

Le cas du Costa Rica

*Formulation de la politique d'enrichissement
de la farine de blé en acide folique*



Rapport final de l'Observatoire CARMEN en matière de politiques relatives aux maladies non transmissibles, Costa Rica, 2006



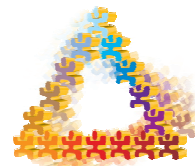
Agence de la santé
publique du Canada

Public Health
Agency of Canada



**Organisation
panaméricaine
de la santé**

Initiative conjointe du Centre collaborateur
de l'Organisation mondiale de la santé



CARMEN

Le cas du Costa Rica

Formulation de la politique d'enrichissement de la farine de blé en acide folique



ÉQUIPE DE COORDINATION ÉQUIPE TECHNIQUE

Dr Luis Tacsan Chen¹
Dre Darlyn Castañedas López²
Dre Lila Umaña³

Melany Ascencio Rivera¹, M.Sc., *Coordonnatrice*
Ana Eduvigis Sancho Jiménez¹
Fernando Herreras Canales¹, M.Sc.
Dre Guiselle Guzmán Saborío²
Lorena Agüero Sandi²
Dre Ileana Quirós Rojas²
Gabriela Solano Mora², M.Sc.
José Alberto Sequeira Guevara², M.Sc.
Marta López Hernández⁴, M.Sc.
Gioconda Padilla³, M.Sc.

ÉQUIPE D'ÉVALUATION

Dr Roberto del Aguila⁵
Jessica McDonald⁶, M.Sc.
Dr Clarence Clotney⁷

¹Direction de la recherche et du développement technologique en santé, ministère de la Santé

²Direction du développement des services de santé, Caisse costaricaine d'assurance sociale

³Institut costaricain de recherche et d'enseignement en nutrition et en santé

⁴Direction générale de la gestion régionale et du Réseau de services de santé, Caisse costaricaine d'assurance sociale

⁵Organisation panaméricaine de la santé

⁶Consultante

⁷Agence de la santé publique du Canada

TABLE DES MATIÈRES

I.	INTRODUCTION	I
II.	CONTEXTE.....	3
	Caractéristiques politiques et administratives du Costa Rica	3
	Indicateurs démographiques et indicateurs de santé	4
	L'Initiative CARMEN/CINDI	4
	Observatoire des politiques de CARMEN	5
III.	CADRE DE RÉFÉRENCE	6
	Diagramme I : Cadre analytique – Étape de formulation.	8
IV.	OBJECTIFS.....	10
V.	MÉTHODOLOGIE	11
VI.	ANALYSE DES RÉSULTATS.....	15
	Contexte dans lequel apparaît la politique	15
	Modèle économique et sécurité alimentaire.	15
	Réforme de l'État et réforme du secteur de la santé	17
	Situation économique au pays en 1996	17
	Situation de la santé en 1996.	18
	Évolution de la nutrition dans la population	18
	Reconnaissance du problème et action gouvernementale.	20
	Piste de solution	21
	L'expérience de l'enrichissement des aliments au pays	21
	L'influence des forums internationaux.	23



Processus de négociation de la politique	24
Première étape : Établir une base de preuves scientifiques et des partenariats stratégiques.	24
Deuxième étape : Forger le partenariat technique et politique.	26
Diagramme 2 : Réseau de conditions et facteurs qui ont facilité la formulation de la politique.	29
Troisième étape : Rencontrer les industriels.	30
Diagramme 3 : Réseau de conditions et facteurs qui ont facilité la formulation de la politique.	34
Conception de la politique en vue de sa mise en œuvre	34
Préciser les critères de réglementation	34
La rédaction du décret.	37
Diagramme 4 : Approbation de la politique	39
Tableau 1 : Niveaux d'enrichissement selon le décret	39

VII. CONCLUSIONS 40

Diagramme 5 : Participation des acteurs dans la formulation de la politique	41
Diagramme 5 : Articulation des approches et nouvelles pratiques pour la formulation de politiques publiques.	43

