation (1996). Dans ce processus, le débat public sur la sécurité alimentaire a repris et le droit à la nourriture a été inclus dans le document comme droit de la personne et comme l'un des engagements de la société brésilienne à l'égard de ce droit. Les discussions ont également clairement mis en évidence l'inégalité entre les propositions du secteur économique du gouvernement et celles des secteurs sociaux.

Dans son travail, le Secrétariat exécutif du Programme Communauté solidaire – toujours selon Valente (2002) – s'est progressivement écarté de la société civile. Cela étant, il faut reconnaître qu'il est devenu un instrument de coordination utile pour l'action sociale du gouvernement, même s'il n'était pas habilité à s'ingérer dans la gestion des politiques relevant du secteur économique ou même dans les définitions les plus larges des politiques sociales.

Son application avait pour but de lutter contre la faim, la pauvreté et l'exclusion sociale au Brésil, en améliorant l'efficacité et l'efficacé des programmes sociaux destinés aux groupes les plus pauvres de la population brésilienne (IPEA, 1998). Le Secrétariat a agi selon les principes de la solidarité, de la décentralisation, du partenariat, du ciblage et de la convergence de mesures. Le travail était centralisé dans les municipalités les plus pauvres du pays et 20 programmes de neuf ministères ont été choisis pour bâtir le plan d'action de base. Dans la proposition, on a établi que ces municipalités seraient signalées pour favoriser l'allocation des ressources différenciées qui leur sont destinées.

L'une des tâches les plus complexes accomplies par le Secrétariat exécutif du Programme Communauté Solidaire PCS) a été la coordination du Programme de distribution alimentaire d'urgence (PRODEA) qui a débuté en 1995. Le programme, créé pour une situation d'urgence, a été transformé par la suite en programme social permanent en raison de l'absence de mesures structurelles et de politiques sociales pouvant le remplacer. (VALENTE, 2002)

Au second mandat du président Fernando Henrique Cardoso, début 1998, certains changements ont été apportés au Programme Communauté Solidaire (PCS), avec la mise en œuvre du Plan de développement local, durable et intégré en janvier 1999, appelé Communauté active. C'est devenu la principale stratégie de lutte contre la pauvreté du Secrétariat et depuis ses débuts, l'intention de ne pas s'occuper des problèmes de la faim, de la malnutrition et de la sécurité alimentaire était exprimée. C'est pourquoi le PRODEA a disparu à la fin de l'année 2000.

Durant cette période, l'un des quelques secteurs du gouvernement à poursuivre le débat sur l'alimentation et la nutrition sous l'angle de la sécurité alimentaire était le Secteur



technique de l'alimentation et de la nutrition (ATAN), qui avait été créé au ministère de la Santé.

En 1999, après une discussion approfondie avec la société civile, le Conseil national de la santé a approuvé la nouvelle Politique nationale d'alimentation et de nutrition (PNAN), qui a été établie dans une perspective de promotion du droit à l'alimentation comme droit de la personne et avait montré la nécessité de créer une ample politique sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle.

Comme moyen d'instaurer la PNAN, le secteur technique de l'alimentation et de la nutrition du ministère de la Santé a reçu un appui politique du secteur de la santé et du gouvernement pour mettre en œuvre le Programme des paniers de produits alimentaires. Ce programme devait d'une certaine manière remplacer le PRODEA en ce qui concerne le volet nutrition intéressant les enfants et les femmes enceintes des familles pauvres.

De sorte que les deux dernières années du gouvernement de FHC ont été marquées par l'absence de politique sociale organisée en raison de l'éparpillement et de la fragmentation des secteurs de la santé, de l'éducation, de l'agriculture et de l'approvisionnement, du travail et de la planification. Il a contribué à la construction d'un programme de base mis en œuvre par les municipalités par voie d'accords établis avec les ministères concernés selon le tableau suivant :

Tableau 2 : Programmes de l'orientation de base de Communauté solidaire, selon le secteur d'activation et le ministère responsable

Secteurs	Programmes	Ministères
1. Réduction de la mortalité infantile	a) Programme de lutte contre la malnutrition infantile b) Coordination du Programme national d'immunisation mère-enfant c) Programme des agents de santé communautaires (PACS) d) Mesures d'assainissement de base	Ministère de la Santé
2. Alimentation	a) Programme national de nutrition en milieu scolaire (PNAE) b) Programme de distribution alimentaire d'urgence (PRODEA)	Ministères de l'Éducation et de l'Agriculture, de l'Élevage et de l'Approvisionnement
3. Soutien à l'éducation primaire	a) Subvention au matériel scolaire de base – Panier de base (étudiant, enseignant, école) b) Programme de santé des élèves c) Programme national de transport des élèves d) Programme d'éducation de l'enfant	Ministère de l'Éducation
4. Soutien à l'agriculture familiale	a) Programme national d'appui à l'agriculture familiale (PRONAF)	Ministère de l'Agriculture, de l'Élevage et de l'Approvisionnement
5. Création d'emplois et de revenus, qualification professionnelle	a) Programme de création d'emplois et de revenus (PROGER) b) Plan national de formation professionnelle (PLANFOR) c) Programme de qualification professionnelle – Médiation pour l'emploi	Ministère du Travail
6. Développement urbain	a) Programme de logement - Brésil b) Programme d'action sociale en matière d'assainissement (PASS)	Ministère du Plan et du Budget

Source : Silva et coll. (2001, pp.143-144)



Dans ce contexte, il n'y avait pas de partenaire au gouvernement dans le dossier de la sécurité alimentaire et nutritionnelle. Les initiatives visant à structurer les activités autour d'une politique axée sur cette question étaient complètement dispersées.

Rétablir la sécurité alimentaire et nutritionnelle comme priorité gouvernementale (2003-2005)

Lorsque Luiz Inácio Lula da Silva est devenu président en janvier 2003, il a mis la lutte contre la faim et la pauvreté à l'ordre du jour du gouvernement. C'était une priorité absolue de son mandat. C'est pourquoi, cette même année, il a lancé le programme « Zéro Faim » comme stratégie principale de son gouvernement, qui était énoncée dans le Plan de développement pluriannuel (PPA) 2004-2007.

Le programme Zéro Faim avait pour objectif de lutter contre les causes structurelles de la faim et de la pauvreté et de s'assurer qu'il y a de la nourriture sur la *table de ceux qui en ont le plus besoin*. Dans cette optique, le programme diffuse l'idée que les citoyens ont le droit à une nourriture de bonne qualité.

Il se propose d'éradiquer la faim parmi 44 millions de personnes dont le revenu est inférieur à un dollar par jour. Il mise donc sur l'intensification des politiques structurelles : création de lieux de travail et augmentation du revenu, intensification de la réforme agraire, sécurité sociale pour tous, allocation familiale, revenu minimum et encouragement de l'agriculture familiale. En outre, le programme Zéro Faim comprend des politiques complémentaires telles que la carte d'alimentation; l'élargissement et la réorientation du Programme d'alimentation du travailleur (PAT); le don de paniers de produits alimentaires d'urgence, la gestion de la malnutrition mère-enfant; le maintien de stocks de sécurité alimentaire; l'augmentation des programmes de collations à l'école; la garantie de la sécurité et de la qualité des aliments; la création de programmes d'éducation à la nutrition et à la consommation et plusieurs autres politiques locales.

Dans le secteur de la protection sociale, le gouvernement a décidé d'unifier tous les programmes de transfert de revenu du précédent gouvernement comme l'allocation pour le gaz de cuisine, la subvention scolaire ou le panier d'alimentation, entre autres. Ces programmes ont été inclus dans un programme unique, le Programme d'allocation familiale, selon l'orientation du ministère appelé alors « ministère spécial de la Sécurité alimentaire » qui est devenu le ministère du Développement social et de la lutte contre la faim (MDS). La conception du Programme d'allocation familiale a tenu compte de la critique de Zéro Faim et montré le pouvoir de réaction du gouvernement qui s'efforçait de récupérer le maillon perdu de la politique sociale. Dans cette logique, alors que le programme Zéro Faim était une mesure de l'État qui a mobilisé la société, le Programme d'allocation familiale, comme programme gouvernemental, favorisait la recherche d'une application rationnelle des ressources publiques dans le domaine social. (NÉRI, 2005)

Les mesures du programme Zéro Faim devaient engager plusieurs secteurs comme l'agriculture, la santé, l'éducation et la planification, et la société civile. Les mesures élaborées à cet égard dans la sphère de compétence du ministère de la Santé se fondent sur la Politique nationale d'alimentation et de nutrition (PNAN). La responsabilité de la mise en œuvre de cette politique incombe à la Coordination générale des politiques sur l'alimentation et la nutrition/Ministère de la Santé (CGPAN/MS) qui était liée à ce



moment-là au Secrétariat des politiques de santé qui s'appelle à présent le Secrétariat des services de santé (SAS) et relève de la structure du ministère de la Santé. C'est la Commission intersectorielle de l'alimentation et de la nutrition (CIAN) du Conseil national de la santé (CNS) qui est chargée d'assurer le contrôle démocratique.

Avec l'instauration de la Stratégie mondiale sur le régime alimentaire, l'activité physique et la santé proposée par les organisations internationales (OPS, OMS et FAO) et ratifiée par le gouvernement du Brésil en 2004, une mesure importante et décisive a été établie au ministère de la Santé. C'était une tentative pour aborder conceptuellement la question de l'alimentation et de la nutrition, même de manière fragmentée et dispersée.

Toujours en 2004, avec le retour du CONSEA comme principal ressort du programme Zéro Faim, la deuxième Conférence nationale sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle (CNSAN II) a eu lieu à Olinda (PE), dix ans après la première.

Les délibérations de la CNSAN II ont porté sur des propositions de mesures stratégiques pour une politique nationale sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle et sur 19 motions touchant divers problèmes se rattachant à cette question au Brésil et dans le monde.

Les discussions dans les groupes thématiques et en plénière et les propositions approuvées ont réaffirmé les principes essentiels à associer à la sécurité alimentaire et nutritionnelle et à prendre en compte dans les mesures et les politiques publiques visant à les promouvoir. Voici quels étaient ces principes : a) adopter la promotion du droit de la personne à une alimentation saine en faisant de la sécurité alimentaire et nutritionnelle un objectif stratégique et permanent associé à la souveraineté alimentaire; b) assurer l'accès universel à des produits alimentaires de qualité, surtout en créant des emplois et des revenus et en respectant les mesures éducatives; c) viser l'interdépendance des mesures par une planification intersectorielle conjointe et la participation sociale; d) respecter l'équité entre les sexes et les groupes ethniques, en reconnaissant leur diversité et en valorisant leurs cultures alimentaires; e) promouvoir une agriculture familiale fondée sur l'agroécologie, l'utilisation durable des ressources naturelles et la protection de l'environnement; et f) traiter l'eau comme un nutriment essentiel et un bien public.

Ces principes ordonnent la politique nationale de sécurité alimentaire et nutritionnelle. Ces références définissent et structurent les 153 mesures stratégiques proposées et approuvées par la CNSAN II, dont 47 ont été définies comme prioritaires. (CONSEA, 2004)

Idées

Les idées représentent l'information dont les responsables de l'élaboration des politiques se servent pour reconnaître un problème de santé publique et décider de la meilleure manière d'agir. Les valeurs personnelles sont une source importante d'information pour les politiciens qui formulent les politiques publiques.

Dans le domaine de la promotion de la santé, des études récentes menées au Canada et aux États-Unis indiquent que les convictions personnelles des décideurs sur le rôle que le gouvernement doit jouer dans la promotion d'habitudes saines sont un facteur



important qui influence leur soutien à la législation contre le tabac, surtout dans les politiques de promotion de la santé. Nous savons également que les discussions qui portent sur diverses questions de promotion de la santé ou de prévention des maladies sont liées aux valeurs concernant les choix personnels et non la protection du public. (COHEN, et al, 2002)

La formulation des politiques publiques se fonde également sur les preuves empiriques produites par les chercheurs des universités publiques et privées et des établissements de recherche. Chaque centre qui produit des études est influencé par son propre ensemble de valeurs dans la collecte et l'analyse des informations. Par exemple, des établissements de recherche situés plutôt à gauche ont un point de vue sur la question tandis que les établissements dont les tendances sont plutôt à droite en ont un autre. Les informations qui proviennent de ces établissements peuvent être utilisées par les gouvernements de différents États selon l'idéologie qui convient le mieux à un moment donné.

Les débats avec le public ou les représentants de divers groupes d'intérêts sont la troisième source d'information des décideurs. Bien que ces sources d'information soient non officielles et non scientifiques, on considère qu'elles influent fortement sur les prises de position des décideurs.

La recherche sur l'opinion publique est une quatrième source d'information. Les gouvernements utilisent de plus en plus ce genre de recherche pour obtenir de l'information sur les préférences de la population à l'égard des principaux enjeux politiques. Ce type de recherche est la façon la plus scientifique de déterminer quelle est l'opinion des citoyens comparativement aux résultats obtenus par des rencontres personnelles et des conversations informelles. Certains affirment que les instituts de sondage sont devenus la source d'information la plus importante des décideurs politiques.

Une grande partie de l'information décrite ci-dessus est filtrée par les moyens de communication populaires, c'est-à-dire les journaux, les revues, la radio et la télévision jusqu'à ce que les décideurs et le grand public soient au courant. La manière dont une question est traitée par les médias populaires peut avoir un impact considérable sur l'opinion publique et sur les choix éventuels des décideurs lorsqu'ils formulent une question donnée. Si les médias qui diffusent des nouvelles ne reconnaissent pas l'existence d'un enjeu, le gouvernement peut ne pas se sentir contraint d'agir.

À un moment donné, certaines idées générales sur les politiques publiques sont largement partagées et vont fonder le débat sur les politiques. Cela peut coïncider avec un large consensus de base au sein de la population au sujet d'un enjeu de portée nationale. Mais des idées qui sont appuyées aujourd'hui par les décideurs et le grand public peuvent être abandonnées demain. De ce fait, les idées sur les politiques peuvent arriver au stade de la discussion selon les circonstances. Une fois que ce stade est atteint, les décideurs peuvent transformer les idées en politiques ou les rejeter. Finalement, la définition des questions de politiques et les valeurs qui reçoivent un traitement préférentiel sont considérées comme des facteurs qui influencent grandement les solutions envisagées et choisies.



Idées et valeurs dépassent l'élaboration des politiques publiques, car les politiques publiques définissent non seulement le discours du gouvernement, mais aussi son action. Une politique publique peut également être définie par l'ensemble des décisions prises en réponse à tel ou tel problème social. Après tout, comme êtres politiques, nous prenons des décisions constamment : « Nous décidons qu'il y a un problème, nous décidons qu'il est nécessaire de le résoudre, nous décidons de la meilleure manière de le résoudre et nous décidons de légiférer sur le sujet » (SUBIRATS, 1994, p. 41). Pour comprendre les politiques publiques, il faut les considérer comme un processus caractérisé par un flux d'interactions entre les acteurs qui participent à leur élaboration, à leur mise en œuvre et à leur évaluation. D'un autre côté, les décisions signifient que des jugements de valeur, des idées, des intérêts et des conflits sont traités dans un cadre institutionnel.

Pour comprendre le processus de formulation des politiques publiques, nous devons comprendre les caractéristiques des acteurs : les institutions qu'ils représentent, les rôles qu'ils jouent, les pouvoirs qu'ils représentent ou dont ils disposent, la manière dont ils se comprennent et se contrôlent les uns les autres (LINDBLÖM, 1991, p. 11) et surtout, les intérêts, les idées et les institutions qu'ils défendent. Nous savons que les acteurs qui participent et s'intéressent au processus de formulation des politiques publiques ne sont pas toujours totalement d'accord sur les problèmes, les options de rechange et les solutions choisies.

Différentes interprétations des enjeux et des solutions existent. Il y a un cycle de négociation des décisions, de réparation et d'imposition, et finalement diverses formes, stratégies et occasions de faire avancer une question afin qu'elle fasse partie des priorités. Ceci se passe aussi dans la diffusion des idées et des valeurs nouvelles sur la conception des politiques publiques.

Le processus démocratique et participatif de la formulation des politiques publiques implique une négociation entre les défenseurs d'idées et de points de vue différents qui peuvent apporter ou non des arguments rationnels, comme dans le cas de la normalisation de la Politique nationale d'alimentation et de nutrition (PNAN).

Nous voulons ici analyser les processus cognitifs qui interviennent dans la formulation des politiques publiques selon la conception de Muller et Surel (1998) tels que les paradigmes, les idées et les références.

Selon ces chercheurs, ce courant d'analyse des politiques publiques a été élaboré après 1980, où l'on s'est efforcé de comprendre les politiques publiques comme des systèmes de construction cognitifs et normatifs représentant la réalité dans laquelle des acteurs publics et privés pourraient intégrer leurs actions. Cette approche établit ainsi l'importance de la dynamique de la réalité dans la structure sociale afin de déterminer les cadres et les pratiques socialement légitimes dans une situation donnée selon l'interprétation de Berger et Luckmann (1986) et Muller et Surel (1998).

Dans cette optique, comment les idées et les valeurs des différents acteurs de l'État, de la société et du marché ont pu être intégrées dans le texte de la Politique nationale d'alimentation et de nutrition? Comment ces idées ont-elles pu être élaborées? S'agit-il de formulations sociales de la réalité sur les problèmes et les solutions relatives à



l'alimentation et à la nutrition au Brésil? Comment ce processus s'est-il déroulé? Comment les acteurs ont-ils pu négocier, rectifier, persuader et argumenter au sujet des idées et des valeurs?

La formulation de la PNAN a débuté dans les années 1970 par les études et les programmes réalisés ou coordonnés par l'INAN, l'organisme qui était chargé des mesures dans les secteurs de l'alimentation et de la nutrition, sous la direction de Dr. Bertoldo Cruze Grande de Arruda, comme l'a rappelé un témoin privilégié.

Les principales études qui ont contribué à la formulation de la PNAN sont les suivantes :

Étude nationale sur les dépenses familiales (ENDEF)

Réalisée entre 1974 et 1975, l'ENDEF était une étude de portée nationale sur les ménages (à l'exclusion des zones rurales des régions nord et centre-ouest). La collecte des données a pris un an. L'ENDEF a été réalisée par la Fondation de l'Institut brésilien de géographie et de statistiques (FIBGE) qui voulait recueillir des données pertinentes sur le budget familial et la consommation alimentaire. Son principal axe était l'analyse de l'état nutritionnel d'après le profil du budget familial. On reconnaissait déjà que la pauvreté était la cause principale de la malnutrition. Il était urgent et extrêmement important de connaître la répartition du budget familial, les priorités de la famille et le pourcentage du revenu familial consacré à la nourriture.

Avec un échantillon aussi considérable – environ 55 000 ménages et environ 53 000 données sur environ 53 000 familles – l'ENDEF a été l'une des études les plus complexes (en raison de sa difficulté et de son caractère invasif) et les plus coûteuses réalisées au Brésil. La conception des échantillons a dû être adaptée à plusieurs besoins d'analyse, comme la prestation d'informations de fond pour 22 niveaux géographiques : neuf régions métropolitaines – zones urbaines de sept régions (Rio de Janeiro; São Paulo; macrorégion du sud; Minas Gerais et Espírito Santo; macrorégion du nord-est; microrégion du nord; et Mato Grosso et Goiás) – Brasília et les cinq régions rurales (Rio de Janeiro; São Paulo; région du sud; Minas Gerais et Espírito Santo; et région du nord-est).

Une autre singularité de l'enquête était l'inclusion de la méthodologie pour peser les aliments. Il a fallu le faire dans deux ménages à la fois pour réduire le coût de la recherche et la rendre viable. À cette fin, on devait choisir dans l'échantillon deux maisons contiguës. Le temps de déplacement d'une maison à l'autre a été réduit pour les enquêteurs et cela a permis à un seul enquêteur de recueillir les données de deux ménages chaque semaine.

La méthodologie de l'ENDEF comprenait des entretiens dans chaque ménage pendant sept jours de suite. Grâce à cette façon de procéder, l'enquêteur pouvait observer des différences dans les aliments consommés pendant toute une semaine, ainsi que les variations habituelles de la fin de semaine.

En plus de l'information sur la consommation alimentaire des ménages, d'autres données socio-économiques ont également été obtenues sur la composition de la famille (sexe, âge, migration et lien de tous les membres de la famille avec le chef de famille), l'emploi



et le revenu. On a également obtenu des données anthropométriques sur les résidents ainsi que des renseignements complémentaires comme la présence au moment du repas ou les conditions particulières dans lesquelles les personnes s'alimentaient.

Pour ce qui est de connaître le budget annuel consacré par la famille à la nourriture, l'étude a été plus loin que ces informations en s'intéressant aux aliments consommés le reste de l'année (les 365 jours de l'année). Cela ajoutait un volet spécial qui permettait de distinguer les dépenses monétaires des dépenses non monétaires. Ces dernières concernent les aliments obtenus grâce à la production familiale, la chasse, la pêche, au troc, aux dons reçus, à une entreprise familiale, ou en contrepartie de services rendus.

Enquête nationale sur la santé et la nutrition (PNSN)

La PNSN a été effectuée par l'INAN (Institut national de l'alimentation et de la nutrition) avec l'appui de l'IPLAN et de l'IBGE. Elle s'est servie d'un échantillon national des ménages comme celui de la PNAD (Enquête nationale sur les échantillons des ménages), ce qui a permis de recourir aux équipes de surveillance et d'enquête sur le terrain de l'IBGE. L'échantillon couvrait 17 920 ménages à travers le pays.

Le plan d'échantillonnage de la PNSN a été conçu pour fournir des estimations significatives de la population brésilienne résidant dans des habitations privées et collectives. Cette définition exclut les personnes vivant dans des institutions collectives et dans des peuplements autochtones. Pour cette étude, 498 équipes sur le terrain ont reçu une formation. Elles ont consigné la taille et le poids des 62 000 personnes interrogées. Des mesures anthropométriques et un questionnaire ont servi à vérifier l'état nutritionnel et l'état de santé conjoncturels des personnes interrogées. Des renseignements sur les divers programmes d'alimentation et de nutrition ont également été obtenus dans différentes couches de la population ainsi que sur l'allaitement maternel, les installations sanitaires, les caractéristiques du logement habité, le revenu, la profession et d'autres variables. Ces données ont permis d'interpréter le tableau nutritionnel en raison de leurs déterminants socio-économiques. L'enquête a pris deux mois et demi et le travail sur le terrain s'est déroulé du 3 juillet au 15 septembre 1989.

En combinant les données de la PNSN, on a pu formuler des diagnostics sur la représentativité démographique des zones rurales et urbaines des cinq macrorégions brésiliennes (sauf le nord rural).

Certaines informations préliminaires de l'enquête ont été diffusées en mars 1990 et contenaient des données sur les enfants de moins de 10 ans. Le deuxième rapport d'enquête, publié en septembre 1990, couvrait les aspects liés à la croissance de la population âgée de 0 à 25 ans. Le troisième rapport, à partir de septembre 1991, analysait l'état nutritionnel des adultes et des personnes âgées au Brésil.

Enquêtes sur la démographie et la santé (PNDS)

La PNDS a été effectuée par la BEMFAM (Association brésilienne de planification familiale) en 1996 et faisait partie du programme mondial de l'Enquête sur la démographie et la santé (DHS). Il y a eu deux autres éditions : en 1991 dans la région du nord-est et en 1986 dans l'ensemble du pays. Les enquêtes sur la démographie et la santé portent sur des échantillons représentatifs nationaux ou régionaux de femmes



âgées de 15 à 49 ans et servent à gérer l'information sur la fertilité, la santé mère-enfant et les caractéristiques socio-économiques de la population ciblée par l'enquête. En ce qui concerne la fertilité, l'information obtenue a permis d'évaluer les niveaux de fertilité et les tendances, la connaissance et l'usage des méthodes contraceptives, l'allaitement au sein et d'autres déterminants de la fertilité, tels que la proportion de femmes mariées ou de femmes non mariées vivant avec un conjoint et la durée de l'aménorrhée après l'accouchement. L'enquête s'est intéressée également aux intentions reproductives et aux besoins non satisfaits de planification familiale.

En ce qui a trait à la santé mère-enfant, des informations ont été obtenues sur les taux de mortalité maternelle, les MST/le SIDA, la grossesse, l'aide avant la naissance et à l'accouchement. Les données recueillies sur la santé infantile ont permis de déterminer les taux et les tendances de mortalité des nourrissons et des enfants et d'analyser les déterminants socio-économiques à cet égard. On a étudié les principales causes des maladies infantiles prévalentes (diarrhée et infections respiratoires) ainsi que l'immunisation, l'état nutritionnel, l'accès à l'eau potable et les installations d'égout.

L'étude portait également sur les caractéristiques socio-économiques de la population interrogée comme l'âge, l'éducation, l'accès aux moyens de communication, la profession, la couleur, la religion, l'état du logement (c'est-à-dire accès à l'eau potable, égouts, électricité, biens de consommation durables, nombre de chambres et matériaux du toit, des murs et du sol.

Dans l'édition de 1996 de l'enquête, en plus de celle effectuée auprès des femmes, un plus petit échantillon de 25 % de ménages a été sélectionné pour étudier la population masculine. Il s'agissait d'analyser, du point de vue des hommes, l'information sur les connaissances, les attitudes et les pratiques touchant la planification familiale, les intentions reproductives, et les connaissances et les comportements sexuels relativement au SIDA.

L'enquête a débuté en septembre 1995, par la création d'un Comité intégré et consultatif composé d'institutions publiques et privées ayant contribué de manière importante à la production, à l'analyse et à la divulgation de données sur la santé et la démographie. La participation du comité a alimenté la discussion sur le contenu du questionnaire, la portée de l'échantillon, l'évaluation du plan d'analyse et la divulgation des résultats de l'enquête. L'IBGE a collaboré à la sélection des échantillons (modèle de la PNAD) et des techniciens ont participé à l'étape de formation des équipes sur le terrain et à la saisie de données.

Sur le plan des idées et des valeurs, on a inclus les présuppositions politiques d'après les prémisses qui étaient définies et contenues dans le document présenté par les autorités brésiliennes au Sommet mondial de l'alimentation à Rome en 1996 et qui mettaient l'accent sur les idées relatives à la sécurité alimentaire et nutritionnelle. L'axe de l'accès à l'alimentation était important, mais il fallait aussi que l'alimentation soit de qualité élevée, qu'elle respecte la diversité culturelle et sociale et qu'elle soit durable sur les plans économique et environnemental. Ce nouvel axe visait à prévenir des problèmes tels que la malnutrition, les MCNT, les excès de poids et l'obésité.



La nécessité d'évaluer et d'assigner la question de manière claire et consensuelle a contraint à ce moment-là, les pouvoirs publics à rendre viables les différents courants, idées, intérêts et valeurs, et de les traduire dans une politique sectorielle.

Un groupe de travail composé de professionnels de l'alimentation et de la nutrition et de gestionnaires des politiques publiques a été créé pour coordonner, à partir de ces discussions, la formulation de la politique au ministère de la Santé.

Du fait que l'INAN ait disparu en 1997 et que le secteur de l'alimentation et de la nutrition soit réorganisé et reconstitué au sein du ministère de la Santé – dans la mesure où le « groupe de travail nommé pour la formulation de la PNAN se composait de techniciens et de gestionnaires de l'INAN » – les acteurs les plus nombreux étaient les membres du reste du groupe de l'INAN. Le groupe avait divers appuis externes, par le biais du Conseil national de l'alimentation et de la nutrition, avec des représentants de différents ministères et un fort soutien des universités : *« presque toujours au cours de la formulation de programmes généraux ou sectoriels, des professionnels des universités ont été invités à participer. »*

En plus des acteurs cités, des institutions médicales, le Conseil fédéral des nutritionnistes et certaines organisations internationales telles que l'UNICEF et l'Organisation mondiale de la santé ont aussi apporté des idées et des valeurs. Selon un témoin privilégié, ces organismes étaient *« les acteurs les plus indiqués pour mettre en œuvre la Politique nationale d'alimentation et de nutrition. »*

L'établissement de la politique se fondait sur des preuves scientifiques qui posaient des questions importantes sur le profil alimentaire et nutritionnel au Brésil. On avait quelques données d'études multicentriques sur l'évaluation du Programme de distribution de lait (PNCC) et les questions touchant la nécessité de créer le Système de surveillance de l'alimentation et de la nutrition (SISVAN) ont été débattues. Un témoin privilégié observe : *« C'était un patchwork qui associait des thèmes, des concepts et des stratégies fondamentaux pour visualiser la portée de la politique. »*

Il y avait un consensus parmi les membres du groupe de travail chargé de la formulation de la PNAN sur le fait qu'il était possible de concevoir une politique de large portée, mais coordonnée par le secteur de la santé. Quant au cadre intersectoriel, des représentants des ministères de l'Agriculture, de l'Éducation, de la Réforme agraire, du Plan et du Budget, des Affaires étrangères, de la Science et de la Technologie, du Travail et de l'Emploi y ont participé.

Des représentants du mécanisme principal de supervision du Système unique de santé (SUS) ont participé comme ceux du Conseil national des secrétaires à la santé (CONASS) et du Conseil national des secrétaires municipaux à la santé (CONASEMS). La politique a été soumise à la discussion dans le cadre de la Commission tripartite, de sorte que les observations des superviseurs des États et des municipalités ont été obtenues.

Il convient de mentionner l'apport du Conseil national de l'éducation du fait de sa constitution paritaire et celui de la société civile et du gouvernement à l'amélioration de la qualité de la Commission tripartite.



Les industries de l'alimentation ont également participé en tant que représentants du secteur privé. Ils ont contribué de manière essentielle à la discussion sur l'allaitement maternel et à la production de produits destinés à l'allaitement maternel.

Les professionnels qui travaillent avec les services publics locaux, et soutiennent et mettent en œuvre des mesures en faveur de l'alimentation et de la nutrition dans l'ensemble du pays ont également été appelés à participer.

Les centres de collaboration des universités œuvrant dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition (Université fédérale de Paraná, Université fédérale de Goiás, Université fédérale de Pará, Université fédérale de Bahia, IMIP et École nationale de la santé publique/FIOCRUZ) ont aidé à établir des preuves empiriques pour la conception et la formulation de la PNAN, comme soutien technique et scientifique aux décideurs. En plus des centres de collaboration, Unicamp, l'Université fédérale de Pelotas et l'Université fédérale de Pernambuco y ont également participé.

Le groupe de travail a pu aussi compter sur la participation effective de la société civile par le biais d'entités comme le Sol brésilien pour la sécurité alimentaire (SBSA), l'Institut brésilien d'analyses sociales et économiques (IBASE), l'Institut de l'enseignement supérieur et de recherche (INESP), l'Institut brésilien de défense des consommateurs (IDEC), les Services de pastorale pour les enfants, le Conseil fédéral de la nutrition (CFN), l'Association brésilienne de la nutrition (ASBRAN) et l'Association pour l'éducation dans l'administration de l'entreprise. *« Tous ont participé à différents moments du débat, parfois dans le cadre de réunions, parfois en diffusant de l'information par Internet. »*

Certains partenaires stratégiques internationaux comme l'OPS et l'OMS ont apporté une aide matérielle et financière pour les ateliers.

Comme le souligne une personne-ressource :

« Nous devons insister sur le rôle mobilisateur et le travail d'interface du docteur Denise Coutinho qui, ayant participé à diverses tribunes internationales, a traité les exigences internationales et les thèmes discutés dans la formulation de la PNAN. »

Pour ce qui est de l'analyse cognitive et de sa contribution à la mise en place de priorités gouvernementales pour la prévention, le contrôle et la surveillance des MCNT au Brésil, les témoins interrogés ont insisté sur le fait que les acteurs ne se sont pas limités à considérer le problème de la malnutrition, mais ont indiqué que le problème de l'obésité était lié à de mauvaises habitudes alimentaires, et ils ont insisté pour que soient discutées les problèmes de carence nutritionnelle.

En fait, « les nutritionnistes et spécialistes des questions sanitaires sont déjà conscients de la situation, et la PNAN, qui a été approuvée par les autorités sanitaires brésiliennes en 1999 et été confirmée par le ministre Humberto Costa en 2004 ont la même interprétation. »

Les lignes directrices de la politique sur le plan des intentions ont été négociées et présentées dans un texte de base. Ces lignes ont fait consensus aux paliers du fédéral et des États et au sein de la société civile, dans les rencontres et les séminaires où étaient



présents des segments du marché ayant un intérêt dans le secteur de l'alimentation au Brésil.

Les acteurs ont clairement appuyé l'idée de lutter simultanément contre les carences énergétiques chroniques, les carences nutritionnelles plus courantes comme le manque de vitamine A, l'anémie causée par la carence en fer, le goitre, l'excès de poids et les déséquilibres nutritionnels qui augmentent les risques de maladies chroniques comme le diabète, les maladies cardiaques et même certains cancers.

Les acteurs ont également insisté sur un autre point : pour atteindre leurs objectifs, bon nombre des mesures proposées par la PNAN dépendent de l'accord et de la participation d'autres secteurs du gouvernement que le ministère de la Santé. Voici des exemples de mesures intersectorielles typiques : législation sur la nutrition et renseignements nutritionnels dans l'étiquetage alimentaire, restriction de la publicité pour les aliments malsains (et les boissons alcoolisées), réglementation de la quantité maximale de sel autorisée dans les aliments produits industriellement, promotion d'une alimentation saine dans les écoles et les milieux de travail, incitation à la production de fruits et de légumes, politiques fiscales qui distinguent les aliments plus sains des aliments moins sains, mesures d'aménagement urbain qui incitent à l'activité physique, campagnes d'information utilisant les médias de masse, etc.

Naturellement, on se préoccupe de la fragilité du dialogue et des pratiques intersectorielles des politiques publiques au Brésil, « surtout de l'incapacité de garantir des changements de fond entre les agents sociaux et leurs conceptions du bien-être, des principes de l'équité et des règles d'évaluation des mesures. »

Lorsque l'État abandonne ses responsabilités publiques, cela l'empêche d'acquérir plus d'expérience des possibilités de travail conjoint. En ce qui a trait à la promotion de l'alimentation et à la nutrition, notamment les politiques publiques (obligation de l'État et droit des citoyens), les acteurs croient que :

« malgré ces obstacles et ces difficultés, le mouvement peut récupérer la valeur accordée dans la discussion à la citoyenneté, en partant des liens d'amitié dans les paroisses et des réseaux familiaux pour arriver à la solidarité entre des gens qui ne se connaissent pas, et passer ainsi de la philanthropie élémentaire à la discussion sur les politiques publiques. »

Un autre témoin privilégié affirme que les idées et les valeurs de plusieurs secteurs n'ont pas été prises en compte dans le cadre de la politique parce qu'elle avait ses limites comme le confirme l'argument suivant :

« L'équipe du secteur technique de la nutrition était très réduite et a entendu ceux qui en étaient proches, ceux qui avaient déjà travaillé dans le secteur et les mouvements sociaux les plus actifs. La politique révèle, par exemple, une absence totale de travail de recherche parmi les Autochtones, les itinérants et les personnes obèses et diabétiques. Si on avait réfléchi au niveau de consultation efficace auprès de ces groupes, on se serait rendu compte qu'il était très bas. Cela ne s'explique pas seulement par le manque de volonté, mais également par l'absence de conditions d'efficacité. »



Ce témoin ajoute :

« Si l'on considère que l'évolution a été sectorielle, cela n'a pas été très efficace en raison de la situation d'ensemble, où on privilégiait les conséquences plutôt que les déterminants, même si ces déterminants étaient inclus, quoique de façon peu affirmée. Des secteurs manquent. L'ANVISA, qui a été créée par la Loi n° 9782/99, n'était pas encore active comme elle l'est aujourd'hui. Si l'ANVISA avait existé à ce moment-là, diverses mesures auraient pu être mises en place comme l'étiquetage alimentaire. »

Parmi les idées et les valeurs qui ont influencé la formulation de la PNAN, la disparition du Conseil de sécurité alimentaire en 1994 sous le président Fernando Henrique Cardoso (1994-2002) a compté. C'est à cette période qu'il a créé le Programme Communauté Solidaire (PCS) qui visait à faire la jonction entre les programmes et les mesures du gouvernement et la société civile. *« Plus tard, cela n'a pas été efficace et cela s'est terminé comme une pièce philosophique. »*

Dans le processus de formulation de la PNAN, l'accès à la nourriture comme droit de la personne a été abondamment discuté, mais on a dit peu de choses sur les droits des consommateurs.

« Le consommateur doit avoir une bonne information pour choisir ses aliments. Comme environ 70 % des Brésiliens vivent en zone urbaine, ce sont des consommateurs et ils sont très loin d'avoir la même vision de la consommation alimentaire que les habitants des zones rurales. Nous achetons des produits alimentaires : la politique pourrait avoir progressé davantage de ce côté-là également. »

En ce qui concerne les idées, l'une des directives a donné un excellent résultat pour ce qui est des éléments techniques de la politique concernant la promotion d'aliments sains. Avant la politique de la nutrition, cette question n'était pas très claire dans le secteur de la nutrition :

« Nous avons agi avec très peu de confiance à cet égard en raison de l'interprétation toujours présente voulant que la pauvreté demeure la question fondamentale. Le problème était l'accès à la nourriture. Ce problème réglé, tout le monde saurait exactement quoi faire. C'était une vision réductrice. Nous pensons que l'accès résoudrait tous les problèmes, mais c'est faux. Ce n'est pas que les gens ne savent pas faire les choses, mais ils sont influencés par un environnement qui ne les motive pas à faire des choix sains. Une mère peut savoir ce qui est bon, mais si la publicité de la télévision promeut un autre produit, il y a un conflit entre deux informations de poids inégal. Je pense que nous avons fait l'erreur de croire que tout se résumait à l'accès. Ce n'est pas le cas à cause de l'environnement qui influence les choix indépendamment de la volonté des gens de mieux choisir. Quelqu'un peut vouloir faire de meilleurs choix, mais les produits peuvent ne pas être accessibles. Ou la télévision ne l'aide pas à prendre cette décision. »

L'idée d'une politique spécifique sur l'étiquetage alimentaire par l'industrie a été un sujet d'affrontement et de conflits d'intérêts. Cette discussion a eu lieu parce que les lignes directrices de la PNAN abordent la question de la nutrition saine, une approche qui ne concerne pas l'accès à la nourriture. Elle nécessite de gérer l'environnement, ce qui signifie exercer un contrôle sur la publicité et rendre les informations et l'étiquetage alimentaire accessibles aux consommateurs. C'est alors que le Brésil a décidé de légiférer pour imposer l'étiquetage alimentaire. Cela s'est fait dans deux autres pays : les



États-Unis et Israël. Dans tous les autres pays, l'étiquetage était volontaire. Cette question au Brésil touchait les intérêts commerciaux industriels qui doivent fournir aux utilisateurs finaux les informations valables.

Il fallait démocratiser l'information pour les utilisateurs finaux surtout sur les ingrédients contenus dans les aliments, de façon à ce qu'ils puissent faire leurs propres choix. *« Alors, l'information doit être démocratique. Pour tout produit alimentaire, il faut donner l'information sur la quantité de calories. Le consommateur a le droit de choisir un produit qui contient beaucoup ou peu de calories. En général, les gens sont informés sur les calories quand cela intéresse l'industrie parce qu'il n'y a pas de vitamines. »*

L'intérêt pour l'étiquetage alimentaire au Brésil découle des processus de la PNAN, dont les deux processus - formulation et mise en œuvre - ont été simultanés. Des possibilités sont apparues et les techniciens engagés dans le processus ont présenté les idées et les outils que l'État devait utiliser pour exécuter la Politique de l'alimentation et de la nutrition.

« La législation sur l'étiquetage a commencé par une proposition. Le processus était intéressant parce que nous avons fait une proposition à laquelle l'industrie a beaucoup résisté. Ce n'était pas faisable; le consommateur ne comprendrait pas les étiquettes. Nous avons décidé d'utiliser une méthodologie qui définissait les quantités par portion. C'était totalement révolutionnaire. Aucun autre pays n'avait fait quelque chose de ce genre. Cela a marché, et lorsque l'industrie a senti que le Ministère était réellement décidé à imposer l'étiquetage alimentaire, son attitude à l'égard de la proposition a complètement changé. (...) »

En ce qui a trait à la diversité culturelle du Brésil, la politique n'a pas progressé sur les pratiques alimentaires diverses, régionales, locales et urbaines. La dimension culturelle a été une lacune par le passé et le demeure. Personne n'a été capable de comprendre la santé dans sa dimension symbolique qui s'exprime dans les habitudes culturelles alimentaires.

« Ignorer la culture revient à écarter certaines questions relatives à l'information, à l'éducation et à la communication, qui sont les lacunes de la politique. »

En matière de prévention des MCNT dans la PNAN, il est intéressant d'observer que la question concernait plus les personnes qui discutaient que les secteurs du ministère qui traitaient séparément ces maladies. De l'avis d'un témoin privilégié,

« Nous examinons également les données sur la progression de l'obésité et le lien évident entre la nourriture, d'autres maladies et la faim. C'était le sujet plus important du dossier de la nutrition. Nous avons commencé à nous tourner vers ces secteurs. Ce n'était pas eux qui demandaient des politiques. »

Selon un témoin clé, il y a un aspect qui doit être pris en compte dans la PNAN et que le Brésil doit régler, c'est la création d'une sorte de code d'éthique définissant la relation entre les secteurs privé et public. Il n'est pas possible d'ignorer le rôle de l'industrie alimentaire dans ce contexte.



« Comment pouvons-nous avoir une relation avec ce secteur si nous considérons, apparemment, que nous avons des intérêts différents dans ce processus? L'industrie veut vendre ou produire des aliments en réalisant le plus possible de profits. Je pense qu'il n'y a pas de code pour encadrer la relation entre les deux parties. Or, il faut un code de ce type parce que nous devons travailler ensemble et unir nos efforts. »

Non seulement dans les secteurs de l'alimentation et de la nutrition, mais également au niveau des politiques publiques, les gestionnaires du secteur public ont du mal à traiter avec les entreprises privées, car *« la tendance est de battre en retraite et d'éviter beaucoup le dialogue par crainte des conflits d'intérêts. C'est même pire dans un moment de crise comme celui que nous traversons actuellement. C'est un aspect que la politique ne traite pas et nous devons nous y confronter bientôt. »*

L'industrie alimentaire qui ne crée pas et ne produit pas d'aliments plus sains fera moins de bénéfices. C'est une tendance mondiale, car :

« Ceux qui investissent dans le segment de l'alimentation et ne recherchent pas les produits sains perdront de l'argent dans les prochaines décennies. Les gens demandent des labels de qualité attestant que tel ou tel produit est bon pour leur cœur, leur estomac, etc. Les gens sont de plus en plus sensibilisés. Nous verrons alors une lutte, car certaines industries distribueront des produits plus sains sur le marché et menaceront d'autres industries. Lorsque ce groupe se réunit pour préparer un projet de politique, tout le monde l'écoute. Le contrôle social déterminera s'il y aura ou non un progrès. Et le contrôle social est entre les mains de l'acheteur. Si un groupe se sent entravé, l'acheteur (le consommateur) décide qui est digne de confiance. Le consommateur est ainsi averti et peut définir le processus. »

Dans d'autres discours, les intervenants montrent, de façon fragmentée, que la politique de l'alimentation et de la nutrition est loin de répondre aux souhaits. En fait, vers la fin des années 1990, parmi les responsables de l'élaboration de cette politique et même parmi les acteurs qui ont discuté et inclus la question de la sécurité alimentaire et nutritionnelle, l'association entre les maladies et l'alimentation n'était pas très évidente. On mettait l'accent sur la faim, sur le manque de nourriture, sur la malnutrition, sur les carences, sur tout ce qui concerne le manque de nourriture et le caractère inadéquat du régime alimentaire. Les effets que cela pouvait avoir sur les maladies chroniques n'étaient pas clairs. Ces idées étaient défendues par les collègues des centres universitaires qui ont participé à l'ensemble du processus. *« C'était prévu au programme, mais cela n'a pas vraiment été intégré, car les autres secteurs du Ministère ne voulaient pas être subordonnés au secteur de l'alimentation et de la nutrition parce que son statut n'était pas important au Ministère. »*

Comme les idées se basent sur des preuves, les acteurs ont affirmé avec insistance qu'on pourrait améliorer la PNAN actuelle en ce qui a trait à la prévention des MCNT. *« L'obésité devient un problème de grande ampleur. »* Le sujet réapparaît vers la fin 2004 avec la Stratégie mondiale sur le régime alimentaire, l'activité physique et la santé (OMS, 2004), avec des données qui montrent que 40 millions de personnes, adultes et enfants, ont un surpoids. Une personne interrogée a déclaré :

« Il faudrait accorder beaucoup plus d'attention à ces données et à la formulation des questions touchant l'hypertension et l'obésité. Nous savons que les maladies qui tuent le



plus sont celles qui sont liées aux problèmes cardiaques. Alors, il faut élaborer sur ce sujet lorsqu'on examine le dossier de la santé - pas seulement au sujet de l'alimentation – parce que le taux de morbidité devient proche de ceux des pays les plus développés. »

Intérêts

Les décideurs reçoivent de l'information de diverses sources qui peuvent être des individus qui expriment leurs opinions personnelles (activistes) ou qui représentent l'opinion générale d'un groupe. Par exemple, les groupes d'intérêts qui représentent des associations professionnelles (médecins, infirmiers, instituteurs), des citoyens ou des secteurs industriels. Avec les organismes gouvernementaux, les diverses parties intéressées forment des communautés qui partagent des intérêts en rapport avec certains secteurs précis de politique (santé, éducation, agriculture).