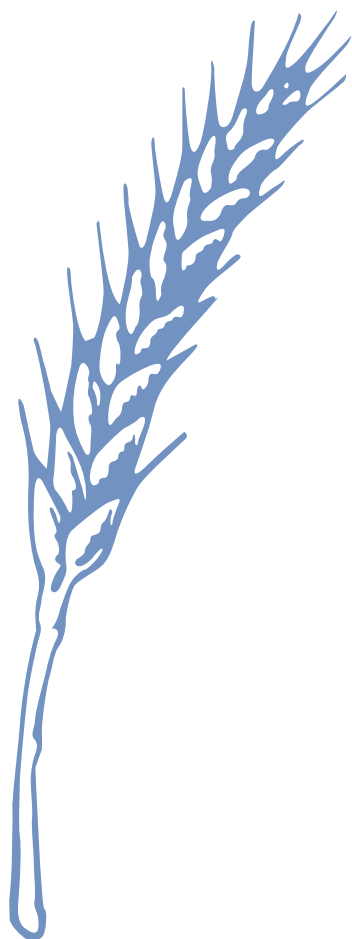
VIII. LEÇONS APPRISSES 45

IX. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES 47

X. ANNEXES 51

Annexe 1 : Guide pour la révision et l'analyse documentaire et l'entrevue approfondie	52
Annexe 2 : Lettre à l'intention des répondants et répondantes clés.	55
Annexe 3 : Formulaire de consentement éclairé	56
Annexe 4 : Intentions, capacités, besoins, alliances et conflits des divers acteurs au moment de la formulation de la politique	57





I. INTRODUCTION

Les maladies non transmissibles sont devenues l'un des principaux problèmes de santé publique dans de nombreux pays; au Costa Rica c'est la principale cause de mortalité générale. C'est ce qui a motivé une série d'initiatives axées sur la prévention, notamment l'établissement du réseau CARMEN auquel le Costa Rica a adhéré en 2000.

L'ensemble d'actions pour la réduction multifactorielle des maladies non transmissibles (CARMEN) est une initiative d'approche intégrée des maladies chroniques non transmissibles (MNT) qui a été lancée dans de nombreux pays et qui a servi de base pour la formulation de politiques et d'interventions efficaces en vue de la prévention et du contrôle de ce type de maladies en Amérique latine et dans les Caraïbes.

En 2003, le réseau CARMEN, dont l'objectif est de promouvoir un programme commun de prévention intégrée des MNT au moyen d'une coopération technique accrue entre les pays des Amériques, lance la création d'un observatoire des politiques relatives aux maladies non transmissibles (OPMNT), avec l'appui du Centre collaborateur de l'OMS pour la formulation des politiques (Canada), en vue de concevoir peu à peu une culture de formulation de politiques basée sur des preuves.

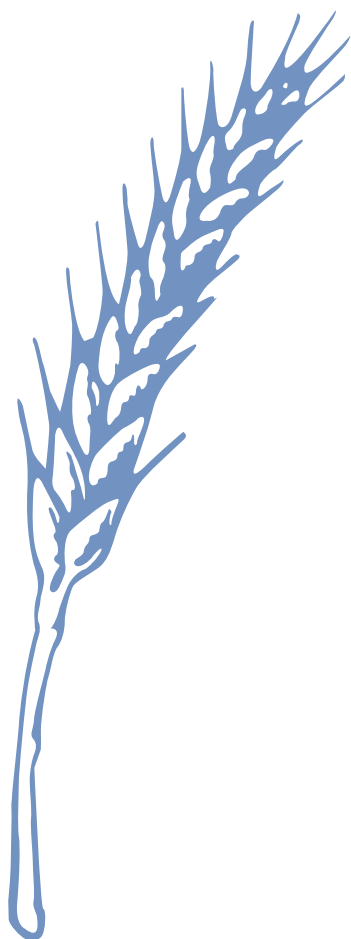
Le Costa Rica, membre du réseau CARMEN, a pris l'engagement, de concert avec le Canada et le Brésil, de lancer la création de l'Observatoire des politiques relatives aux MNT en se basant sur des études de cas visant la formulation et l'approbation de politiques publiques dans le domaine de la nutrition qui permettraient d'analyser et de comparer ces processus dans les trois pays. Au Costa Rica, on a choisi d'effectuer une analyse rétrospective de l'expérience de formulation, de négociation et d'approbation de la politique d'enrichissement de la farine en acide folique, étant donné qu'il s'agit d'une politique qui permet de réduire les malformations congénitales. Cette politique sert de base au développement du projet commun aux divers pays participants.