À l'intérieur de ces communautés, de petits groupes d'intéressés sont en relation pour aborder des questions particulières comme la promotion de la publication de l'information nutritionnelle sur les étiquettes des produits alimentaires ou l'intégration des activités physiques à l'école. Les groupes d'intérêts particuliers et la manière dont ils sont en rapport peuvent varier selon le sujet. Les groupes d'intérêts axés sur des enjeux précis et les relations qu'ils entretiennent s'appellent des réseaux politiques ou des communautés politiques.

Il arrive que le gouvernement prenne l'initiative de promouvoir un changement dans certains dossiers. Dans d'autres cas, il peut ne pas vouloir assumer le rôle de chef de file d'un changement d'orientation ou ne pas avoir les ressources nécessaires pour le faire. Une partie extérieure au gouvernement (ou plusieurs) peut insister pour que le changement ait lieu.

Bien que les relations entre les groupes d'intérêts et le décideur se fassent plus couramment dans des cadres officiels, les contacts peuvent aussi avoir lieu dans un cadre officieux. Par exemple, un décideur peut avoir des contacts au sein d'un groupe d'intérêt et aborder une question donnée de manière informelle avec ce groupe dans le cadre d'une activité sociale ou publique.

Les groupes d'intérêts tentent toujours d'exposer leurs perspectives sur tel ou tel enjeu aux décideurs concernés. Certains de ces groupes sont bien organisés et ont des ressources considérables. Normalement, cette capacité leur permet d'influencer le processus de formulation des politiques davantage que les groupes moins bien pourvus en ressources. Dans une certaine mesure, les gouvernements dépendent de l'aide que leur apportent les groupes d'intérêts dont les ressources sont très importantes pour décider de ce qu'il doit faire à l'égard d'un enjeu. Les gouvernements peuvent aussi dépendre de l'aide de ces groupes ou de ces personnes pour mettre en œuvre les décisions touchant les politiques. (ATKINSON, et COLEMAN, 1992)

Le premier conflit sur les mesures de réglementation à l'étape de la mise en œuvre de la PNAN était lié à l'étiquetage alimentaire au Brésil. Il y a eu un débat entre l'État, la société et les marchés locaux et internationaux, et des discussions à l'intérieur de Mercosul et de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) comme l'a observé un témoin clé :



« Il y a eu une résistance interne. Nous l'avons surmontée en commençant à agir et nous avons fait quelque chose d'intéressant. C'était une bonne proposition, mais il fallait l'harmoniser avec Mercosul : deuxième obstacle. Cela nous a montré qu'un enjeu international plus large était plus facile à inclure dans les priorités surtout un programme de réglementation national. Sinon, nous n'aurions pas pu avancer. Le traitement législatif de la question de la nutrition concerne le commerce international de l'alimentation et l'ensemble du système international. »

Peu à peu, les techniciens brésiliens présents aux sessions de l'OMS ont eu des contacts dans le secteur international des MCNT. À ce moment-là, le Brésil en était à l'une des étapes de la mise en œuvre des mesures de la PNAN sur l'alimentation saine et avait besoin de soutien international. La mobilisation des techniciens concernés par la question du tabac a fait partie du processus, et cela a été la première possibilité (KINGDON, 1995) d'obtenir un soutien international. C'était le premier mouvement qui suivait les lignes directrices relatives à l'alimentation saine et à l'activité physique comme stratégie de lutte contre les MCNT au Brésil.

Cette mobilisation en faveur de l'approbation d'une bonne nutrition comme volet de la prévention, du contrôle et de la surveillance des MCNT a commencé par des interventions visant les effets néfastes du tabagisme sur la qualité de vie. La législation relative à la production et à la consommation de tabac avec une composante réglementaire a annoncé le début de la mobilisation internationale.

Le secteur technique de l'OMS, après avoir inclus la question du tabagisme au programme international, a amorcé une mobilisation interne en faveur de la réglementation sur l'alimentation saine et l'exercice physique. C'est dans ce contexte que le Brésil a reçu un appui essentiel de l'OMS pour définir cette stratégie, compte tenu des éléments suivants :

« Nous avons besoin d'actualiser la base scientifique, car sans cela, nous ne pouvons pas nous battre contre les autres. Ensuite, nous devons avoir un instrument international convenu entre pays qui définit la sphère d'intervention et nous donne du pouvoir politique. Nous pouvons le faire au Brésil, mais il nous faudra un plus grand soutien politique international. »

Après la mobilisation du Brésil, d'autres pays ont pu inclure cet enjeu au programme. Le ministère de la Santé, par le biais du secteur responsable des maladies chroniques, a organisé en 2002 une réunion avec les représentants de l'OMS qui a été très intéressé par le mouvement en cours au Brésil.

La réunion internationale devait susciter l'intérêt institutionnel de l'OMS. *« Nous avons présenté diverses expériences des États et des municipalités pour montrer aux représentants de l'OMS l'action que nous menions au Brésil. »*

Une possibilité a été ouverte : *« C'était une réunion très organisée où une série d'idées confirmant l'importance de ce mouvement ont été apportées. »* Le Brésil a donc joué un rôle central dans le processus de formulation de la Stratégie mondiale. *« Le Brésil n'était pas le seul pays à participer, mais sa participation a été très importante à mon initiative, comme plus tard, lors de leur visite. Ils ont donc décidé qu'il fallait préparer une Stratégie mondiale afin de promouvoir l'alimentation saine. »*



À une réunion de l'OMS de 2002, le Brésil et d'autres pays se sont réunis et ont travaillé les éléments de l'argumentation fondés sur des preuves empiriques afin de créer un espace institutionnel pour les idées et les intérêts. Ensuite, d'autres pays ont approuvé une résolution de l'OMS sur l'organisation d'une Stratégie mondiale. Le processus a débouché sur la formation d'un groupe de référence international, avec la participation du milieu scientifique et des professionnels du secteur de la programmation. Le Brésil était représenté au sein du groupe de travail par un technicien du secteur de la santé publique qui appartenait également au milieu universitaire. Toutefois, le témoin interrogé a déclaré : « *J'ai été invité à privilégier une perspective de santé publique sous l'angle programmatique, ce qui est moins scientifique et plus pragmatique.* »

D'autres organismes internationaux comme la FAO et l'UNICEF ont fait partie du groupe. Le groupe a été chargé de travailler avec l'OMS dans le but de formuler la réglementation pour la Stratégie mondiale sur le régime alimentaire, l'activité physique et la santé, depuis 2002. C'est ce que confirme un témoin privilégié : « *En ce qui a trait au processus qui ressemblait au processus de formulation de la PNAN au Brésil, nous avons travaillé pendant environ deux ans.* »

Le processus de la Stratégie mondiale a commencé par l'élaboration d'un document technique, d'après le modèle de la PNAN qui a servi de première ébauche. Le document a été discuté à l'échelle des régions établies par l'OMS. Chaque région a discuté du document compte tenu de ses besoins particuliers. En même temps, l'OMS avait des discussions avec des organisations non gouvernementales pour saisir le point de vue des consommateurs. Le secteur privé a également participé aux discussions. Le processus de formulation de la Stratégie mondiale de l'OMS s'est terminé par un texte définit approuvé en 2004.

Il est donc évident que le processus de formulation et de mise en œuvre de la PNAN de 1999 à 2004, surtout dans le cadre de la directive sur l'alimentation saine, a contribué à la formulation d'une Stratégie mondiale en 2004. D'un côté, la PNAN à titre de politique publique nationale a été renforcée par la Stratégie mondiale et de l'autre, la Stratégie mondiale a été élaborée et renforcée par l'expérience des pays membres, point sur lequel le témoin suivant insiste :

« La Stratégie mondiale se fonde sur l'expérience des pays. Nous avons besoin d'un soutien international. Et maintenant, je me trouve de ce côté-là, à observer la réalité, l'expérience, la pratique des pays. Par exemple, un projet que j'ai demandé au Ministère vient d'être lancé : le nouveau Guide de l'alimentation du Brésil. Le Ministère a créé un slogan : "La nutrition pour la santé". Je pense que c'est une merveilleuse idée, une idée simple qui dit tout. C'est le résultat d'un projet partagé avec les États, qui a été discuté avec eux, voté et même mieux, c'est une idée qui a été élaborée en commun et qui est donc reconnue. Il y a déjà une traduction dans toutes les langues et un remerciement figure au début : il est adressé au Brésil qui a proposé le slogan. »

Institutions

Dans la discussion sur les politiques publiques, nous ne tenons pas uniquement compte des perspectives de l'État (qui projette le processus par lequel elles sont établies et appliquées, les programmes et les mesures qui se traduisent par des dispositifs



politico-administratifs articulés autour d'objectifs explicites (MULLER et SUREL, 1998), mais également de ses interventions ou de ses omissions au sujet des besoins ou des exigences de la société. (O'DONNELL, 1982, 1986)

Les institutions, à l'étape de la formulation des politiques, sont des structures et des processus formels par lesquels les autorités responsables décident des politiques publiques. Parmi les structures formelles, on trouve les politiciens, les branches législatives, administratives et judiciaires du gouvernement; les règles formelles créées par la législation; les règlements et les décisions juridiques; les structures et les processus gouvernementaux, dont les ministères et les organismes. (ROTHSTEIN, 1998)

L'organisation du gouvernement peut influencer de manière importante sa capacité à réagir aux problèmes de santé publique. Par exemple, l'organisation classique des ministères de la Santé de plusieurs pays fait en sorte qu'ils cherchent uniquement à se conformer aux exigences législatives pour financer les services hospitaliers et les médecins. Cette orientation peut retarder la reconnaissance d'autres options de promotion de la santé et de prévention des maladies et d'utilisation des ressources publiques pour garder les gens en bonne santé.

La dissonance des mandats organisationnels et l'expérience insuffisante pour dépasser les frontières sectorielles de façon à créer des politiques harmonisées sont un obstacle lorsqu'on cherche à définir une approche de la formulation des politiques. (LAVIS et coll., 2001)

Même si des études ont proposé des méthodes d'évaluation différentes pour le secteur de la santé (MCKAY, 2001), les obligations établies par la législation actuelle et les structures et les processus connexes peuvent avoir favorisé une tendance plus grande à ignorer les nouvelles idées sur les politiques. Les approches organisationnelles non classiques peuvent jouer un rôle déterminant dans la capacité du gouvernement à réagir avec efficacité aux problèmes de santé publique actuels et futurs. (DESVEAUX et coll. 1994)

Le processus d'élaboration de la PNAN, comme nous l'avons déjà vu, a commencé dans la sphère du ministère de la Santé, c'est-à-dire là où les lignes directrices ont été établies, discutées et négociées entre les gestionnaires des politiques, les acteurs de la société civile et le marché.

Comme point de départ des négociations, des révisions et de l'argumentation, on a demandé à un groupe de spécialistes du secteur de l'alimentation et de la nutrition (d'anciens employés de l'Institut national de l'alimentation et de la nutrition) d'élaborer un document de base contenant des preuves scientifiques afin de confirmer l'argumentation et les éléments convaincants nécessaires pour formuler des politiques publiques. Pour reprendre l'expression de Majone, « les politiques publiques sont faites de mots. Qu'elle se fasse par écrit ou oralement, l'argumentation est fondamentale à toutes les étapes du processus de formulation des politiques » (MAJONE, 1997, p. 35). Avec ce premier document qui devait se fonder sur des preuves empiriques convaincantes des problèmes d'alimentation et de nutrition, les techniciens responsables du secteur ont eu trois longues réunions avec des représentants d'institutions gouvernementales et de la société civile.



« Je crois que c'était la première expérience importante qui n'était pas imposée de haut en bas. Il y a eu discussion et consensus, avec l'apport de plusieurs institutions. »

Selon Majone, dans toute organisation, publique ou privée, la discussion est un processus continu. Il affirme que ce processus qui vise à convaincre les autres passe par l'ensemble du système politique. Dans les organisations, ce processus est si évident qu'il fait partie des principes politiques et démocratiques de base. Et la démocratie est un système de gouvernement fondé sur la discussion. Les acteurs étatiques et les acteurs sociaux concernés par les questions politiques - partis politiques, appareil législatif, appareil exécutif, tribunaux, médias, groupes d'intérêts et spécialistes indépendants – interviennent dans le débat continu et le processus de persuasion réciproque. (MAJONE, p. 35)

Nous avons pu alors demander : comment ce processus a-t-il influencé et persuadé des techniciens spécialistes, à partir d'un document de base portant sur la nécessité d'établir une politique précise pour le travail de terrain sur l'alimentation et la nutrition?

Comme nous l'avons observé au sujet du processus historique d'élaboration et de définition des priorités gouvernementales sur l'alimentation et la nutrition au Brésil, la majorité des acteurs interrogés ont soutenu qu'après la disparition de l'INAN, le secteur de la nutrition était trop fragmenté au sein du ministère de la Santé. D'autres secteurs connexes et la répartition des responsabilités des différents programmes l'étaient également. C'était le cas par exemple du secteur de la nutrition des enfants qui a repris certains programmes et de la Fondation nationale de la santé, qui en a repris d'autres.

La disparition de l'INAN et la fragmentation des mesures qui ont suivi dans la sphère d'intervention du ministère de la Santé ont causé un mécontentement dans le milieu des nutritionnistes. Et pas uniquement parmi ceux qui travaillaient dans les secteurs techniques du ministère de la Santé, mais aussi parmi ceux qui travaillaient dans les autres États du Brésil. La décision a déplu au milieu scientifique national, ce qui a eu un écho dans les organisations internationales du même secteur.

Au niveau institutionnel, le secteur de l'alimentation et de la nutrition comptait trois éléments indispensables pour formuler la politique : a) une question d'envergure nationale ayant une pertinence épidémiologique et intégrée aux priorités gouvernementales, afin de répondre aux besoins de la société dans le secteur de la santé publique; b) une occasion favorable au sein du ministère de la Santé de restructurer le secteur de l'alimentation et de la nutrition (ressources humaines, techniciens, budget); et c) la pression politique d'acteurs de l'État et de la société civile intéressés à redéfinir les mesures de l'État à l'égard de l'alimentation et de la nutrition.

La PNAN était la deuxième politique qui a été décidée au ministère de la Santé, par la décret-loi n° 710 du 10 juin 1999. C'était une décision politico-administrative, institutionnelle et sectorielle touchant les problèmes d'alimentation et de nutrition et une institutionnalisation des problèmes causés par le déclin graduel de l'INAN jusqu'à sa disparition totale.

En fait, il fallait mettre en œuvre trois processus parallèles : d'abord, restructurer le secteur de l'alimentation sur les plans administratif, technique et politique, puis,



circonscire et définir la politique d'alimentation et de nutrition pour l'ensemble du pays et enfin, poursuivre les actions gouvernementales toujours en cours malgré la fin de l'INAN, comme l'a confirmé une des personnes interrogées :

« Dans le processus de formulation de la PNAN, nous ne pouvions pas attendre qu'elle soit réglementée pour restructurer les programmes. D'un autre côté, nous ne pouvions pas les restructurer au ministère de la Santé sans une base politique avec un appui solide pour la faire avancer (...). Du point de vue administratif, nous avons rassemblé à nouveau les différentes mesures des interventions nutritionnelles qui étaient dispersées au Secrétariat des politiques de santé. »

Du point de vue politico-institutionnel, comme l'a indiqué le personnel du secteur technique, les mesures fragmentées concernaient la nutrition des enfants, à commencer par l'allaitement maternel et la supplémentation, les programmes de lutte contre la malnutrition, les carences alimentaires, et cela englobait les programmes relevant du domaine des micronutriments comme le programme de réduction de l'utilisation du sel et le programme de distribution de vitamine A. Il y avait aussi les initiatives de lutte contre l'anémie.

Le moment de crise, à l'étape de la restructuration des mesures sur l'alimentation et la nutrition dans le cadre institutionnel, a favorisé le dialogue entre les secteurs de la formulation et de la mise en œuvre des politiques. Au départ, la discussion a porté sur la nécessité de promouvoir la prévention en favorisant une bonne nutrition et de structurer les mesures qui visaient déjà la prévention des maladies chroniques. En fait, le secteur de l'alimentation et de la nutrition, dans ces circonstances, a commencé à discuter avec celui des maladies chroniques en ce qui a trait aux mesures liées au régime des personnes souffrant de diabète ou d'hypertension.

En 1998, certaines mesures étaient déjà appliquées et le processus de formulation de la PNAN a été amorcé. C'est-à-dire que le processus de formulation et le processus de mise en œuvre ont été simultanés.

Au Secrétariat des politiques de santé du ministère de la Santé, c'est à ce moment-là que le processus de formulation des politiques a commencé : il faisait partie de la méthodologie établie par le secteur technique pour circonscire et définir les politiques publiques dans le secteur de la santé.

La première étape de la méthodologie a consisté à établir un document technique demandé à trois techniciens dont les noms étaient donnés en référence pour le secteur de la nutrition. Ils ont rédigé la première ébauche. Le document de base présentait le tableau épidémiologique du problème, le projet de politique, ses lignes directrices et les responsabilités de chaque partenaire du Système unique de santé (SUS).

Le document une fois élaboré devait être soumis à l'appréciation des acteurs de l'État et de la société civile et aux secteurs du marché concernés. Comme l'affirme un témoin privilégié, le processus de formulation de la PNAN et d'approbation institutionnel ;

« a été très inclusif, car c'était l'objectif du processus de formulation. La dimension du leadership du secteur administratif, c'est-à-dire ce qui concernait la restructuration des



programmes parallèlement au projet de reformulation de la politique, était intéressante. Le processus inclusif de formulation s'illustre dans la manière dont nous changeons la conception des programmes et dont nous les redéfinissons, dont nous les améliorons ou dont nous les maintenons. »

Le document de base a été également présenté à une réunion organisée par l'OPS. À cette occasion, les principaux acteurs du secteur de la nutrition ont été identifiés, surtout ceux qui étaient liés au pouvoir exécutif.

Après la sélection des acteurs s'intéressant au secteur, la commission formée pour établir la politique a invité d'autres ministères, des acteurs du pouvoir législatif et de la société civile, notamment des mouvements organisés, le secteur privé de l'alimentation et des membres des milieux scientifiques et de la communauté internationale.

Du côté des acteurs de la société civile, les personnes interrogées ont insisté sur l'importance de la consultation qui a eu lieu au Forum national sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle (FBSAN). Ce Forum était très représentatif de la société, et des membres d'Action citoyenne contre la faim et la misère (1992-1994) y participaient.

Le FBSAN a été créé en 1998. Ses principaux objectifs et les mesures mises en œuvre le temps qu'il a duré sont les suivants (FBSAN, 2003) :

- a) mobiliser la société sur la question de la sécurité alimentaire et nutritionnelle et coopérer en créant une opinion publique favorable à cet objectif;
- b) promouvoir l'établissement de propositions de politique et de mesures nationales et internationale sur la sécurité de l'alimentation et la nutrition comme droit de la personne. Faire en sorte que cette question devienne une priorité de l'État, des États et des municipalités et coopérer aux tribunes internationales sur ce sujet;
- c) mettre la question de la sécurité alimentaire et nutritionnelle à l'ordre du jour aux différents paliers de gouvernement;
- d) favoriser l'élaboration de mesures locales ou municipales visant à promouvoir la sécurité alimentaire et nutritionnelle;
- e) coopérer à la qualification des acteurs de la société civile pour améliorer la participation sociale à différents niveaux de la gestion sociale;
- f) dénoncer et surveiller les réponses du gouvernement aux violations du droit à l'alimentation.

Le Forum national sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle a attiré 120 organisations non gouvernementales intéressées par les solutions mises en œuvre contre la faim et la pauvreté et les problèmes d'insécurité alimentaire et nutritionnelle au Brésil. Le Forum a beaucoup contribué non seulement au contenu, mais également à l'inclusion d'autres organisations qui étaient invitées séparément comme l'Association brésilienne de la nutrition (ASBRAN) et de mouvements organisés par les nutritionnistes. En plus



de participer par le biais du Forum, ces organisations ont participé en tant qu'entités représentatives ayant un intérêt dans la formulation des politiques.

Comme l'a indiqué une personne interrogée :

« C'était un mélange de participation directe et indirecte (avec des représentants). Selon nous, environ 120 groupes organisés ont participé aux débats. Le secteur privé y était aussi et sa participation était jugée importante depuis le début pour qu'il soit responsable de la totalité du programme. »

À ce moment-là, le mouvement des nutritionnistes a pris tout son sens dans l'arène politique. À un congrès sur la nutrition qui s'est tenu à Brasília, par voie de presse, il a lancé un appel pour que la société porte attention au droit à l'alimentation, à son inclusion comme un droit et a aidé de cette manière à intégrer ce débat à l'ébauche de la politique.

La réunion de travail tenue par l'OPS en 1998 a été la première occasion de diffuser un document purement technique dans un forum de nature politique. Cela a permis aux gestionnaires du gouvernement d'adopter cette approche et cette philosophie et de faire de l'alimentation l'axe central de la PNAN.

De cette façon, si c'était un progrès du point de vue de la conception, des idées et des valeurs, les gestionnaires gouvernementaux n'étaient pas sûrs de la manière de procéder pour inclure cette nouvelle terminologie dans les priorités du gouvernement (c'est-à-dire l'alimentation et la nutrition comme droit de la personne). Comme le souligne un témoin privilégié, des questions se posaient : « Comment devons-nous traiter cette question nouvelle? Qu'est-ce que cela signifiait du point de vue du discours et des programmes? Nous ne savions pas trop. »

C'est pourquoi il a fallu que les techniciens demandent de l'aide au secteur des droits de la personne du ministère de la Justice. Un petit groupe de rédaction a été formé pour revoir le texte de base de la politique sous l'angle du droit de la personne à l'alimentation, avec l'aide des spécialistes des droits de la personne.

En même temps, dans la sphère institutionnelle, le texte de base a été revu, avec la contribution des diverses parties intéressées. Les techniciens du ministère de la Santé, déjà organisés sous l'égide de la Coordination générale des politiques d'alimentation et de nutrition (CGPAN), voulaient vérifier ce qu'impliquait le discours toujours en cours d'élaboration sur le droit de la personne à l'alimentation pour les programmes en posant les questions suivantes : Que signifie ce nouveau discours? N'est-ce qu'une autre forme de rhétorique ou a-t-il une substance programmatique? De l'avis d'une personne interrogée, c'est l'une des discussions qui a provoqué de nombreuses querelles et argumentations au cours du processus de formulation. Ce débat a permis, en termes pragmatiques et programmatiques, de vérifier ce discours dans les mesures relatives à l'anémie.

Le secteur technique a décidé de choisir l'anémie comme premier exemple illustrant la concrétisation dans les programmes de la conception de l'alimentation comme droit. Dans la discussion méthodologique, on a examiné ce qu'il fallait faire pour que les



programmes de lutte contre l'anémie contribuent à la réalisation du droit et comment on pouvait, dans ce contexte, traiter le problème de l'anémie, selon la loi. Dans cette optique, il fallait en appeler à la responsabilité de chaque gestionnaire.

En effet, un droit entraîne des obligations pour plusieurs acteurs, et il fallait se mettre d'accord sur le délai, l'élaboration des indicateurs, la décision sur les manières de diffuser l'information et de mobiliser la société, l'affectation des ressources humaines et matérielles, la formulation d'un protocole de résultats, entre autres aspects des processus de formulation, de mise en œuvre et d'évaluation des politiques publiques. L'accord a été dûment signé par les partenaires dans un document officiel.

Dans le cadre institutionnel et dans celui des instruments d'intervention, le changement conceptuel a aussi exigé une large discussion sur les implications programmatiques du concept de droit de la personne à l'alimentation tenu pour une valeur dans les idées de la PNAN. Une question élémentaire, selon l'interprétation des intéressés, portait sur la relation des institutions de l'État avec les « bénéficiaires » des services publics. Selon une personne interrogée, il était nécessaire de modifier la relation entre l'État, la société et le marché. Le sujet visé par la mesure ne devait pas être seulement une cible des politiques publiques, mais également un participant : « Il y a un droit du citoyen à l'alimentation. Par conséquent, les familles, les femmes, les individus participent à la mesure à laquelle ils ont droit. Ils ne sont pas seulement des "bénéficiaires". » Ce changement dans la manière de voir les destinataires d'une intervention professionnelle nécessite également que le personnel soit qualifié pour fournir ces services dans le secteur de la santé afin qu'il soit conscient d'assurer un droit aux personnes concernées.

C'est pourquoi, dans le cadre institutionnel et avec l'autorisation de la PNAN, un processus permanent de qualification des ressources humaines a commencé à être intégré aux activités de planification, de surveillance et d'évaluation, de manière décentralisée. Comme la Constitution fédérale et le Système unique de santé (SUS) le proclament : « Nous avons formé tous les États de la Fédération dans un processus valable. Ultérieurement, les États se sont servis de leurs propres plans de qualification pour les municipalités et les ont formées. »

Le processus de formation était basé au départ sur l'invalidation des deux concepts de la sécurité alimentaire et du droit de la personne à l'alimentation. Les responsables de la coordination de la qualification ont élaboré une méthodologie d'apprentissage dans laquelle les participants ont élaboré les concepts à la lumière de leurs propres expériences et « ils ont commencé à remarquer qu'ils étaient capables d'agir pour transformer la réalité ».

À l'amorce du processus d'apprentissage, l'équipe a commencé à élaborer des sondages d'opinion. Ce travail a culminé sur le changement au programme principal de distribution de lait, un programme d'aide. On a envisagé des programmes plus inclusifs, ce qui a débouché sur les lignes directrices de la PNAN. Le processus de formulation de la PNAN, de l'avis d'une personne interrogée, était inclusif, participatif et rationnel. La politique demeure la politique officielle du ministère de la Santé. « Une politique doit avoir une vie plus longue ».



L'argumentation sur les lignes directrices concernant le droit à l'alimentation a progressé alors que dans les discussions sur les lignes directrices relatives à l'harmonisation de la politique de l'alimentation et de la nutrition avec les autres politiques sectorielles (éducation, agriculture, travail, développement social, notamment), on exigeait un lien immédiat du secteur avec certains bureaux sectoriels engagés dans le processus de formulation.

Selon un témoin privilégié, l'incertitude du groupe de travail chargé de la conception et de la formulation de la politique est remarquablement illustrée par une question : était-ce une politique de sécurité de l'alimentation qui engloberait toute la dimension de la sécurité alimentaire – depuis la sécurité de la production des aliments jusqu'à leur utilisation biologique, ou s'agissait-il d'un élément du secteur de la santé, d'une politique sectorielle intégrée à une politique plus large sur la sécurité alimentaire?

Un témoin privilégié nous rappelle qu'on a tranché en faveur de la deuxième définition, à savoir un élément du secteur de la santé pour deux raisons : d'abord, parce que la demande des techniciens cette année-là au ministère de la Santé était de formuler une politique de l'alimentation et de la nutrition qui constituerait une politique nationale de la santé. Ensuite, parce qu'ils considéraient que le programme de la santé concernant la sécurité alimentaire était fragile et inachevé.

« Nous devons définir ce programme (...) pour que notre part de travail soit bien faite et contribuer à la sécurité alimentaire (...) La PNAN était en fait formulée à titre de politique de santé approuvée par le ministère de la Santé. Depuis le début on avait déterminé qu'il en serait ainsi. C'est à l'étape de la discussion au Conseil national de la santé que nous avons remarqué que le secteur de la santé ne pouvait pas appuyer le dossier de la nutrition. Mais si le secteur de la santé ne pouvait pas le faire, comment pouvions-nous traiter le problème de l'harmonisation avec les politiques des autres secteurs. Alors, le débat a été couvert à d'autres niveaux. Nous avons contribué au débat intersectoriel mais nous n'assumons pas la responsabilité de toutes les mesures nécessaires en matière de sécurité alimentaire. »

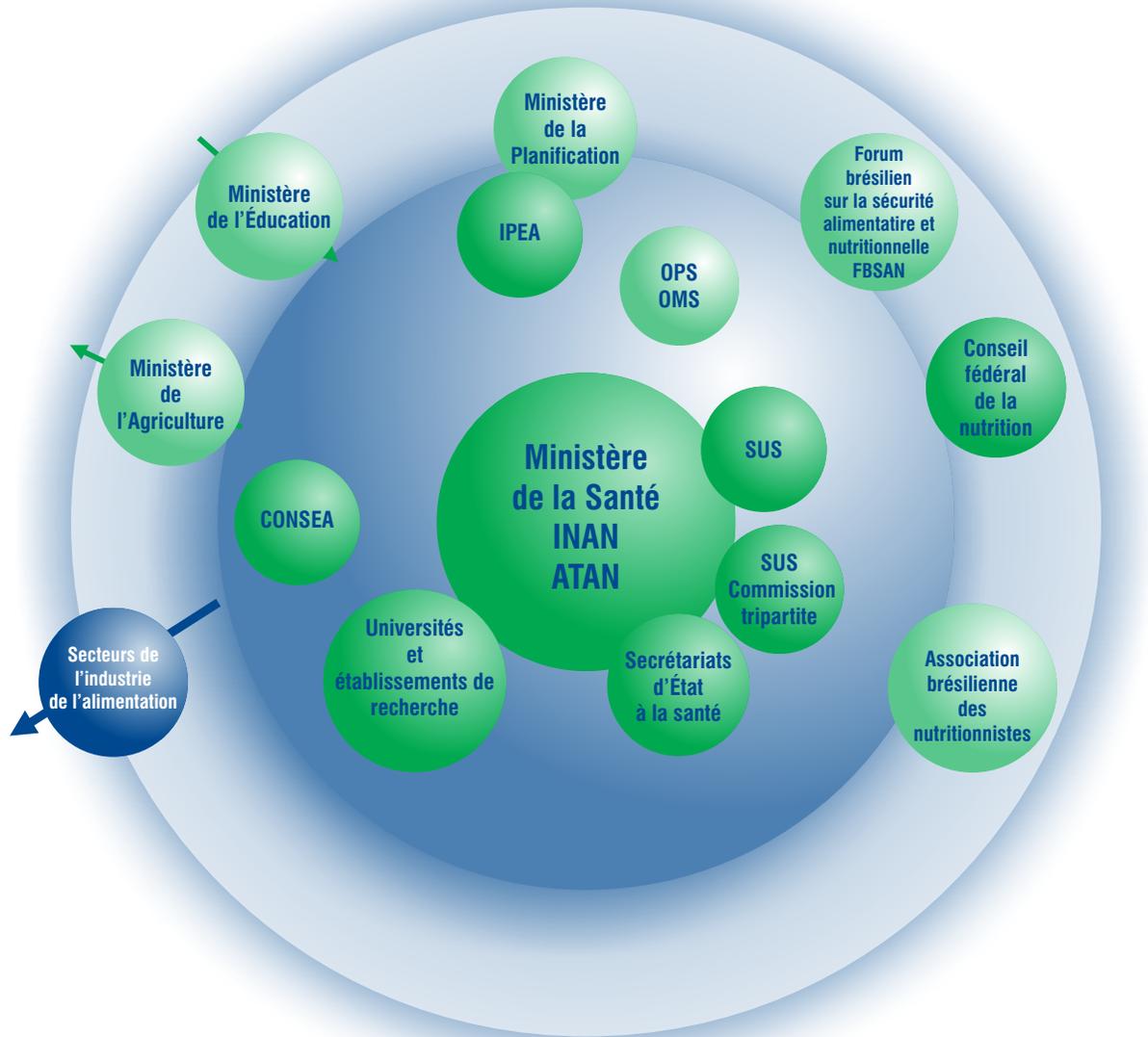
Dans les instances de délibération sur la conception de la politique, le Conseil national de la santé (CNS) était un acteur de premier plan. Une personne interrogée en déduit que lorsque le texte de la politique a été transmis au Conseil, la nécessité de défendre l'idée de l'intersectorialité, d'un côté, et l'ampleur et la complexité du principe de sécurité alimentaire de l'autre, sont devenues les principales questions discutées. Après le débat, et avec l'argumentation solide des spécialistes et des activistes, la première ligne directrice de la PNAN est née : il fallait des mesures intersectorielles pour garantir le droit à l'alimentation. C'était une politique publique, et à ce titre, une obligation de l'État et un droit du citoyen. Le résultat a été le texte complet de la PNAN, suite à la décret-loi n° 710 du 13 juin 1999.

Instrument de politique et plans des mesures concernant les lignes directrices de la PNAN (1999-2005)

D'après le diagramme analytique du processus de formulation de la PNAN qui figure à la page 15, les instruments de politiques publiques sont les lois, les coûts, les programmes et les services qui matérialisent les mesures de l'État dans un secteur d'intervention donné.

Le processus de formulation de la PNAN a mis en évidence la création d'une communauté des politiques formée par des groupes et des réseaux dont les intérêts convergeaient et divergeaient quant à la conception des lignes directrices de la PNAN. Une analyse a été effectuée sur le contexte, les institutions et les axes conceptuels avec les principales entités intéressées par les questions de l'alimentation et de nutrition au Brésil de 1990 à 1999, comme le montre le diagramme suivant :

Communauté des politiques : formulation de la PNAN (1990-1999)





Il s'agissait d'un programme d'incitation financière qui consistait à encourager l'élaboration de mesures pour combattre la malnutrition et à transférer les ressources aux municipalités brésiliennes – du Fonds national de santé aux Fonds municipaux de santé – dans le cadre du programme Niveau minimum de soins de santé primaires (PAB).

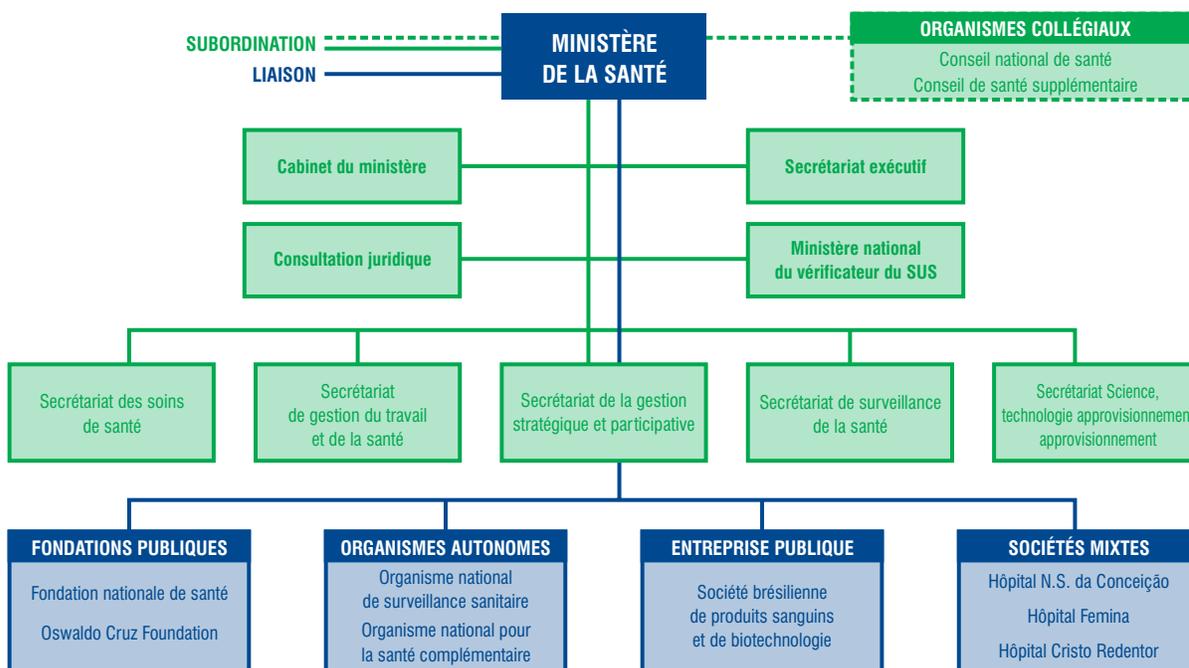
Selon cette directive qui a créé le programme, la priorité d'admissibilité à cet incitatif financier a été accordée d'abord aux groupes d'enfants de 6 à 23 mois, puis aux femmes enceintes, aux aînés et aux enfants âgés de 24 à 59 mois. Les bénéficiaires ont reçu, chaque mois, 3,6 kg de lait entier en poudre (ou 30 litres de lait stérilisé) et un litre d'huile de soja pour chaque enfant âgé de 6 à 23 mois, soit un équivalent de 180,00 BRL (reais) par an. Des ressources supplémentaires correspondant à 50 % du montant transféré aux soins alimentaires des enfants âgés de 6 à 23 mois ont également été investies dans chaque municipalité afin de servir d'autres groupes de population (femmes enceintes, mères allaitantes, enfants de plus de 24 mois, aînés, etc.) ou d'établir des mesures adéquates de promotion en matière d'alimentation et de nutrition.

Dès 1998, année de sa mise en œuvre, l'ICCN couvrait 3 225 municipalités, rejoignant donc 597 725 bénéficiaires. En 1999, elle a couvert 4 793 municipalités pour atteindre un total de 850 013 bénéficiaires. En 2000, elle a rejoint 871 098 bénéficiaires dans 5 026 municipalités. En décembre 2001, 5 127 municipalités ont reçu des fonds à l'intention de près de 880 000 enfants, femmes enceintes et personnes âgées. À la fin de 2001, l'ICCN a atteint 92 % des municipalités, desservant 95 % du nombre total prévu de bénéficiaires (922 536 bénéficiaires). Au cours de la période de 1998 à 2002, environ 574,60 millions de reais ont été transférés à titre d'incitation pour lutter contre les carences nutritionnelles (BRASIL/MS/CGPAN, 1998), le plafond annuel étant fixé à 167 millions de reais.

L'ICCN, administrée par la CGPAN, a permis d'augmenter : a) le pourcentage d'enfants qui ont bénéficié d'une vaccination à jour; b) le pourcentage d'enfants et de femmes enceintes qui ont bénéficié d'évaluation pondérale à jour; c) le pourcentage de femmes enceintes qui ont bénéficié de vaccin antitétanique à jour; d) le nombre de visites médicales prénatales des femmes enceintes bénéficiaires; e) le pourcentage de parents prenant part à des activités éducatives; f) le pourcentage de femmes allaitantes ou ayant de saines habitudes alimentaires et g) la qualité de renseignements fournis par les mères.

En 2001, le Programme national de revenu minimum, associé au PAB, a été créé par le biais de la mesure provisoire n° 2 206 d'août 2001. Selon le rapport de 2003 de la CGPAN, la participation des municipalités a été tellement importante jusqu'en décembre 2002 que le maintien de deux programmes (le PBA et l'ICCN) est devenu difficile. Aussi, a-t-on pris, en octobre 2002, la décision administrative, par la publication de la décret-loi GM/MS 1920, de « mettre fin, à compter du 1^{er} janvier 2003, les transferts de fonds visant à encourager la lutte contre les carences nutritionnelles (ICCN), en vertu de la décret-loi GM-MS 709 du 10 juin 1999 ».

En 2003, le ministère de la Santé s'est doté d'une structure organisationnelle qui est restée la même de nos jours.



Dans la structure organisationnelle, la question de l'alimentation et de la nutrition relève du Secrétariat des soins de santé qui a les compétences suivantes (art. 13, réf. décret n° 5 678 du 18 janvier 2006) :

- I- participer à la formulation et la mise en œuvre de la politique sur le service de santé en respectant les principes et les lignes directrices du SUS;
- II- définir et coordonner les mesures intégrées en matière de santé et les systèmes de réseaux de services;
- III- établir des normes, des critères, des paramètres et des méthodes de contrôle de la qualité et d'évaluation des services de santé;
- IV- superviser et coordonner les activités d'évaluation;
- V- déterminer les services de référence pour établir des schémas techniques en matière de santé;
- VI- formuler et proposer des normes pour réglementer les relations entre les niveaux de la gestion du SUS et des services privés embauchés pour l'assistance sanitaire;
- VII- assurer, à l'échelle nationale, la coordination, le suivi et l'évaluation des activités des unités de service du Ministère;
- VIII- recourir à la coopération technique pour améliorer la qualification opérationnelle et administrative des États, des municipalités et du District fédéral;



- IX– coordonner l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de la réglementation sur l'aide;
- X– promouvoir le développement des mesures stratégiques visant à réorganiser le modèle des services de santé, en considérant les mesures de services de santé de base comme bases structurelles;
- XI– participer à la formulation, l'implantation et la mise en œuvre des normes, des instruments et des méthodes qui renforcent les capacités administratives du SUS aux trois paliers de gouvernement.

Actuellement, la structure du SAS (Secretaria de Atenção à Saúde – Secrétariat des soins de santé) comprend cinq départements et un institut, à savoir :

1. le département des services spécialisés;
2. le département de la réglementation, de l'évaluation et des systèmes de contrôle;
3. le département des services de base;
4. le département des mesures programmatiques stratégiques;
5. le département de gestion hospitalière de l'État de Rio de Janeiro;
6. l'Institut national du cancer.

Les contenus sur l'alimentation et la nutrition sont de la responsabilité de la Coordination générale des politiques sur l'alimentation et la nutrition (CGPAN) qui rend compte, dans la structure du ministère de la Santé, au département des soins de base du Secrétariat des soins de santé.

Sa mission est de prendre des mesures conformément aux lignes directrices de la Politique nationale d'alimentation et de nutrition (PNAN) et ses responsabilités consistent, entre autres, à :

- I– planifier, orienter, coordonner, superviser et évaluer le processus de mise en œuvre de la Politique nationale d'alimentation et de nutrition (PNAN) visant à améliorer les conditions nutritionnelles de la population au cours de sa durée de vie et dans le respect des principes et des lignes directrices du Système unique de santé (SUS);
- II– proposer, planifier, normaliser, gérer, surveiller et évaluer, à l'échelon national, l'exécution des plans, des programmes, des projets, des mesures et des activités nécessaires pour mener à bien la Politique nationale d'alimentation et de nutrition (PNAN);
- III– harmoniser avec les États, les municipalités et le District fédéral en vue de promouvoir leur engagement à l'égard des programmes et des projets dans le



domaine de l'alimentation et de la nutrition, ainsi que de recourir à la coopération technique pour améliorer la gestion et la capacité opérationnelle dans le domaine;

- IV- promouvoir l'établissement de liens avec des départements, des entités, des organismes financiers et des établissements de recherche nationaux et internationaux aux fins d'élaborer des projets, des études et des recherches sur l'alimentation et la nutrition;
- V- promouvoir et stimuler la formation continue des ressources humaines dédiées à la mise en œuvre de tous les programmes et projets de la PNAN;
- VI- encourager des activités intersectorielles visant la planification et la mise en œuvre d'initiatives, de projets, de programmes, de plans et de politiques en matière de sécurité alimentaire et nutritionnelle durable.

Ainsi, la CGPAN qui prévoit des activités dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition en respectant les lignes directrices de la PNAN et leur mise en œuvre aux niveaux des États et des municipalités, ainsi qu'en mettant en valeur le programme de Promotion d'une alimentation saine (PAS), vise à soutenir des États et des municipalités brésiliens dans l'élaboration de mesures et de méthodes qui contribuent à la promotion de la santé et à la prévention des maladies.

Selon le gestionnaire responsable de l'évaluation de la gestion du Programme alimentaire sain, au sein du ministère de la Planification (BRÉSIL, ministère de la Planification, 2002) :

« En janvier 2000, la mesure incitative pour lutter contre les carences alimentaires (ICCN) a été mise en œuvre dans 87 % des 5 507 municipalités brésiliennes, rejoignant environ 850 000 bénéficiaires (92 % de la couverture maximale prévue). Les ressources de l'ICCN qui ont été transférées aux municipalités en 1999 ont dépassé le montant de 127 millions BRL. Au cours de l'année 2000, plus de 152 millions BRL ont été investis dans la lutte contre les carences nutritionnelles. Au cours de cette année, le Programme pour une alimentation saine a été structuré selon quatre volets principaux et les sources avaient été prévues pour le PDP (Plan de développement pluriannuel 2000-2003). Au cours de la période 2000-2002, il n'y a pas de problèmes financiers pouvant entraver l'exécution du Programme pour une alimentation saine. Le transfert des fonds appartenant au Programme pour une alimentation saine n'a connu aucune interruption au cours de l'année 2002, mais les résultats n'étaient pas à la hauteur des prévisions. Or, les ressources matérielles, infrastructurelles et humaines étaient suffisantes pour mettre en œuvre le programme et il n'y a eu aucun changement dans la loi budgétaire de 2002 qui pourraient affecter le Programme pour une alimentation saine. »

Système de surveillance de l'alimentation et de la nutrition (SISVAN)

Le Système de surveillance de l'alimentation et de la nutrition (SISVAN) a été annoncé dans les années 1970, au cours de la Conférence mondiale de l'alimentation (Rome, 1974) et il a été recommandé par l'OMS, l'OPS, la FAO et l'UNICEF, dans le but de « ... surveiller les conditions des groupes moins favorisés de la population à risque et fournir une méthode d'évaluation rapide et permanente de tous les facteurs qui influent sur les profils de la consommation alimentaire et sur la situation nutritionnelle. » (FAO/OMS, 1974)



Au Brésil, la mise en œuvre du SISVAN a débuté en 1977, lors de la proposition de la mise sur pied d'un système d'information pour surveiller la situation alimentaire et nutritionnelle de la population brésilienne. Son règlement est venu plus tard, le 16 octobre 1990, par le biais de la directive n° 80 du ministère de la Santé et il a été considéré comme une condition préalable du transfert des fonds fédéraux à des mesures de lutte contre la malnutrition. Aujourd'hui, il y a la directive n° 2 246 du 18 octobre 2004 du ministère de la Santé qui établit et divulgue les directives fondamentales pour la mise en œuvre de la surveillance alimentaire et nutritionnelle dans le cadre des mesures sanitaires du SUS sur le territoire brésilien. Les trois thèmes proposés initialement par le SISVAN ont été les suivants :

- La situation nutritionnelle et des carences précises;
- La consommation alimentaire;
- La qualité et le rendement des services.

Ces domaines thématiques devaient fournir des renseignements pour planifier des mesures de prévention et de contrôle des troubles nutritionnels de la population.

Le SISVAN a été conçu principalement pour recueillir des renseignements afin de soutenir des politiques publiques visant à améliorer l'alimentation de la population, de maintenir à jour un diagnostic de la situation nutritionnelle brésilienne, notamment des problèmes de santé publique liés à l'alimentation et la nutrition; de déterminer les régions géographiques et les groupes de population à risque en évaluant les tendances temporelles des problèmes détectés et en collectant des données pour déterminer et examiner les facteurs de genèse de ces problèmes.

Le SISVAN est particulièrement important pour l'alimentation et la nutrition, puisque :

« De nos jours, les principes stratégiques et doctrinaux du SISVAN sont devenus particulièrement opportuns, pertinents et utiles, car la sécurité nutritionnelle et alimentaire a été officiellement reconnue, en 2003, comme étant la plus grande priorité du gouvernement et de la société brésiliens. Dans le domaine de la santé, ce rôle devient très important, compte tenu de la dynamique de la transition alimentaire et nutritionnelle que connaît le pays. Les problèmes sont variés et plusieurs demandes sont universelles pour tous les âges et toutes les couches socio-économiques. » (BATISTA, 2004)

La Politique nationale d'alimentation et de nutrition (PNAN) propose que le SISVAN surveille la situation alimentaire et nutritionnelle afin de faciliter les procédures et d'élargir sa couverture dans tout le pays. La consolidation du système est assurée, en particulier, avec le soutien des coopératives alimentaires et nutritionnelles réparties dans tout le pays, ainsi que des départements techniques publics pour l'alimentation et la nutrition présents dans tous les États brésiliens et dans des centaines de municipalités du pays.

Le rôle de SISVAN comprend la description continue et la prévision des tendances des conditions alimentaires et nutritionnelles de la population, ainsi que leurs facteurs déterminants. Dans la surveillance de l'alimentation et de la nutrition, le Système doit mettre l'accent sur les femmes enceintes et sur la croissance et le développement



des enfants, servir de base à tous les travaux effectués dans le réseau de services, notamment en matière de soins de santé primaires et respecter l'engagement à l'égard de son universalisation. En ce qui concerne le réseau de services, le SISVAN doit être intégré aux services de routine et surveiller l'état nutritionnel de chaque utilisateur afin de détecter la situation de risque et de prescrire des mesures pour prévenir ses effets, renverser la situation et revenir à la normale. Une autre priorité est d'inventorier les carences endémiques de façon à mettre en évidence leur répartition spatiale et à indiquer l'ampleur de la malnutrition protéique-énergétique, de l'anémie et de la carence en vitamine A et en iode, en plus d'assurer le suivi des maladies chroniques non transmissibles liées à des habitudes alimentaires et des styles de vie malsains.

Par conséquent, la mission du SISVAN est de présenter un certain nombre d'indicateurs sur la disponibilité des aliments, les aspects qualitatifs et quantitatifs de l'alimentation, les pratiques d'allaitement et les caractéristiques de l'alimentation complémentaire après l'allaitement, la distribution du poids de naissance, la prévalence de la malnutrition protéique-énergétique, l'anémie, l'obésité, les carences en l'iode, en vitamine A et en oligo-éléments sous-jacentes aux maladies chroniques non transmissibles (MCNT).

Agence brésilienne de surveillance de la santé

Depuis les années 1980, la participation croissante de la population et des entités représentant divers segments de la société au processus politique actuel a façonné l'idée contemporaine de surveillance de la santé. Selon la constitution, la surveillance de la santé incluait les activités susmentionnées afin que le gouvernement joue le rôle de gardien des droits du consommateur et de fournisseur des services de santé à la population. (EDUARDO et MIRANDA, 1998)

Ainsi, la création en 1999 d'une Agence nationale de surveillance sanitaire (ANVISA) par la Loi n° 9.782/99 est devenue une priorité du gouvernement. Les attributions de l'Agence sont englobées dans les compétences du Système unique de santé (SUS) et décrites à l'article 200 de la Constitution fédérale, c'est-à-dire, « de mener à bien des mesures sanitaires et épidémiologiques, ainsi que celles relatives à la santé du travailleur ». La mise en œuvre de ces mesures de surveillance de la santé relève du SUS – Clause I, paragraphe « a » de l'article 6 – et fait partie des activités du Système national de surveillance de la santé, lesquelles sont définies par la loi qui a créé l'Agence brésilienne de surveillance de la santé.

Le Brésil a un Système national de surveillance de la santé (SNVS) complexe. Le système est composé par le ministère de la Santé, l'Agence nationale de surveillance sanitaire (ANVISA), le Conseil national des secrétaires à la Santé (CONASS), le Conseil national des secrétaires municipaux à la Santé (CONASEMS), les centres de surveillance de la santé des États, des municipalités et du district fédéral (VISAS), des laboratoires centraux de santé publique (LACEN), l'Institut national du contrôle de la qualité en santé (INCQS), la Fondation Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) et les conseils sanitaires des États, des municipalités et du district fédéral.

Les mesures de surveillance de la santé directement liées à la nutrition sont les suivantes : **a) l'étiquetage des denrées alimentaires** et **b) la sécurité alimentaire**.



a) L'étiquetage des denrées alimentaires

L'étiquetage des denrées alimentaires a souvent fait l'objet de discussion de nos jours. Conformément à la législation (Directive n° 42 du 14 janvier 1998) à partir du 18 septembre 2001, l'étiquetage des denrées alimentaires doit être normalisé.

Un certain nombre de mesures ont été engagées afin de promouvoir une alimentation saine pour la population brésilienne. Ces mesures non seulement facilitent le contrôle des maladies chroniques non transmissibles et de leurs facteurs de risque, mais contribuent aussi à l'amélioration de la situation nutritionnelle de la population âgée. Il est obligatoire d'indiquer le contenu nutritionnel sur les étiquettes de tous les produits alimentaires, ce qui favorise une vaste divulgation d'un grand nombre de renseignements et des mesures éducatives.

Dans le cadre de cette initiative, le ministère de la Santé a publié divers instruments de réglementation.

Outre les directives mentionnées ci-dessus, les délibérations suivantes ont également été adoptées, en tenant compte des objectifs de la PNAN :

- Résolution RDC n° 28 du 28 mars 2000 : approbation du règlement technique sur les principales procédures de bonnes pratiques de fabrication et sur les lignes directrices en matière d'inspection sanitaire pour des entreprises de transformation du sel;
- Résolution RDC n° 53 du 15 juin 2000 - (journal officiel brésilien du 19 juin 2000) : établissement du règlement technique sur la fixation de l'identité et la qualité des mélanges à base de son;
- Résolution RDC n° 91 du 18 octobre 2000 (journal officiel brésilien du 20 octobre 2000) : approbation du règlement technique sur la fixation de l'identité et la qualité des aliments à base de soja;
- Résolution RDC n° 39 du 21 mars 2001 : approbation de la table des valeurs de référence pour des portions d'aliments et de boissons emballés aux fins d'étiquetage nutritionnel;
- Résolution RDC n° 40 du 21 mars 2001 : approbation du règlement technique sur l'étiquetage nutritionnel obligatoire des aliments et des boissons emballés, normalisant l'énoncé des éléments nutritifs.

b) La sécurité alimentaire

La sécurité des aliments offerts à la consommation populaire est l'un des défis de la santé publique. Ainsi, dans le cadre de ses mesures de contrôle des produits alimentaires, le système national de surveillance de la santé, coordonné par l'ANVISA, accorde la priorité au Programme de formation des ressources humaines en matière d'inspection des systèmes modernes, qui a débuté en juillet 2001, en partenariat avec l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS). Les cours de formation sont divisés en quatre étapes : a) les bonnes pratiques de fabrication (BPF); b) les procédures normalisées d'exploitation pour l'hygiène (PNEH); c) l'analyse des risques et maîtrise des points critiques (HACCP) et d) la vérification et la méthodologie.

La transmission de la connaissance de nouveaux outils et méthodes d'inspection et des processus éducatifs aux travailleurs techniques des services de surveillance sanitaire



des États a permis sa multiplication auprès des travailleurs techniques des centres de surveillance municipaux. De cette manière, il a été possible d'accroître la couverture et d'accélérer les mesures visant : a) à évaluer des pratiques adoptées par les fabricants et les fournisseurs de services dans le secteur alimentaire; et b) à intervenir en cas de risque de contamination chimique, physique ou biologique ou en cas de danger possible dû aux aliments offerts à la consommation (BRESIL, MS / ANVISA, 2006).

Ministère de l'Éducation **Subvention scolaire**

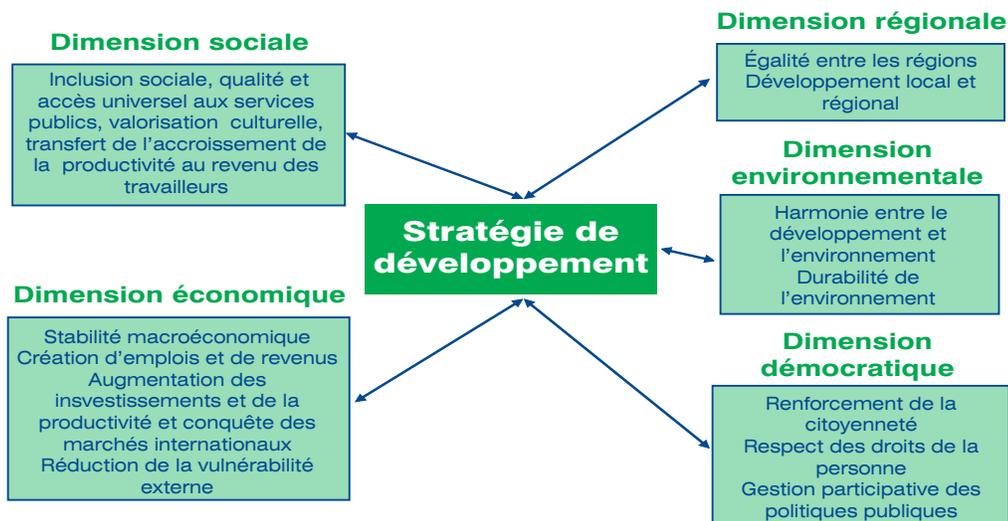
Le programme de revenu minimum lié à l'éducation, appelé Programme de subvention scolaire, a été créé en vertu du décret n° 10.219 du 11 avril 2001 et consiste à accorder des prestations mensuelles à des milliers de familles brésiliennes pour qu'elles gardent leurs enfants à l'école.

Selon un rapport d'évaluation de 2002 du Programme de bourses d'études (Brésil, 2002), le programme a atteint, à la fin de 2001, 5 470 municipalités, c'est-à-dire 98 % des 5 561 municipalités brésiliennes, ce qui représentait plus de 8,2 millions d'enfants de 4,8 millions de familles à faible revenu. Au cours de cette année, 409,9 millions de reais en prestations ont été transférés aux familles. En 2002, le programme a été élargi et il ne restait que 15 des 5 561 municipalités brésiliennes à atteindre. La couverture a augmenté à environ 5,1 millions de familles, bénéficiant ainsi environ 8,7 millions d'élèves.

Programmes intersectoriels dans le cadre de la PNAN et de la Sécurité alimentaire et nutritionnelle (SAN) 2003-2005

Au cours de l'année 2000, les discussions sur la sécurité alimentaire ont reçu un nouvel élan lorsque l'ONG « Instituto da Cidadania » (Institut de la citoyenneté), dirigée par M. Luís Inácio Lula da Silva, a réuni cent experts pour discuter des questions de sécurité alimentaire et concevoir un projet politique de lutte contre la faim et la pauvreté au Brésil, comme l'une des stratégies du plan de développement pluriannuel (PPA) de 2004-2007, avec cinq dimensions, comme on peut le voir dans le graphique ci-dessous :

Cinq dimensions de la Stratégie



Source : Pagnussat, Brasília, ENAP, 2003



Afin de remplir sa dimension sociale, le PPA 2004-2007 a établi comme priorités de lutter contre la faim et la pauvreté, ainsi que contre la concentration des revenus, l'analphabétisme, le travail d'esclave et le travail des enfants, et de réduire les inégalités régionales dans le pays, entre autres objectifs du domaine social.

Une des premières décisions du gouvernement de Lula a été de rétablir le CONSEA, le 30 janvier 2003. Le Conseil a un caractère de conseiller et assiste le président en ce qui concerne les lignes directrices relatives à l'Enquête nationale sur la santé et la nutrition (PNSN). Le décret n° 5079 du 11 mai 2004 définit sa composition, sa structure, ses compétences et son fonctionnement.

Le Conseil reprend le travail de mise en œuvre qui avait commencé en 1993, puis a été interrompu en 1995. Il se penche ainsi sur la question de la Sécurité alimentaire et nutritionnelle (SAN), en lui donnant un autre statut politique, en la transformant en un élément stratégique gouvernemental (BRÉSIL, MS/CGPAN, 2005, p. 54) et en définissant le programme Zéro Faim (FUCHS et PASSOS, 2006) comme étant la principale stratégie intersectorielle pour atteindre les cinq dimensions du PPA 2004-2007.

Pour reprendre le travail du CONSEA au niveau fédéral, un réseau de réunions régionales du CONSEA s'est mis en place dans cinq régions du Brésil, à savoir au nord, au nord-est, au sud-est, au centre-ouest et au sud (Projet [FAO] UTF/BRA/064/BRA – *Termo de Referencia* [mandat] 19204). Le projet a pour mission de « prendre des mesures stratégiques pour faciliter la mise en œuvre et l'atteinte des résultats escomptés du Programme Zéro Faim dans les sphères politiques, sociales et économiques du gouvernement fédéral brésilien » et pour objectifs a) d'appuyer la mise en œuvre et la gestion de la politique de la sécurité alimentaire et nutritionnelle; b) de réduire la vulnérabilité de l'insécurité alimentaire dans les zones rurales, urbaines et périurbaines; et c) d'établir un système d'évaluation du Programme Zéro Faim.

L'élaboration des travaux au niveau régional des CONSEA repose sur les rapports des réunions régionales des CONSEA au nord, au nord-est, au sud-est, au centre-ouest et au sud, ainsi que sur les comptes rendus des réunions des CONSEA régionaux avec des responsables du Secrétariat de la sécurité alimentaire et nutritionnelle du ministère du Développement social et de la Lutte contre la faim (MDS) et ceux des réunions entre des administrateurs du Conseil national pour la sécurité alimentaire et nutritionnelle (CONSEA) et ses groupes thématiques et techniques nationaux sur des questions de stratégie et de mobilisation sociale liées au sujet du jour.

Il y a huit domaines prioritaires de la sécurité alimentaire et nutritionnelle dans l'élaboration des activités du réseau régional des CONSEA :

- a) le droit à l'alimentation : promouvoir l'inclusion du droit à l'alimentation dans les constitutions des États et dans les lois municipales; reconnaître le droit à l'alimentation en termes constitutionnels – la complémentarité de l'article 6 de la Constitution fédérale; réglementer le droit à l'alimentation par une loi fédérale; adopter le droit à l'alimentation comme une référence en vue de la rédaction de la loi municipale sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle;



- b) la création officielle des CONSEA : établir leur budget et assurer des ressources financières, matérielles et humaines en vue du fonctionnement des secrétariats des Conseils d'État; rédiger et approuver la loi municipale sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle; ouvrir la discussion non seulement sur la sécurité alimentaire, mais aussi sur des politiques publiques; créer des maisons thématiques pour des groupes précis, dont des collectivités autochtones et afro-brésiliennes *Quilombolas*; accroître la coordination des CONSEA avec des organismes publics liés à la sécurité alimentaire et nutritionnelle, tels que des forums de la SAN; soutenir la création de conseils municipaux pour la sécurité alimentaire et nutritionnelle; élaborer le plan d'action en matière de sécurité alimentaire et nutritionnelle; mettre en œuvre des programmes de formation à l'intention des membres du Conseil, des délégués et de la population en général; créer et mettre en place une base de données sur des initiatives et des programmes concernant la sécurité alimentaire et nutritionnelle des organisations gouvernementales et non gouvernementales, entre autres;
- c) la politique sur la participation sociale : promouvoir la participation de la société civile; favoriser l'élection des membres du Conseil dans les forums; coordonner les CONSEA avec le Forum sur la SAN, d'autres conseils et entités semblables; partager des expériences de formation; créer des outils afin que les CONSEA puissent exercer un contrôle social sur le Programme de subventions aux familles; reconnaître les comités de gestion et appuyer leur mise en place; intégrer les comités de gestion comme la base des conseils municipaux; créer et mettre en œuvre des réseaux électroniques comme un moyen d'intégrer et de démocratiser l'information pour promouvoir et accroître la participation de la société civile;
- d) le suivi, l'évaluation et les indicateurs : créer un groupe technique afin d'assurer le suivi des politiques visant des populations et des aspects de production précis, en particulier l'agriculture familiale; la formation des membres du conseil et de suivi, d'évaluation et indicateurs de membres de la commission; intégrer les lignes directrices découlant des conférences sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle;
- e) la souveraineté alimentaire et les affaires internationales : assurer que la souveraineté alimentaire constitue le but principal de la SAN; élaborer un plan d'actions et de diagnostic concernant la faim et la question de la sécurité alimentaire; encourager et soutenir l'aménagement de jardins potagers communautaires et scolaires; promouvoir l'enseignement de l'utilisation complète de produits alimentaires et l'inclusion des concepts de SAN dans les programmes scolaires;
- f) la production alimentaire : promouvoir une meilleure compréhension de ce qui est l'agriculture familiale; élaborer des activités, des séminaires, des propositions sur l'eau et l'environnement; amorcer la discussion sur la végétation de savane dans la région du centre-ouest : a) habitudes alimentaires rurales et urbaines et préservation des plantes indigènes en donnant la priorité aux jardins potagers familiaux et communautaires comme modèles de production; b) préservation des sources d'eau dans les zones rurales et urbaines; promotion des jardins potagers scolaires et communautaires; intégration des professionnels dans des écoles pour aider à la production alimentaire;



- g) l'accès à l'alimentation : mettre l'accent sur la politique d'accès à l'intention des minorités ethniques, sexuelles et générationnelles et des personnes handicapées; établir des partenariats avec des centres d'approvisionnement pour obtenir des aliments de qualité et les distribuer ensuite; respecter la diversité régionale dans les politiques d'accès à l'alimentation;
- h) la santé et la nutrition : promouvoir l'éducation nutritionnelle des enfants, insérer le sujet comme une matière à l'école; intégrer des politiques de la SAN aux politiques nutritionnelles; changer l'alimentation scolaire pour qu'elle réponde à une partie des besoins quotidiens des enfants; favoriser un mouvement culturel qui vise le retour à de vieilles habitudes alimentaires.

Programme Bourse-Famille

Le programme de transfert de revenus Bourse-Famille a été créé par la mesure provisoire n° 132 du 20 octobre 2003 du gouvernement fédéral. Devenue, plus tard, la Loi n° 10836 du 9 janvier 2004, elle est réglementée par le décret n° 5209 du 17 septembre 2004. Ce programme associe le transfert des prestations financières à l'accès aux droits sociaux fondamentaux – santé, alimentation, nourriture, éducation et assistance sociale. La directive interministérielle décret n° 2509 du 18 novembre 2004 établit, à son tour, les règles et les critères relatifs à la prestation et à la surveillance des mesures de santé liées à la réalisation des conditions par les familles bénéficiaires du programme. Conçu à l'intention des familles en situation d'extrême pauvreté (dont le revenu par tête est de 100 BRL par mois), le programme harmonise les procédures de gestion et d'exécution relatives au transfert de revenus et au Registre unique du gouvernement fédéral. Les programmes suivants ont été harmonisés : Bourse scolaire du ministère de l'Éducation, Bourse alimentaire du ministère de la Santé, Programme complémentaire de nutrition (PCA) et le programme d'allocation d'essence du ministère des Mines et de l'Énergie.

Selon son mandat, le MDS mène des interventions d'urgence visant des groupes précis (distribution de paniers alimentaires de base dans les camps de familles sans terre, de communautés autochtones et afro-brésiliennes *Quilombola*) et exécute également les programmes suivants : i) Programme d'acquisition des aliments de l'agriculture familiale (remplacement des stocks stratégiques, programme d'incitation à la production et à la consommation de lait); ii) le Programme d'extension des repas scolaires; et iii) les banques alimentaires, les programmes d'éducation alimentaire et nutritionnelle ainsi que des programmes locaux financés par le gouvernement fédéral, gérés par les États et les municipalités avec la collaboration des organisations de la société civile et destinés à soutenir des régions urbaines et rurales les plus vulnérables à l'insécurité alimentaire, tels que des restaurants populaires, des cuisines communautaires, des jardins potagers, etc.

Selon une évaluation du rendement du programme Bourse-Famille, parmi d'autres programmes qui rejoignent un plus grand nombre de populations pauvres en Amérique latine, qui a été réalisée par la Banque mondiale et mentionnée dans le journal *Folha de São Paulo* en 2006, « les études comparatives menées par la Banque mondiale montrent que 73 % des avantages atteignent 20 % des Brésiliens les plus pauvres », aidant 8,7 millions de familles. Avec un budget de 5,6 milliards de reais, il représente le deuxième plus important programme du gouvernement actuel.



Le plus grand défi du Programme Bourse-Famille réside dans l'intégration de ses initiatives à celles d'autres organismes sectoriels, tels que la santé, l'éducation, le travail et les mines et l'énergie. Selon le Secrétariat national du revenu de la citoyenneté, le programme Bourse-Famille a donné la priorité à l'accès des bénéficiaires à d'autres programmes gouvernementaux, parce que « depuis l'année dernière (2005), il y a eu un effort vers l'intégration de la Bourse-famille au programme d'alphabétisation du Brésil. Le programme fonctionne déjà comme un point d'intégration pour d'autres » Folha de São Paulo. (CUNHA, 2006)

Outre les programmes d'éducation, de santé et de développement social mentionnés ci-dessus, il y a aussi d'autres programmes ou initiatives en cours qui sont liés à l'alimentation et à la nutrition, notamment (BRÉSIL, MS/CGPAN, 2005, p. 176-184) :

- Le Programme recherche et développement en agriculture et agro-industrie pour l'inclusion sociale, élaboré par l'Entreprise brésilienne de recherche agricole (EMBRAPA) dans le but de construire une base de connaissances scientifiques et technologiques dans des activités agricoles à l'intention de petites entreprises;
- Le Programme sécurité et qualité des aliments et des boissons qui est également élaboré par l'EMBRAPA et qui vise à garantir la salubrité des aliments aux consommateurs en examinant l'innocuité, la qualité et l'identification des produits et des sous-produits d'origine animale ou végétale, à promouvoir la qualité des matières premières agricoles ainsi que la santé végétale et animale par le biais de l'évaluation, de la surveillance et du contrôle des risques et de la vérification phytozoologique;
- L'Initiative science et technologie pour l'inclusion sociale et le soutien à la recherche-développement appliquée à la sécurité alimentaire et nutritionnelle qui est élaborée par le ministère de la Science et de la Technologie afin de soutenir des projets, des études, des programmes et des activités liés au développement de la sécurité alimentaire et nutritionnelle en vue de l'inclusion sociale et de la réduction des inégalités régionales;
- Le Programme disponibilité et distribution des aliments à des groupes de population qui a été élaboré par la Compagnie nationale d'approvisionnement (CONAB) et qui, quoique mentionné en 2004 dans le PPA, a été appliqué depuis avril 2003, lorsque la CONAB a été nommée organisme d'exécution opérationnelle du Programme Zéro Faim (directive interministérielle MESA/MAPA n° 183/03), une initiative coordonnée entre le ministère du Développement social et de Lutte contre la faim (MDS), le ministère du Développement agricole (MDA), le ministère de l'Agriculture, de l'Élevage et de l'Approvisionnement (MAPA) et le ministère de la Planification (MP);
- Le Programme approvisionnement et acquisition de produits de l'agriculture familiale et opération de stockage pour une stratégie de sécurité alimentaire qui, créé le 2 juillet 2003 (Loi n° 10696 et décret 4 772) et en vigueur depuis 2003, vise à promouvoir l'agriculture familiale par l'acquisition de ses produits pour les distribuer à des personnes en situation d'insécurité alimentaire ou pour constituer des stocks stratégiques.



Maladies chroniques non transmissibles (MCNT) relevant de la PNAN et leur émergence comme un problème de santé publique

Selon une personne-ressource, bien qu'elles soient mentionnées vaguement dans le PRONAN ou d'une façon plus marquée dans la PNAN de 1999, les MCNT sont devenues en fait une préoccupation du gouvernement et mettent à contribution plusieurs institutions, depuis 2003.

Avant la PNAN, quelques programmes sur les maladies chroniques non transmissibles ont été mis en œuvre au sein du ministère de la Santé, bien qu'ils soient :

« extrêmement fragmentés. Par exemple, dans les années 1970, il y avait déjà l'Institut national du cancer. Pour ce qui est de l'hypertension et du diabète, il y avait aussi des initiatives et, plus récemment, après la PNAN, il y avait un projet de réorganisation des initiatives dans le domaine des maladies non transmissibles et des traumatismes (MNTT) qui a donné lieu à une enquête sur la population à risque. »

L'INAN a élaboré de nombreux programmes de supplémentation alimentaire liés aux services du réseau de santé de base. Ces programmes ont essayé d'intervenir dans le commerce des produits de base, l'acquisition et la vente de produits à bas prix dans des endroits où l'accès aux aliments est difficile et dans la supplémentation pour lutter contre des carences nutritionnelles telles que l'anémie, l'hypovitaminose A, etc. comme l'a souligné une personne-ressource :

« Il s'agit de programmes historiques que nous essayons d'améliorer et d'en étendre la couverture. Par exemple, tout le sel consommé au Brésil est iodé. Le problème date depuis de nombreuses années. Les maladies résultant de la carence en iode sont pratiquement inexistantes actuellement. Les politiques publiques obligent les fabricants à ajouter de l'iode au sel que nous consommons. Alors qu'il contribue non seulement à l'amélioration de la situation nutritionnelle, mais aussi à la prévention des maladies chroniques non transmissibles. Nous savons que la relation entre l'alimentation et ces maladies est très claire et très directe. »

Un autre répondant a parlé du projet Carmen qui est une initiative proposée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), en 1999, avant la PNAN et dont les résultats, dans le domaine de la santé, varient selon le contexte politique.

La PNAN représente une tentative de « mettre de la cohérence dans tous ces programmes, mais elle n'a pas réussi entièrement ». Par exemple,



certaines initiatives ont donné des résultats satisfaisants en ce qui concerne la promotion de bonnes habitudes alimentaires et d'activité physique, y compris la fourniture de matériel d'appoint pour une formation à distance ainsi que l'engagement du personnel technique et des scientifiques des quatre coins du Brésil.

Il y a eu également des initiatives du ministère des Sports qui devaient stimuler l'activité physique, mais elles n'avaient aucun lien avec celles du ministère de la Santé, comme le souligne un répondant :

« Dans le ministère des Sports, il y avait l'Institut des sports. Pélé, si je ne me trompe pas était alors le ministre, Des programmes d'activités physiques y étaient élaborés. Des initiatives liées aux lignes directrices en matière d'alimentation et de nutrition ont été mises en œuvre par l'Institut national de l'alimentation et de la nutrition (INAN). Cependant, aucun dialogue n'a été engagé entre les différents secteurs, bien que l'INAN fasse partie du ministère de la Santé et que les documents utilisés par le ministère des Sports soient créés par le ministère de la Santé. »

Il y avait également au sein du ministère de la Santé, selon un intervenant, « un certain travail de coordination relativement au diabète et à l'hypertension, mais il a reçu peu de soutien. Il était assuré par trois employés qui, quoique motivés, ne formaient qu'un très petit groupe. »

Selon cet intervenant, les mesures de prévention et de contrôle du diabète et de l'hypertension n'étaient pas, conformément aux politiques internationales sur la santé, des priorités gouvernementales parce que,

« sur la scène internationale, étant donné que nous sommes considérés comme un pays pauvre, un pays en développement dans lequel la faim demeure encore une préoccupation majeure, la priorisation des problèmes de santé résultant d'un excès d'énergie, d'opulence et de consommation alimentaire est, par conséquent, une question complexe. Pendant des années, le petit groupe de coordination constituait le noyau de résistance où avait lieu la discussion sur le diabète, l'hypertension et le cancer. Aujourd'hui, le secteur est encore plus fractionné au sein du gouvernement. Nous avons, par exemple, l'Institut national du cancer (INCA) qui a mené des études très intéressantes et produit des rapports très complets sur le cancer, y compris dans le domaine de la nutrition. »

En ce qui concerne la création d'un Secteur technique de l'alimentation et de la nutrition (ATAN), juste après la disparition de l'INAN, on a souligné l'importance du travail qu'il effectuait sur la question de la consommation alimentaire. Cependant, du point de vue historique, on pourrait dire que :

« Les programmes élaborés par l'ATAN ne concernaient pas le domaine de l'alimentation et de la nutrition comme ils le sont de nos jours. On peut observer, comme l'ont montré les nombreux travaux du professeur Carlos Monteiro, la tendance de l'obésité due à la malnutrition. On commence d'ailleurs à remarquer un grand nombre de cas dans les populations les plus démunies dans les régions rurales et autres, comme le professeur Malaquias de Batista, de Pernambuco, et d'autres chercheurs l'ont souligné dans plusieurs enquêtes. »



Les mesures dans les domaines de l'hypertension, du diabète et des maladies chroniques non transmissibles (MCNT) n'étaient pas considérées comme une série de politiques cohérentes au sein du ministère de la Santé ni comme les conséquences des mêmes facteurs déterminants tels que la vulgarisation d'habitudes et de styles de vie sains à l'ensemble de la population. Elles étaient plutôt des interventions ponctuelles sur des problèmes précis, et c'était une des raisons pour lesquelles elles ne figuraient pas parmi les priorités des programmes gouvernementaux et ne produisaient pas les effets attendus.

Néanmoins, lorsque des maladies chroniques non transmissibles (MCNT) ont fait leur apparition de façon fréquente dans les classes moyennes et supérieures, le gouvernement a commencé à se préoccuper et à reconnaître la nécessité de promouvoir de saines habitudes de vie auprès de la population, par exemple des soins de santé primaires. Toutefois, à cette époque, la question de l'obésité avait peu d'importance et ne concernait pas les établissements de santé.

Par contre, il y avait une grande demande de soins de santé primaires liés à la malnutrition et la diarrhée. Plus récemment, les centres de santé ont commencé non seulement à s'intéresser aux patients hypertendus, obèses et diabétiques, mais aussi à former des professionnels de la santé pour prodiguer des soins et à affecter des médecins dans ces domaines, car *« jusque-là, il n'y avait pas de médecins pour ces patients. Les établissements de santé se consacraient à la pédiatrie et la médecine générale. Il n'y avait personne pour se pencher sur des maladies dégénératives chroniques. »*

Parallèlement à la mise en œuvre d'une stratégie mondiale pour une alimentation saine, la prévention et le contrôle des maladies chroniques non transmissibles (MCNT) font progressivement partie du programme de santé du Brésil. Auparavant, le problème concernait surtout des chercheurs dédiés à l'étude épidémiologique, car *« on ne pensait pas, à l'époque, aux classes défavorisées lorsqu'il était question d'obésité, comme c'est le cas actuellement. »* Chaque région du pays a d'ailleurs présenté un diagnostic, comme l'a mentionné une personne-ressource.

Il convient de souligner que l'une des premières étapes de la sensibilisation aux MCNT a eu lieu en 1988, avec une étude multicentrique sur la prévalence du diabète au Brésil. Plus tard, on s'est penché sur la nécessité d'étiquetage à l'échelle nationale pour informer la population de la quantité de graisse, de sucre, etc.

La promotion d'une alimentation saine a une place importante dans l'application de la Politique nationale d'alimentation et de nutrition (PNAN), car non seulement elle a des répercussions sur toutes les lignes directrices de la Politique, dont l'une porte sur les MCNT, mais elle introduit un nouveau concept qu'est la prévention des maladies chroniques non transmissibles qui persistent toute la vie des personnes qui en sont atteintes.

En ce sens, la ligne directrice concernant les MCNT renforce l'importance d'intégrer la prévention et le contrôle à vie dans toutes les mesures et tous les programmes du ministère de la Santé, ce qui signifie qu'il est nécessaire de promouvoir, depuis la naissance jusqu'à la vieillesse, des styles de vie sains pour prévenir des maladies chroniques non transmissibles (MCNT) et influencer de façon positive les indicateurs épidémiologiques et nutritionnels.



Bien qu'elle ne soit pas explicitement mise sur pied, une approche axée sur la composante alimentaire et nutritionnelle est un enjeu politique de taille. Selon une personne-ressource clé de la PNAN :

« Je pense qu'il est nécessaire de promouvoir une alimentation saine en se concentrant non seulement le contrôle et la prévention des maladies chroniques non transmissibles, mais aussi sur notre santé en général. À mon avis, l'éducation physique est également essentielle. J'ai lu des articles qui démontrent que les malades hypertendus qui font des exercices régulièrement peuvent effectivement réduire leur dose de médicaments, voire en arrêter la prise. Or, la PNAN peut apporter beaucoup à cet égard. »

Depuis 2004, avec la mise en œuvre de la Stratégie mondiale sur l'alimentation saine, le ministère brésilien de la Santé a donné la priorité en ce qui a trait aux lignes directrices sur la prévention et le contrôle des MCNT à l'alimentation et à la nutrition. Certains répondants ont affirmé que cette question est une priorité politique dans le domaine de la santé, surtout, en ce qui concerne les problèmes de surpoids et d'obésité. Le Brésil a environ trois millions de victimes de malnutrition et 40 millions de personnes en surpoids et obèses. Ces données statistiques permettent d'établir le programme de promotion de la santé pour le pays, car elles sont généralement liées, sur le plan épidémiologique et de la santé publique, au diabète, à l'hypertension et aux maladies cardiaques. (BATISTA, 2005)

Au sein du ministère de la Santé, la Stratégie globale est menée conjointement par différents secteurs. Il revient au Secrétariat de la surveillance de la santé (SVS) de la coordonner par l'intermédiaire de la Coordination générale de la surveillance des maladies non transmissibles et des traumatismes (CGDANT) avec la collaboration de la Coordination générale des politiques sur l'alimentation et la nutrition (CGPAN), sous la direction du SAS. La mise en œuvre de la Stratégie met à contribution d'autres secteurs techniques du Ministère, notamment l'Institut national du cancer (INCA) et l'ANVISA, entre autres.

Afin de mener à bien les mesures de la Stratégie globale, le ministère de la Santé a formé, en vertu de la directive n° 1190 du 14 juillet 2005, le Comité de gestion de la politique nationale de promotion de la santé (CGPNPS) afin d'élaborer, de renforcer et de mettre en œuvre des politiques et des plans d'action au niveau des municipalités, des États et du pays, de consolider la composante de promotion de la santé du SUS, d'explorer une stratégie transversale de promotion de la santé permettant de créer des mécanismes pour réduire les situations de vulnérabilité et les risques pour la santé de la population, de défendre l'équité et d'intégrer la participation et le contrôle des citoyens dans la gestion des politiques publiques, ainsi que d'étudier, à la lumière des objectifs de la politique nationale de promotion de la santé, la contribution de cette dernière aux changements du modèle de soins de santé grâce à l'élargissement et à la détermination des initiatives de promotion de la santé et à l'élaboration d'un programme stratégique intégré. Le Comité examinera également les lignes directrices de la politique nationale sur la promotion de la santé en tenant compte de l'intégralité, de l'équité, de la responsabilité en matière de santé, de la mobilisation, de la participation sociale, de l'intersectorialité, de l'éducation, de la communication et de la durabilité.



Les fonctions du comité de gestion en question sont les suivantes :

- I- consolider la proposition de la Politique nationale sur la promotion de la santé;
- II- consolider le Programme national de promotion de la santé de 2005-2007, conformément aux politiques, priorités et ressources de chaque secrétariat du ministère de la Santé, ainsi qu'au Plan national de santé;
- III- harmoniser et intégrer les initiatives de promotion de la santé au sein du SUS;
- IV- coordonner la mise en œuvre de la Politique nationale sur la promotion de la santé au sein du SUS et par le biais de ses liens avec les secteurs gouvernemental et non gouvernemental;
- V- stimuler les États, les municipalités et le district fédéral à élaborer des plans de promotion de la santé, en tenant compte des lignes directrices sur la Politique nationale sur la promotion de la santé et le Programme national de promotion de la santé;
- VI- surveiller et évaluer la mise en œuvre de la Politique nationale sur la promotion de la santé et ses conséquences sur l'amélioration de la qualité de vie individuelle et collective.

Le CGPNPS sera constitué comme suit :

- I- trois délégués du Secrétariat de la surveillance de la santé (SVS);
- II- trois délégués du Secrétariat des soins de santé (SAS);
- III- un délégué du Secrétariat de la gestion participative et stratégique (SEGP);
- IV- un délégué du Secrétariat de la gestion du travail et de l'éducation sanitaire (SGTES);
- V- un délégué du Secrétariat de la science, de la technologie et des approvisionnements stratégiques (SCTIE);
- VI- un délégué de la Fondation nationale de la santé (FUNASA);
- VII- un délégué de la Fondation Oswaldo Cruz (FIOCRUZ);
- VIII- un délégué de l'Agence nationale de surveillance sanitaire (ANVISA);
- IX- un délégué de l'Agence nationale de santé (ANS);
- X- un délégué de l'Institut national du cancer (INCA).

§ 1- Chaque membre nominal du Comité de gestion de la politique de promotion de la santé (CGPNPS) nommera un délégué suppléant.



§ 2- Les membres nominaux et suppléants du CGPNPS seront nommés par décret du Secrétariat de la surveillance de la santé.

§ 3- Les membres doivent déclarer l'absence de conflit d'intérêts avec leurs activités en ce qui concerne les sujets abordés par le Comité et en cas de conflit d'intérêts, ils doivent s'abstenir de prendre part à la discussion et à la décision sur le sujet.

Le CGPNPS sera doté d'un secrétariat exécutif, lié au Secrétariat de surveillance de la santé qui est chargé de sa coordination.

Il revient au Secrétariat de surveillance de la santé d'adopter des mesures et procédures nécessaires pour mener à terme les mesures énoncées par cette directive.

Afin de mettre en œuvre les initiatives résultant de l'adhésion du Brésil à la Stratégie mondiale, en 2005, une nouvelle directive du ministère de la Santé (directive n° 2 608/GM du 28 décembre 2005) définit les ressources financières pour encourager la formulation des mesures de prévention et de surveillance des maladies non transmissibles et des traumatismes par les secrétariats des États et des municipalités. Cette directive s'avère un outil fort utile, parce qu'elle permet d'élaborer des politiques publiques sur la surveillance et la prévention des maladies non transmissibles et des traumatismes, en réduisant les facteurs de risque liés à la sédentarité, à une consommation alimentaire inadéquate et au tabagisme, conformément à la Stratégie globale pour l'alimentation et l'exercice physique et l'Échelle de contrôle du tabac de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).



Conclusions

L'élaboration de la PNAN reposait sur des questions importantes concernant le profil alimentaire et nutritionnel du Brésil, ainsi que sur des hypothèses présentées au Sommet mondial de l'alimentation.

Au moment de la formulation de la PNAN, la réglementation sur la production, l'entreposage et l'étiquetage des denrées alimentaires, sur les subventions à la production alimentaire ainsi que sur le contrôle des publicités était encore à ses débuts. Avec la mondialisation, les Brésiliens adoptent de plus en plus des habitudes alimentaires occidentales, ce qui devient difficile pour le ministère de la Santé de se pencher simultanément sur une politique générale et une politique sur la malnutrition.

La garantie de la sécurité et de la qualité alimentaires est un défi omniprésent et acquiert une plus grande importance dans la PNAN. La promotion de saines habitudes alimentaires, le droit à l'alimentation et la mise en œuvre des lignes directrices exigent du gouvernement des actions qui vont au-delà du secteur de la santé. Il s'agit d'intersectorialité lorsqu'on essaie d'inclure l'industrie alimentaire dans la mise en œuvre des mesures d'enrichissement ou de restitution des aliments, par exemple, l'adjonction d'iode dans le sel de consommation humaine.

L'élaboration de la PNAN est fondée sur des principes constitutionnels – l'alimentation est un droit humain et un devoir de l'État énoncés dans le texte juridique (directive n° 710 du 11 juillet 1999). Cependant, cette directive ne garantit pas l'efficacité des mesures. L'alimentation, en tant que droit humain, exige un effort intersectoriel. Il faut, d'autre part, acquérir des connaissances minimales des processus de causalité et des facteurs déterminants des MCNT pour pouvoir, par exemple, générer des données afin d'évaluer les politiques et les réseaux de causalité des problèmes en matière de santé publique, ce qui est d'ailleurs un grand défi de nos jours.

L'inclusion de la question dans le programme gouvernemental – création d'une politique publique relative à l'alimentation et la nutrition, soutenue par des règlements (directive ministérielle) et des mesures de sensibilisation de la population sur la prévention des MCNT – constitue une avancée notable. Une des lignes directrices de la PNAN pourrait porter sur ce point (alimentation saine et exercice physique), outre les exigences sur l'étiquetage alimentaire, des émissions télévisées à caractère éducatif sur l'obésité, entre autres.



Il est important de signaler que la PNAN qui est, à l'avis d'un intervenant clé, « évoluée et moderne » a été reprise comme une politique gouvernementale, notamment en ce qui concerne l'exécution de ses lignes directrices comme ce fut le cas des programmes d'allocations alimentaires (2002 -2003) et de Bourse-Famille (depuis 2004).

Parmi les mérites de la PNAN, on peut mentionner la mise en œuvre du SISVAN, à la suite de l'exécution de l'une de ses lignes directrices, afin de collecter des renseignements pour étayer la formulation des politiques publiques visant à améliorer les conditions nutritionnelles de la population et à maintenir un point de convergence sectorielle au sein du secteur de la santé publique.

La politique a été élaborée d'une façon participative. Les professionnels dans le domaine de l'alimentation et la nutrition considèrent la politique comme un cadre réglementaire pour les sphères politique, technique et éthique, comme une stratégie de mise en œuvre des lignes directrices et comme une base du processus de formation des gestionnaires à l'échelle du gouvernement.

Les équipes de surveillance alimentaire et nutritionnelle et des MCNT doivent travailler ensemble de façon concertée et tenir compte de la Stratégie globale. Il faut aussi qu'elles assurent que la priorité du ministère de la Santé, au regard des politiques et des stratégies, renforce la promotion de la santé, car une promotion efficace diminuera les demandes de soins médicaux et hospitaliers et améliorera des lois régissant la surveillance de la santé, même de grands progrès ont été réalisés dans ce domaine au cours des dernières années (par exemple la surveillance sanitaire).



Leçons tirées du processus de formulation de la PNAN – Étude de cas du Brésil

Les questions ci-dessous sont importantes pour l'élaboration non seulement de la PNAN, mais aussi d'autres politiques et méritent qu'on s'y attarde.

Contrairement à l'opinion courante, la question d'alimentation et de nutrition a toujours figuré au programme public brésilien, bien que la priorité accordée ou la capacité de faire face à sa complexité ait changé d'un gouvernement à l'autre.

La simultanéité des processus de création et de mise en œuvre des politiques publiques s'est avérée un apprentissage rigoureux, basé sur la quête d'une amélioration démocratique : « *le processus de création de la PNAN est très inclusif et consultatif, et nous avons essayé en même temps de reconnaître les programmes, mettant fin à certaines initiatives et améliorant d'autres* », ce qui a abouti à un processus de partenariat qui a permis d'élargir la discussion à la société civile.

Il est clair, des leçons tirées du processus de création de la PNAN et de la mise en œuvre de ses mesures (1999-2005), qu'on ne peut pas nier l'influence des organisations internationales non seulement sur la création et le financement des programmes et des politiques du Brésil, mais sur les valeurs, les idées et les connaissances des professionnels de la santé (médecins, nutritionnistes, infirmiers).

Le processus de création de la PNAN a déclenché celui d'autres politiques en matière de santé au sein du ministère de la Santé. Il est important de souligner que sa création et son approbation ont lieu dans un contexte de crise gouvernementale, une crise que des spécialistes de l'alimentation et de la nutrition et leurs partisans ont saisie comme une « fenêtré d'opportunité », selon Kingdon (1995) pour apporter des changements stratégiques dans le secteur. De ce point de vue, la possibilité d'institutionnaliser la proposition du ministère de la Santé est devenue réelle – établir un cadre réglementaire et normatif permettant l'élaboration de la Politique, lier la définition du problème à la détermination de solutions de rechange, associer des décideurs aux priorités des gestionnaires, analyser la relation entre les forces existantes dans un scénario donné et la marge de manœuvre des gestionnaires publics dans le domaine des idées et des propositions d'actions, ainsi que mettre la population à contribution dans le processus de création et de gestion des politiques publiques et y ajouter une dimension participative (soit la collaboration entre l'État et la société civile).



Références bibliographiques





- ABRANCHES, Sérgio Henrique, SANTOS, Wanderley Guilherme, COIMBRA, Marcos. **Política social e combate à pobreza** (3 ed.). Rio de Janeiro: Zahar, 1994.
- ABRANCHES, Sérgio Henrique. **Os despossuídos: crescimento e pobreza no país do milagre** (2 ed.). Rio de Janeiro: Zahar, 1986.
- ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith, GEWANDSJNAJDER, Fernando. **O método nas ciências naturais e sociais – pesquisa quantitativa e qualitativa**. São Paulo: Pioneira, 1998.
- ANGUS, D. et al. **Sustainable Health Care for Canada**, Ottawa: Université d'Ottawa, 1995.
- ARRETICHE, Marta T. S. "Tendências no estudo sobre avaliação" In: **Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate**. São Paulo: Cortez/IEE, 2001.
- ASHLEY, M.J. et al. "How Canadian Legislators View Health Promotion: Does Party Affiliation Matter?" **Canadian Journal of Public Health**, Vol. 92, No.1, 2001, pp 16-18.
- ATKINSON, M.M. and COLEMAN, W.D. (1992) **Policy Networks, Policy Communities and the Problems of Governance**, 5, 154-180.
- BARDACH, Eugene (1998); **Getting Agencies to Work Together. The Practices and Theory of Managerial Craftsmanship**. Washington: The Brookings Institution.
- BARDACH, Eugene (2000); **A Practical Guide for Policy Analysis. The Eightfold Path to More Effective Problem-Solving**. New York: Chatham House.
- BARZELAY, M.; GAETANI, F.; CORTAZAR, J. C. y Cejudo, G. (2002); "Investigación sobre reformas a las políticas de gestión pública en América Latina. Marco conceptual, **Guía metodológica y estudio de caso**". Washington D.C.: BID.
- BATISTA FILHO, Malaquias, BARBOSA, N.P. **Alimentação e Nutrição no Brasil, 1974-1984**. Brasília: INAN, Ministério da Saúde, 1985.
- BATISTA FILHO, Malaquias, BARBOSA, N. P. SISVAN: breve história, grandes perspectivas. In **Boletim SISVAN**, disponible sur dtr2004.saude.gov.br/nutricao/boletim_sisvan. Accédé le 23 mars 2006 à 11 h 25.
- BATISTA FILHO, Malaquias, Entrevue donnée dans le cadre de cette recherche en novembre 2005.
- BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA Lei 5.929, 30 du novembre 1972 (Criação do INAN).
- BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA décret 73.996 du 30 avril 1973 (INAN – Autarquia).
- BRASIL. INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO. **Programa Nacional de Alimentação e Nutrição — PRONAN: 1976-1979**. Brasília, 1976. (Documento Técnico INAN — 6/76).
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Histórico do Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais. Secretaria de Assistência à Saúde**, Departamento de Atenção Básica, CGPAN, 1998.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Prevenção e Controle das Doenças Não Transmissíveis no Brasil. Série B. **Textos Básicos de Saúde**. Brasília: 2002.
- BRASIL, MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO. **Relatório de Avaliação do PPA, 2002**. www.planejamento.gov.br.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Série B. **Textos Básicos de Saúde**. 2ª edição revista. Brasília: 2003.



- BRASIL. CONSEA, **II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional: A construção da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional.** Relatório Final, Brasília, 2004. Disponible sur www.presidencia.gov.br/consea/static/documentos/IIConferencia.pdf.
- BRASIL. FUNASA/MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Proposta de Monitoramento dos Agravos Não Transmissíveis e seus Fatores de Risco.** II Reunião para Implantar o Monitoramento de Doenças Não Transmissíveis, de seus Fatores de Risco e de outros Agravos à Saúde.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, OPAS. **Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil.** Brasília-DF, 2004.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Análise da Estratégia Global da OMS para Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde.** Brasília: 2004.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estudo de Caso Brasil: a integração das ações de alimentação e nutrição nos planos de desenvolvimento nacional para o alcance das metas do milênio no contexto do direito humano à alimentação adequada.** Ministério da Saúde, Secretaria de Apoio de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estrutura e competências da Anvisa.** www.Anvisa.gov.br. Accédé le 21 mai 2006.
- BROWNSON, R.C., REMINGTON, P.L., DAVIS, J. **Chronic Disease Epidemiology and Control.** American Public Health Association. Baltimore, MD, 1993.
- BUSS, Paulo Marchiori. **Promoção da Saúde no Brasil. Conferência apresentada ao**
- I Seminário Brasileiro de Efetividade da Promoção da Saúde.** Rio de Janeiro, 10 de maio de 2005. Disponible sur www.abrasco.org.br/GTs/GT. Accédé le 3 mars 2006 à 14 h 59.
- CASTRO, Jorge Abrahão de. **Avaliação do processo de gasto público do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE).** Rio de Janeiro: IPEA, 2000. (Texto para discussão, 760).
- CASTRO, Josué de. **Geografia da Fome.** Rio de Janeiro: Cruzeiro, 1946.
- CLOTTEY, Clarence. **Estrutura e metodologia para analisar iniciativas de formulação de políticas integradas relativas à prevenção de doenças crônicas.** Centre collaborateur de l'OMS sur l'élaboration de politiques relatives à la prévention des maladies chroniques non transmissibles. Canada, 2005.
- COHEN, J.E. et al. **"Predictors of Canadian Legislators Support for Tobacco Control Policies,"** *Social Science and Medicine*, Vol. 55. 2002, pp. 1069-1076.
- CORTAZAR, Juan Carlos y Lecaros, Carla, (2003) **La Viabilidad de las prácticas de participación ciudadana. El caso del presupuesto participativo de Villa El Salvador, (Perú, 2000 – 2002),** Washington, INDES-BID, 2003.
- CRUSIUS, Yeda et al. **Plano de Combate à Fome e à Miséria – Princípios, Prioridades e Mapa das Ações do Governo.** Brasília: IPEA, avril 1993.
- DEMO, Pedro. **Globalização da exclusão social - contradições teóricas e metodológicas do discurso neoliberal acerca do enfrentamento da pobreza.** *Ser Social*, 4, 43-44, 1999.
- DESVEAUX, J.A. et al. (1994), "Organizing for Policy Innovation in Public Bureaucracy:



AIDS, Energy and Environmental Policy in Canada," **Canadian Journal of Political Science**, XXVII: 3, pp. 493-528.

DINIZ, Amélia Franco. **A Política de Alimentação e Nutrição na Nova República: ilusões e desencantos no contexto do descaso**. Dissertação em Serviço Social. Universidade de Brasília, 1988. 50 p.

DRAIBE, Sônia (2001) Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas. In: Barreira e Carvalho (Orgs.) **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo: IEE/PUC-SP, pp.13-42.

EDUARDO, Maria Bernadete de Paula; MIRANDA, Isaura Cristina Soares. Coleção Instituto para o Desenvolvimento da Saúde (IDS); Núcleo de Assistência Médico-Hospitalar (Namh/FSP – USP); **Banco Itaú: Série Saúde e Cidadania, vol 8**, São Paulo: 1998. Disponible sur bases.bireme.br/bvs/sp/P/pdf/saudcid/Volume08.pdf. Accédé le 27 mars 2006 à 16 h 01.

ESCODA, Maria do Socorro Quirino. **Investimento no capital humano: Uma análise da política de nutrição – RN**; Projeto Rio Grande do Norte; CNPq/FUNPEC, ano II, n° 2 e 3, 05/1983. www.ufrnet.br/~scorpius/37-Inv%20Cap%20Hum.htm.

ESCODA, Maria do Socorro Quirino; VILAR, Maria Helena; BEGIN Natalie. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. **IX Conferencia Nacional de Saúde**. Painel. Ministério da Saúde. UnB, Brasília, 1992. Disponible sur www.ufrnet.br/~scorpius/37Inv%20Cap%20Hum.htm.

EVANS, R.G. et STODDART, G.L. Producing Health, Consuming Health Care, in Evans, R.G., Barer, M.L. and Mannor, T.R., eds., **Why Some People are Healthy and Others Are Not**, New York: Aldine De Gruyter, 1994, pp. 4-27.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (FBSAN). **A trajetória do Fórum Brasileiro de Segurança Alimentar e Nutricional (FBSAN)**. www.fbsan.org.br, 2003.

FOLHA DE SÃO PAULO. "Bolsa Família tem foco, mas não emprega". São Paulo. **Folha de São Paulo, Edição de 28 de maio de 2006**, p. A23.

FOLHA DE SÃO PAULO. "Integrar programas será a prioridade do ministério". São Paulo. **Folha de São Paulo, Edição de 28 de maio de 2006**, p. A24.

FOLHA DE SÃO PAULO. "Programas de Transferência de Renda". São Paulo. **Folha de São Paulo, Edição de 28 de maio de 2006**, p. A24.

FUCHS, Werner Pastor; PASSOS, Zélia. **A Mobilização pela Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável no Paraná**. Available at www.setp.pr.gov.br/setp/conselhos/consea/. Accédé le 27 mars 2006 à 17 h 40.

GERSCHMAN, Silvia. Sobre a formulação de políticas sociais. In: **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez/ ABRASCO, 1989.

IPEA. **A Segurança Alimentar e Nutricional e o Direito Humano à Alimentação no Brasil**. Brasília, 2002.

IPEA. "Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil". **Cadernos Comunidade Solidária**, v. 2, nov.1996, Brasília, IPEA, 1996.

KINGDON, John W. **Agendas, alternatives and public policies**. New York: Longman, 1995.

LAGE, Otaviano. **Seis Anos de trabalho pela Cidadania**. In: www.consea.mg.gov.br/documentos/seis_anos_trabalho_pela_cidadania.pdf. Accédé le 5 avril 2006.



- LAVIS, J. et al (2001), "**Barriers to Employment -related Healthy Public Policy in Canada,**" Health Promotion International, Vol.16, pp. 9-20.
- LESSA, Inês. "Os programas nacionais de educação e controle para DCNT" In LESSA, Inês (org) **Adulto brasileiro e as doenças da modernidade. Epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil.** SP: Hucitec, 1998.
- LESSA, Inês. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa de vigilância. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 9, nº 4, Rio de Janeiro Out/Dez, 2004.
- MAJONE, Giandomenico. **Evidencia, argumentación y persuasión en la formulación de políticas.** México: Fondo de Cultura Económica, 1997.
- MALUF, R. S., MENEZES, F., VALENTE, F. L. Contribuição ao tema da Segurança Alimentar no Brasil. Vol. IV. **Revista Cadernos de Debate**, Núcleo de Estudos e Pesquisas em Alimentação da UNICAMP, 1996.
- MCKAY, L. **Making of the Lalonde Report**, CPRN Research Report, 2001.
- MERRIEN, François Xavier. **L'État Providence.** Paris: PUF, 2000.
- MINAYO, Maria Cecíliade Souza. **O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1996.
- MOISÉS Kátia Cilene Machado de Souza. **Implantação da Vigilância Nutricional no Estado do Rio Grande do Norte.** Monografia apresentada em cumprimento ao requisito final para obtenção do grau de especialista do curso de Especialização em Vigilância Sanitária de Alimentos do Departamento de Nutrição da UFRN. NATAL/RN, 2001
- MULLER Pierre, SUREL Yves, **L'analyse des politiques publiques**, Paris, Montchrestien, coll. Clefs politiques, 1998.
- NÉRI, M. Dois anos de política social. IBRE/FGV; **Conjuntura Econômica**; février de 2005.
- OFFE, Clauss. **Problemas estruturais do estado capitalista.** Rio de Janeiro: Tempo Universitário, 1984.
- OPAS, **Observatorio de Políticas para la Prevención de Enfermedades no Transmisibles en Latinoamerica y el Caribe.** División de Prevención y Control de Enfermedades. Programa de Enfermedades no Transmisibles. Washington, Décembre, 2002.
- PAGNUSSAT, José Luiz. **Curso PPA: elaboração do plano e gestão de programas.** Brasília, ENAP, 2003. Disponible sur www.enap.gov.br.
- PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. et PAIVA, Leda Del Caro. A política social e a questão da pobreza no Brasil. **Serviço Social & Sociedade**, 5, 1981, pp. 1-13.
- PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. Centralização e exclusão social: duplo entrave à política de assistência social. **Ser Social**, 3, 1-19 a 1-34, 1998.
- PEREIRA, Rosana Sperandio. **Participação da Sociedade Civil no Governo Itamar Franco: Conselho Nacional de Segurança Alimentar (CONSEA).** Universidade de Brasília: Dissertação de mestrado em Política Social. Brasília, 1997.
- RODRIGUES, M. T. **A Participação no Sistema Único de Saúde: Controle Social e Democratização.** In: Tese de Mestrado; Departamento de Serviço Social; Universidade de Brasília; Brasília; 1995.
- ROTHSTEIN, B. (1998) Political Institutions: An Overview, in Goodin, R.E. and Klingemann,

eds., H-D. *A New Handbook of Political Science*, New York: Oxford University Press, pp. 133-166.

RUIZ, M. **A história do Plano Collor**. Available at www.sociedadedigital.com.br/artigo.php?artigo=114&item=4. Accédé le 20 mai 2010.

SANTOS, Wanderley Guilherme. **Cidadania e justiça: a política social na ordem Brasileira** (10 ed.). Rio de Janeiro: Campos, 1979.

SILVA, Maria Ozanria da Silva et al. Comunidade Solidária: contradições e debilidades do discurso. In: SILVA, Maria Ozanria (Coord.) **O Comunidade Solidária: o não enfrentamento da pobreza no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2001, pp. 71-92.

SILVA, Maria Ozanria da Silva et al. A focalização fragmentadora e a insuficiência do Comunidade Solidária no enfrentamento da pobreza: estudo de um caso do Nordeste. In: SILVA, Maria Ozanria (Coord.) **O Comunidade Solidária: o não enfrentamento da pobreza no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2001, pp. 143-144.

SILVA, Alberto Carvalho da. **De Vargas a Itamar: políticas e programas de alimentação e nutrição**. *Estud. av.* [online]. Apr. 1995, vol.9, no.23 [Cité le 15 février 2006], p.87-107. www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01030141995000100007&lng=en&nr_m=iso. ISSN 0103-4014, Accédé le 20 janvier 2006.

SUBIRATS, Joan; (1989) **Análisis de Políticas Públicas y Eficacia de la Administración**, Madrid, INAP.

USP. **Um país em construção**. Disponible sur www.bibvirt.futuro.usp.br/textos/humanas/historia/tc2000/h39b.pdf. Accédé le 7 mars 2006.

VALENTE, Flávio Luiz Schieck. **A política de insegurança alimentar e nutricional no Brasil**

de 1995 a 2002. Publicação Eletrônica; 2005. Disponible sur www.fomezero.gov.br/download/pol_inseg_alimentar_Flavio_Valente.pdf.

VALENTE, Flávio Luiz Schieck. **A Evolução, Conceito e o Quadro da Segurança Alimentar dos anos 90 no Mundo e no Brasil**. Publicação Eletrônica; 2005. Disponible sur agora@agora.org.br.

VALENTE, Flávio Luiz Schieck. **O combate à fome e à desnutrição e a promoção da alimentação adequada no contexto do Direito Humano à Alimentação: um eixo estratégico do desenvolvimento humano sustentável**, 2001, mimeo.

VALENTE, Flávio Luiz Schieck. **A Cesta Básica como Complemento Alimentar, Nutricional e de Renda**. Publicação Eletrônica; 2005. Disponible sur agora@agora.org.br.

VASCONCELOS, A. G. V. **Combate à fome no Brasil: uma análise histórica de Vargas a Lula**. *Revista de Nutrição* vol. 18, n° 4; Campinas; juillet/août de 2005.

VOGEL, Ellen. **Ferramenta para Relatórios e Análise de Conjunto de Casos**. Observatório de Políticas relativas a DCNT. Montréal, Canada, 2005.

WELLER, G.R. "The Determinants of Canadian Health Policy" **Journal of Health Politics, Policy and Law**, Vol. 5, No. 3, 1980, pp. 405-418.

YIN, R. K. (1994); **Case Study Research. Design and Methods**. Second Edition. Thousand Oaks: SAGE.



Annexes





Annexe 1

Politique nationale d'alimentation et de nutrition (PNAN) Résumé

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

VOLUME 34
NÚMERO 1
FEVEREIRO 2000
p. 104 - 108

Revista de Saúde Pública

Journal of Public Health

Política Nacional de Alimentação e Nutrição do Setor Saúde*

Secretaria de Políticas de Saúde

34

Politique nationale d'alimentation et de nutrition du secteur de la santé*

Secrétariat des politiques de santé

En 1999, le ministère de la Santé a mis en œuvre une série de mesures essentielles pour le secteur. Or, ces mesures ont été prévues dans la Politique nationale d'alimentation et de nutrition (PNAN) qui a été officiellement adoptée par l'ordonnance 710 publiée dans le Journal officiel fédéral en juin 1999 et dont la formulation a été coordonnée par le Secrétariat des politiques de la santé – également responsable de sa mise en œuvre – avec la participation de différents secteurs gouvernementaux, segments de la société et experts en la matière. Elle a été ensuite soumise à l'approbation de la Commission intergouvernementale tripartite et du Conseil national de la santé.

L'adoption de cette politique est un jalon très important, car l'alimentation et la nutrition sont des exigences fondamentales de la promotion et la protection de la santé. Au regard de l'alimentation et de la nutrition, le Brésil est confronté à deux situations paradoxales : d'une part, l'existence de la malnutrition et des carences en micronutriments essentiels et, d'autre part, le taux élevé et croissant de l'obésité. Cette politique nationale s'inscrit dans le contexte de la sécurité alimentaire et nutritionnelle et a pour but de garantir la qualité des aliments consommés dans le pays, afin de promouvoir de saines habitudes alimentaires, de prévenir et contrôler des troubles nutritionnels, ainsi que de prendre des mesures d'incitation

intersectorielles qui assurent un accès universel à l'alimentation.

Le concept de sécurité alimentaire, qui était auparavant limité à l'approvisionnement, a été également élargi et comprend désormais l'accès universel à l'alimentation, l'aspect nutritionnel et, par conséquent, la composition, la qualité et la valeur biologique. Le Brésil a adopté, en 1986, un nouveau concept dans le cadre de la première Conférence nationale sur l'alimentation et la nutrition et l'a entériné lors de la Conférence nationale sur la sécurité alimentaire en 1994.

Le crédit agricole, l'adoption de technologies industrielles et agricoles, les stocks stratégiques, le coopératisme, l'importation, la distribution, le stockage et la conservation des aliments, la gestion durable des ressources naturelles, etc. font partie des composantes de la sécurité alimentaire et nutritionnelle. Aussi, les mesures pour garantir cette sécurité dépassent le secteur de la santé et comportent une dimension intersectorielle qui, surtout en ce qui concerne la production et la consommation, tient compte du pouvoir d'achat de la population et du choix des aliments à consommer, y compris des facteurs culturels qui influent ces choix.

Tant l'adoption de la notion de sécurité à l'échelle mondiale que la reprise des discussions à ce sujet par le gouvernement brésilien ont facilité la compréhension du rôle du secteur de la santé relativement à l'alimentation et à la nutrition. S'agissant de la sécurité alimentaire et nutritionnelle, le secteur est marqué par deux moments, un moment positif et un moment critique.

Le moment est positif lorsque l'offre, la distribution et la consommation des aliments, rendues possibles grâce à des ressources extrasectorielles et à la





participation de la société, se poursuivent normalement sur le plan de la quantité, de la qualité et de la régularité ainsi que de l'utilisation biologique. Dans ces conditions favorables, le secteur de la santé se consacre principalement à la surveillance alimentaire et nutritionnelle, au contrôle de l'innocuité des aliments et aux activités éducatives.

Par contre, le moment est critique lorsqu'il y a des lacunes dans l'offre, la consommation ou le modèle d'utilisation biologique des aliments. Dans ces conditions, la présence d'obstacles extrasectoriels (insuffisance du revenu, interruption de la production, variation de l'offre) et sectoriels (manque d'information, mauvaises habitudes alimentaires, ainsi que l'apparition d'épidémies ou de maladies endémiques) peuvent causer les problèmes de santé que sont la malnutrition, des carences spécifiques, l'obésité, le diabète, la dyslipidémie et d'autres maladies chroniques ayant des caractéristiques épidémiologiques connues.

LIGNES DIRECTRICES

Afin d'atteindre l'objectif de la PNAN, on a établi sept lignes directrices : stimuler des initiatives intersectorielles visant à assurer un accès universel à l'alimentation; garantir la sécurité et la qualité de l'alimentation et fournir des services dans ce contexte; surveiller la situation alimentaire et nutritionnelle; promouvoir des habitudes alimentaires et des modes de vie sains; prévoir et contrôler des troubles nutritionnels ainsi que des maladies liées à l'alimentation et la nutrition; encourager le développement des axes de recherche et développer les compétences et les capacités des ressources humaines.

Pour ce qui est de **stimuler des initiatives intersectorielles visant à assurer un**

accès universel à l'alimentation, la politique prévoit que le secteur de la santé, en tant que détenteur de données épidémiologiques sur les aspects favorables et défavorables de l'alimentation et de la nutrition, est tenu de promouvoir l'établissement de liens plus étroits avec d'autres secteurs gouvernementaux et la société civile, ainsi qu'avec le secteur productif où des activités sont associées à des facteurs pouvant entraver l'accès universel à une alimentation de bonne qualité.

Les principales stratégies pour **garantir la sécurité et la qualité des produits et des services dans le secteur de l'alimentation** consisteront à guider et à renforcer des activités de surveillance de la santé. Ces activités sont particulièrement importantes compte tenu du renouvellement constant des technologies de production, de transformation industrielle, de stockage et d'emballage, etc. ainsi que d'autres aspects qui caractérisent l'approvisionnement et la consommation alimentaires de la population.

Pour ce qui est du Système national de surveillance de la santé, il faudra réexaminer les normes techniques et opérationnelles relatives aux denrées alimentaires et des services d'alimentation, en se penchant particulièrement sur celles liées à la prévention des risques pour la santé. Par ailleurs, il faudrait aussi moderniser les outils de vérification en adoptant des mesures de contrôle et de sécurité de la production et de la prestation de services qui tiennent compte notamment de l'analyse des risques et de la maîtrise des points critiques, et qui visent à prévenir des maladies transmises par des aliments et des pertes économiques dues à la détérioration.

On doit, en outre, actualiser les normes de rationalisation, de coordination et de



contrôle des processus de surveillance de la santé dans tous les segments de la chaîne alimentaire, allant de la production à la consommation, en passant par l'étiquetage, le stockage, le transport, la commercialisation. Il convient également de promouvoir la mise à jour de la législation sanitaire nationale concernant les aliments, en tenant compte des progrès de la biotechnologie, notamment des processus de transgénèses, ainsi que des critères et des procédures de surveillance, conformément aux instruments juridiques régissant les accords internationaux.

Pour assurer le **suivi de la situation alimentaire et nutritionnelle**, il faut élargir et améliorer le Système de surveillance de l'alimentation et de la nutrition (SISVAN) afin d'accélérer ses procédures et d'étendre sa couverture dans tout le pays. Ses fonctions comprendront la description continue et la prévision des tendances alimentaires et nutritionnelles de la population, ainsi que des éléments déterminants. Le diagnostic descriptif et analytique des problèmes et des principaux facteurs doit déterminer les zones géographiques, les couches sociales et les groupes biologiques qui sont à plus grand risque.

Dans le cadre du suivi, le SISVAN doit accorder la priorité à l'état des femmes enceintes ainsi qu'à la croissance et au développement des enfants, jetant ainsi les bases de tous les travaux entrepris au sein du réseau de services, surtout dans le domaine des soins de santé de base. On essaiera également d'intégrer la surveillance de l'état nutritionnel de chaque utilisateur aux programmes de contrôle en vue de détecter des cas de risque et de prendre des mesures pour prévenir les effets, renverser la situation et revenir à l'état normal.

Une autre priorité sera de décrire les carences endémiques afin de montrer leur

répartition spatiale et d'indiquer l'ampleur de la malnutrition protéino-énergétique (MPE), de l'anémie, de l'hypovitaminose A et de la carence en iode. En ce qui concerne les maladies chroniques non transmissibles, liées à une alimentation et un mode de vie malsains, les travaux de collecte, de production, de circulation, de traitement et d'analyse des données doivent être compatibles avec les systèmes en fonctionnement.

Plus précisément, les systèmes d'information seront axés sur des aspects liés aux pratiques d'allaitement, sur des facteurs d'interférence positifs ou négatifs et sur des évaluations périodiques de l'état nutritionnel des élèves des écoles publiques. La production des aliments ainsi que l'analyse critique de la quantité et de la qualité de l'approvisionnement et de la consommation alimentaires constitueront aussi des points de contrôle essentiels.

Par ailleurs, les directives pour de **bonnes habitudes alimentaires** sont liées à l'adoption des modes de vie sains, comme étant un élément important de la promotion de la santé. Une attention particulière sera portée au partage de la connaissance sur les aliments, ainsi qu'à la prévention des problèmes nutritionnels, allant de la malnutrition, y compris des carences spécifiques, à l'obésité. Les initiatives visant l'adoption de saines habitudes alimentaires devraient intégrer l'ensemble des mesures découlant des lignes directrices énoncées dans la Politique nationale.

Il convient de donner la priorité non seulement au retour à des habitudes et pratiques alimentaires régionales qui se caractérisent par la consommation de produits alimentaires locaux à faible coût et à haute valeur nutritionnelle, mais aussi à des modèles alimentaires plus variés depuis les premières années de vie jusqu'à



l'âge adulte et la vieillesse. D'autre part, il faut aussi accorder une importance à la prévention des maladies chroniques non transmissibles, telles que les maladies cardiaques et le diabète, et sur l'adoption de saines habitudes alimentaires par les patients, comme un moyen d'éviter l'aggravation de ces pathologies.

Un examen des méthodes et des stratégies constituera la première mesure importante pour concrétiser la priorité accordée à l'encouragement de l'allaitement maternel, et ce, grâce aux liens avec les différents segments de la société, notamment ceux qui peuvent exercer une grande influence sur les pratiques de l'allaitement. Il sera aussi nécessaire d'adopter des mesures pour réglementer la publicité des aliments pour enfants et, en parallèle, de soutenir, conformément aux critères établis, des programmes institutionnels, tels que l'initiative « L'Hôpital ami de l'enfant » (IHAC) et les banques de lait maternel, ainsi que des initiatives lancées par des organisations non gouvernementales (ONG) pour stimuler l'allaitement. Les banques de lait jouiront d'une attention particulière afin que leurs activités soient renforcées et effectivement intégrées aux services de santé.

En ce qui concerne la législation, on renforcera, étendra et divulguera non seulement les dispositions qui assurent aux mères les conditions de base pour allaiter leurs enfants, comme des horaires et des lieux de travail compatibles avec la pratique d'allaitement maternel, mais aussi le suivi des processus d'industrialisation et de commercialisation des produits pharmaceutiques et diététiques qui sont présentés comme étant des solutions thérapeutiques ou prophylactiques à des problèmes nutritionnels (contrôle du poids, fatigue, vieillissement, prévention et traitement des maladies difficiles à soigner).

La mise en œuvre des lignes directrices sur la **prévention et le contrôle des troubles nutritionnels et des maladies liées à l'alimentation et la nutrition** se traduiront par des mesures qui tiendront compte de deux situations diamétralement opposées, étant donné l'inexistence d'une distinction claire entre des initiatives institutionnelles en matière de nutrition et des interventions de santé traditionnelles. La première situation est marquée par la morbidité et la mortalité dues principalement à la malnutrition et à l'infection qui touchent surtout des enfants pauvres, notamment dans des régions en retard économiquement et socialement, alors que la seconde est marquée, par la prévalence du surpoids et de l'obésité, du diabète, des maladies cardiaques et de certains néoplasmes.

Au regard des maladies chroniques non transmissibles, les mesures viseront à promouvoir la santé et à contrôler des écarts alimentaires et nutritionnels, car ces activités sont les vecteurs les plus efficaces pour prévenir l'apparition et l'évolution des maladies. On se penchera sur des problèmes alimentaires et nutritionnels associés à la malnutrition protéino-énergétique en empruntant une approche axée sur la famille qui reconnaît que les facteurs de risque sont définis dans un contexte que l'on pourrait qualifier de « famille vulnérable ».

Quant à la malnutrition et à l'infection, l'accent sera mis sur la prévention et la gestion adéquates des maladies infectieuses. La distribution d'aliments et l'éducation sur la nutrition constitueront des moyens qui, associés à la prévention et au contrôle de la diarrhée, des infections respiratoires aiguës et les maladies évitables par vaccination, sont essentiels pour éviter la malnutrition ou son aggravation.



Le suivi de la croissance et du développement sera assuré pour appuyer toutes les activités de soins de santé aux enfants, en particulier à ceux présentant une insuffisance pondérale en raison du poids à la naissance, étant donné le degré élevé de vulnérabilité à la malnutrition et aux maladies infectieuses. On fournira aux enfants de 6 à 23 mois à risque de malnutrition une assistance nutritionnelle et un contrôle de la coexistence de maladies et on assurera la surveillance des personnes en contact à risque nutritionnel, dont les frères et sœurs, les femmes enceintes, les mères allaitantes, et ce, surtout dans les ceintures de pauvreté.

Le suivi de l'état nutritionnel qui est essentiel pour prévenir et contrôler la MPE sera intégré dans des programmes de soins généraux afin de couvrir tous les âges à risque et de faciliter l'identification et l'élaboration de mesures visant à réduire la fréquence de la malnutrition modérée et sévère chez les enfants, de l'anémie et de la malnutrition chez les femmes enceintes, de l'insuffisance de poids à la naissance, ainsi qu'à assurer le suivi de ces cas.

En ce qui concerne les carences en micronutriments et en particulier le contrôle de la carence en fer, des mesures essentielles, telles que l'enrichissement alimentaire, l'orientation scolaire et l'utilisation de supplément de fer seront adoptées. Pour réduire l'anémie par carence en fer, on mettra en œuvre des initiatives destinées à renforcer la production brésilienne de farines de blé et de maïs, qui sont des aliments de grande consommation et à faibles coûts. Considérant le protocole signé entre le gouvernement brésilien et le secteur productif, ces initiatives devraient, en 2003, réduire d'un tiers l'anémie par carence en fer chez les enfants d'âge préscolaire.

Dans la lutte contre la carence en vitamine A dans les régions connues comme étant à risque, en plus d'administrer périodiquement et d'urgence des mégadoses de rétinol, il faut encourager la production et la consommation de produits alimentaires riches en vitamine A. On doit aussi procéder à l'enrichissement de certains types d'aliments, le cas échéant, et donner aux enfants de moins de cinq ans, outre les soins de base, une quantité massive de cet élément nutritif. Il convient, par ailleurs, de promouvoir l'enrichissement du lait et des pâtes alimentaires en vitamine A, en fer et éventuellement d'autres nutriments.

Compte tenu de l'importance épidémiologique de la carence de ces nutriments, il faut promouvoir la supplémentation des principaux aliments consommés dans le pays pour accroître la teneur en nutriments, la biodisponibilité du fer et les précurseurs de la vitamine A.

Pour faire face aux troubles dûs à la carence en iode, il est nécessaire d'ioder le sel de consommation humaine et animale, en assurant le cadre juridique, administratif et opérationnel de l'application systématique de cette mesure. Il faudra mettre en œuvre des mesures de contrôle continu non seulement du processus d'adjonction d'iode même, mais aussi de la mise en marché des produits en question.

D'autre part, la stimulation de l'allaitement a une importance stratégique, tant pour prévenir la malnutrition protéino-énergétique, l'anémie et les carences en vitamine A au cours des premiers mois de vie que pour réduire l'incidence, la durée et la gravité de la diarrhée et des infections respiratoires aiguës. Il faudrait, par ailleurs, consolider les efforts visant à prolonger la période d'allaitement de sorte que l'allaitement maternel



soit exclusif pendant les six premiers mois, puis combiné à l'introduction d'une alimentation adéquate jusqu'à la deuxième année de vie de l'enfant.

Un des mécanismes pour assurer la mise en œuvre de ces initiatives sera d'affecter des ressources financières fédérales au contrôle des carences nutritionnelles et autres troubles connexes. Les municipalités autorisées à mener des activités de gestion indiquées dans la Norme opérationnelle de base – Gestion complète des soins de base et gestion complète du système municipal, pourront s'inscrire pour recevoir une incitation financière dans le cadre du Niveau minimum des soins de santé primaires (PAB). Les ressources seront transférées régulièrement et automatiquement du Fonds national de santé au Fonds municipal de santé. Il convient de noter que, conformément à l'ordonnance sur l'incitation financière pour couvrir les coûts des mesures relatives à l'alimentation et la nutrition, toutes les activités à entreprendre seront énumérées, y compris celles associées au contrôle de la malnutrition dans les groupes à risque.

La mise en œuvre de toutes les lignes directrices de la Politique nationale d'alimentation et de nutrition (PNAN) sera appuyée par des **axes de recherche** qui clarifieront les aspects généraux et spécifiques de certains problèmes, évalueront l'importance des facteurs contributifs et préciseront les mesures de contrôle les plus appropriées. Parmi les questions d'intérêt, le problème de la malnutrition protéino-énergétique qui, quoiqu'il soit bien décrit et analysé sur le plan géographique et social, fera l'objet d'une étude plus poussée pour approfondir la connaissance, encore limitée, sur l'épidémiologie de l'anémie et de la carence en vitamine A.

En parallèle, des études encore préliminaires sur les liens entre les maladies chroniques non transmissibles et le profil de l'alimentation seront aussi approfondies et leurs conclusions seront divulguées. Quant à la relation entre la consommation alimentaire et la valeur nutritive, elle fera l'objet d'une étude qui permettra d'étendre l'analyse de la situation, étant donné que les données disponibles ne portent que sur quelques régions métropolitaines.

Les études et les travaux de recherche devraient permettre d'élaborer des tables de composition et de valeur nutritive des aliments et des principales préparations culinaires. Ces tables tiendront plus précisément compte de la biodisponibilité du fer et de la vitamine A. On se concentrera aussi sur l'établissement de modèles alimentaires pour tous les groupes d'âge, selon les régions et, par conséquent, les habitudes locales, notamment la période de transition de l'allaitement à l'alimentation, en prenant en considération les projets déjà mis en œuvre dans ce domaine.

La formation et le perfectionnement des ressources humaines concernent toutes les lignes directrices définies dans la Politique nationale d'alimentation et de nutrition (PNAN), puisqu'ils constituent le meilleur moyen de coordination intersectorielles, permettant au secteur de la santé de compter sur un personnel suffisant et de qualité. L'initiative, entreprise de concert avec le ministère de l'Éducation, sera menée à terme en raison de la pertinence des cours de formation dans le domaine de la santé et de la prise en compte de tous les aspects énoncés dans les lignes directrices de la PNAN.

Pour ce qui est de la mise en œuvre des initiatives, la formation visera à préparer les ressources humaines à accomplir une série d'activités, dont l'analyse de cas,



le choix des bénéficiaires, le suivi des services de santé locaux et la prévention et la gestion adéquate des maladies qui affectent l'état nutritionnel ou d'autres aspects des conditions alimentaires et qui agissent comme des facteurs de risque dans le développement de maladies chroniques, surtout des maladies chroniques non transmissibles.

La formation du personnel en matière de planification, de coordination et d'évaluations des initiatives doit constituer la base de la coordination avec d'autres secteurs dont les activités sont directement liées à l'alimentation et à la nutrition. Les professionnels devront aussi pouvoir apporter une collaboration technique à la demande d'autres sphères gouvernementales afin de normaliser les concepts et les procédures.

RÉSULTATS

En 1999, plus de 130 millions de reals ont été investis dans la mise en œuvre des lignes directrices de la PNAN. On a prévu, pour 2000, un investissement de 176 millions de reals. Les mesures adoptées en 1999 ont permis d'atteindre des résultats satisfaisants, notamment :

- Plus de 86 % des municipalités brésiliennes (4 722) étaient admissibles à l'incitatif financier pour lutter contre les carences nutritionnelles dans le cadre du PAB;
- Plus de 563 000 enfants de 6 à 23 mois à risque nutritionnel, soit 92 % du nombre prévu, ont reçu régulièrement des compléments alimentaires riches en protéines et en calories;
- On a fourni régulièrement et fréquemment des compléments alimentaires et d'autres services nutritionnels à 281 000 enfants d'autres âges, femmes enceintes et personnes âgées;

- On a administré quatre millions de mégadoses de vitamine A aux enfants de 6 à 59 mois dans les régions endémiques, comme le nord-est et la vallée de Jequitinhonha;
- On a distribué 673 000 bouteilles de fer, par l'intermédiaire des agents de santé communautaires de 512 municipalités dans le nord;
- On a mené 15 études sur l'état nutritionnel et enquêtes sur des carences nutritionnelles à l'échelle nationale et élaboré la table de composition alimentaire brésilienne;
- On a élaboré des guides alimentaires en fonction de la diversité régionale. On a aussi produit et distribué des documents d'information sur une bonne alimentation et le poids santé à l'intention de la population en général et aux fins de formation des enseignants;
- On a mis sur pied la base de données sur l'alimentation et la nutrition qui peut être consultée auprès de la ligne info-santé dont 80 agents ont été formés pour des renseignements;
- On a mis en place des accords avec les États pour renforcer la coordination en matière d'alimentation et de nutrition;
- On a procédé à l'enrichissement des farines de blé et de maïs en fer, conformément à l'engagement social de réduire l'anémie par carence en fer au Brésil, qui a été signé avec l'industrie alimentaire.

* Texte scientifique, technique du ministère de la Santé.

©2005 Faculté de santé publique, Université de São Paulo

715, Avenida Dr. Arnaldo

01246-904 São Paulo (SP) Brésil

Téléphone/Télécopieur : +55 11 3068-0539

revsp@org.usp.br



GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-STRUCTURÉ

Processus de formulation d'une politique nationale d'alimentation et de nutrition

ÉTAPE DE LA FORMULATION

- 1) À votre avis, quand est-ce que la question de l'alimentation et de la nutrition est devenue une priorité au Brésil? Pourquoi?
- 2) À votre avis, quels sont les facteurs (politiques, économiques et sociaux) qui ont influencé l'approbation de la PNAN en 1999?
- 3) Quels étaient les acteurs qui ont, d'une manière ou d'une autre, contribué à la formulation de la politique nationale sur l'alimentation et la nutrition (gestionnaires d'organismes publics, conseils des droits, ONG, universités, etc.)?
- 4) Est-ce que d'autres secteurs, outre le secteur de la santé, ont pris part aux discussions sur l'élaboration des politiques?
- 5) Est-ce que les lignes directrices de la Politique nationale d'alimentation et de nutrition ont fait l'objet de discussions et de négociations? De quelle manière?
- 6) Quelles ont été les préoccupations pertinentes de la phase de formulation de la Politique nationale d'alimentation et de nutrition?
- 7) Avant la Politique nationale d'alimentation et de nutrition, a-t-on mis en oeuvre, au niveau fédéral, des programmes, des projets ou des mesures visant la prévention et le contrôle des MCNT? Quels étaient-ils?
- 8) Est-ce que ces programmes ont donné des résultats? Pourquoi ont-ils été modifiés? Qui a décidé d'y apporter des changements?
- 9) Quel était le niveau de priorité accordé à la prévention et au contrôle des MCNT liées à l'alimentation et la nutrition? Pourquoi a-t-on accordé ce niveau?
- 10) Quelles étaient les questions prioritaires et les options stratégiques déterminées dans la proposition de prévention et de contrôle des MCNT de la Politique nationale d'alimentation et de nutrition?
- 11) Quels étaient les principaux obstacles ou défis du processus d'élaboration d'une proposition de la prévention et du contrôle des MCNT liées à l'alimentation et la nutrition?
- 12) Est-ce que la proposition a fait abstraction de certaines demandes ou de certains secteurs? Pourquoi?
- 13) À votre avis, quel est le plus grand mérite de la proposition de prévention et de contrôle des MCNT de la Politique nationale d'alimentation et de nutrition?
- 14) À votre avis, quelle est la plus importante lacune de la proposition de prévention et de contrôle des MCNT de la Politique nationale d'alimentation et de nutrition?



Annexe 3

Clause de consentement libre et éclairé

Madame/Monsieur,

Nous venons, par la présente, solliciter, votre participation à une enquête intitulée « **Inventaire des initiatives de surveillance, de prévention et de contrôle des maladies chroniques non transmissibles au Brésil, de 1999 à 2005 : Soutien à la formulation d'une politique nationale de surveillance intégrée** » qui est menée par le Secrétariat de la surveillance de la santé (SVS) du ministère de la santé et coordonnée par le Secrétariat de la surveillance de la Santé et la Coordination nationale des maladies non transmissibles du ministère de la Santé, sous les conseils de la professeure Denise Bomtempo Birche de Carvalho, de l'Université de Brasilia.

La présente enquête a pour objectifs : 1) de dresser l'inventaire des initiatives gouvernementales en matière de prévention et de contrôle des maladies chroniques non transmissibles (MCNT) au niveau fédéral selon les cinq axes fondamentaux du secteur de la santé publique, à savoir la Politique nationale d'alimentation et de nutrition (PNAN), la Politique nationale de lutte contre le tabagisme, la prise en charge du diabète et de l'hypertension, l'activité physique et la surveillance, et 2) d'analyser le processus de formulation des initiatives visant la protection et la promotion de la santé. L'analyse des données se fera par la reconstitution des éléments fondamentaux des politiques et des critères qui interviennent dans la prise de décisions relatives à l'élaboration de l'initiative de prévention et de contrôle des maladies chroniques non transmissibles.

Tous les participants à cette étude ont été déterminés, dans le cadre d'une vaste recherche sur la prévention, le contrôle et la surveillance des maladies chroniques, comme étant des personnes-ressources importantes en raison de leur participation active, de leur connaissance et de leur expérience. De ce fait, leur contribution à la formulation des politiques publiques dans le domaine des maladies chroniques au Brésil est essentielle.

Si vous acceptez de collaborer à l'enquête, nous vous demanderons de consacrer un peu de votre temps à un entretien pour nous donner votre point de vue en tant qu'intervenant dans la formulation et le processus d'approbation de la politique selon les cinq axes de recherche.

L'entretien durera 90 minutes et aura lieu à un endroit et un moment appropriés à la confidentialité pour protéger votre anonymat. Considérant les caractéristiques de l'étude, il serait peut-être nécessaire d'avoir plus qu'une réunion afin d'atteindre l'objectif de la recherche. Les entretiens seront réalisés par deux chercheurs qualifiés : l'un mènera l'entretien et l'autre prendra des notes. Les entretiens pour lesquels nous demandons votre consentement préalable seront enregistrés avec un magnétophone à cassettes. Cette méthode est celle qui nous permet le mieux de cerner votre contribution. Toutefois, si vous jugez qu'une partie de votre contribution n'a pas été enregistrée, vous pourrez en informer les interviewers. Ensuite, les entretiens seront transcrits par un personnel qualifié.

Les renseignements que vous fournissez, ainsi que vos données personnelles seront tenus confidentiels. Une fois que les entretiens seront transcrits, la bande



d'enregistrement sera effacée et les transcriptions n'indiqueront pas votre nom ou l'institution que vous représentez. Un code sera attribué et conservé dans un endroit sûr auquel seul le personnel chargé de la recherche aura accès.

Les résultats de la recherche peuvent être diffusés ou publiés dans des rapports ou des documents scientifiques de portée nationale ou internationale. Aucun nom ne sera mentionné.

Bien que votre participation à cette étude n'occasionne pour vous aucun risque ni aucun avantage potentiel, elle est précieuse pour le développement de la santé publique dans le pays.

Comme votre participation au projet est volontaire, vous pouvez la refuser ou y mettre fin à tout moment. Le refus de participer à l'étude n'engendra aucune pénalité, ni n'interférera dans vos relations avec les interviewers ou les établissements participants. Vous aurez, d'autre part, accès aux résultats finaux de la recherche.

Si vous avez besoin de plus amples renseignements sur l'étude, veuillez nous appeler au numéro de téléphone ci-dessous.

D^e Deborah Carvalho Malta
Coordination générale de lutte contre les maladies non transmissibles
Département d'analyse de la situation de la santé
Secrétariat de la surveillance de la santé
Ministère de la Santé
Téléphone : (61) 315-3784
Télécopieur : (61) 315-3498

Professeure Denise Bomtempo B. de Carvalho
Université de Brasilia
Institut des sciences humaines
Département des services sociaux
Téléphone : (61) 307-1818 ou 307-2290, poste 217
birche@terra.com.br

*Je, soussigné, _____, atteste que j'ai lu et compris les explications données dans la lettre d'invitation à participer à une enquête intitulée « **Inventaire des initiatives de surveillance, de prévention et de contrôle des maladies chroniques non transmissibles au Brésil, de 1999 à 2005 : Soutien à la formulation d'une politique nationale de surveillance intégrée** » qui est menée par le Secrétariat de la surveillance de la santé (SVS) du ministère de la Santé et coordonnée par le Secrétariat de la surveillance de la santé et la Coordination nationale des maladies non transmissibles du ministère de la Santé, sous les conseils de la professeure Denise Bomtempo Birche de Carvalho, de l'Université de Brasília.*

Je comprends que je prendrai part à un entretien de 90 minutes qui sera enregistré et transcrit. Par ailleurs, je peux, si je le veux, obtenir au préalable une copie des sujets qui seront abordés dans le cadre de l'entretien. Je comprends également que



les renseignements que je fournirai seront tenus confidentiels et que l'analyse sera divulguée ou publiée à l'échelle nationale et internationale.

Je sais que je n'encourrai aucun risque connu ni aucun coût financier en participant à cette enquête. D'ailleurs, je peux décider de refuser ma participation ou d'y mettre fin à tout moment.

J'ai lu et compris la lettre d'information ainsi que la présente clause de consentement. Je sais que je peux communiquer par téléphone avec les coordonnateurs de l'étude si j'ai besoin de plus amples renseignements.

OUI, j'accepte de participer à cette étude à titre de personne-ressource.

_____	_____	_____
NOM DE LA PERSONNE-RESSOURCE	N° D'IDENTITÉ	SIGNATURE
_____	_____	_____
NOM DU TÉMOIN	N° D'IDENTITÉ	SIGNATURE
_____	_____	_____
NOM DU COORDINATEUR	N° D'IDENTITÉ	SIGNATURE

Professeure Denise Bomtempo B. de Carvalho
Université de Brasilia
Institut des sciences humaines
Département des services sociaux
Téléphone : (61) 307-1818 ou 307-2290, poste 217
birche@terra.com.br

ISBN 978-85-334-1661-1



9 788533 416611