Le présent document a pour objet de présenter les résultats des recherches effectuées à propos de cette étude de cas, afin de produire des preuves pour la formulation de politiques en matière de santé. Cette étude de cas invoque une politique déjà approuvée qui a démontré son



impact sur la réduction de la prévalence de femmes accusant un déficit en folates et sur l'incidence des malformations du tube neural. Les recherches ont donc permis de remettre les choses en contexte, de décrire en détail les éléments du processus qui ont favorisé son approbation ou l'ont entravée, les secteurs qui y ont participé et les négociations et intérêts de ceux-ci, tout comme les certitudes et doutes de l'État durant ce processus.

Le présent document constitue un apport fondamental en ce sens qu'il explique la pertinence de l'instauration de l'Observatoire des politiques relatives aux maladies non transmissibles dans notre pays, comme un mécanisme d'analyse et d'évaluation des politiques publiques en matière de santé. Le pays soumet donc ses processus de formulation et approbation de politique publique à des règlements systématiques qui offrent de l'information scientifique, opportune et actualisée, pour aborder la problématique de la santé avec efficacité et efficience.



II. CONTEXTE

Caractéristiques politiques et administratives du Costa Rica

Le Costa Rica est situé en Amérique centrale. Il s'étend sur 51 100 km², est limité au nord par le Nicaragua, au sud-est par le Panamá, à l'est par la mer des Caraïbes et à l'ouest par l'océan Pacifique. Du point de vue politique et administratif, le territoire national est divisé en 7 provinces et en 81 cantons; toutefois, pour des raisons de planification, il est divisé en 6 régions : Centre, Pacifique centre, Chorotega, Brunca, Huetar Nord et Huetar Atlantique.

C'est un pays démocratique dont les fondements juridiques, économiques et sociaux reposent sur la Constitution politique de la République qui date de 1949, année de l'abolition de l'armée (MS, 2002).

Trois pouvoirs distincts et indépendants entre eux, soit législatif, exécutif et judiciaire, se partagent le pouvoir. Le pouvoir législatif est exercé par l'Assemblée législative. Le pouvoir exécutif est, comme son nom l'indique, l'organe exécutant de l'État et c'est le président de la République et ses ministres qui l'exercent au nom du peuple. Le pouvoir judiciaire est exercé par la Cour suprême et les tribunaux créés par la législation. Les représentants des deux premiers pouvoirs sont élus au suffrage universel tous les quatre ans.

Le secteur de la santé est constitué par le ministère de la Santé (MS), par la Caisse costaricaine d'assurance sociale (CCSS), par l'Institut costaricain des aqueducs et égouts, par l'Institut national des assurances, par les universités et par les municipalités.

Le ministère de la Santé est responsable de la santé dans le pays, laquelle a été renforcée à partir de 1994 par suite du rajustement structurel qui a abouti à la restructuration du secteur de la santé. À partir de cette année-là, le ministère de la Santé a exercé la direction et la conduite du secteur en tant que processus politique et opérationnel de la production sociale de la santé, grâce à la participation des organisations de la société civile et politique à l'identification des problèmes de santé et dans la conception et l'exécution des interventions.

D'autre part, la CCSS est chargée des services intégrés directs aux personnes et exécute pour ce faire des actions de promotion de la santé, de prévention, de prestation de soins et de réhabilitation.

Indicateurs démographiques et indicateurs de santé

En 2004, la population totale du Costa Rica était de 4 248 508 habitants dont 50,8 % étaient de sexe masculin et 49,2 % de sexe féminin. La majeure partie de la population est concentrée dans les zones urbaines (71,3 %). Cette année, la population accusait une croissance de 2,8 % (INEC, 2005).

Selon le recensement de la population effectué en 2000, la structure de la population costaricaine tend au vieillissement, une baisse de la population des moins de 15 ans ayant été constatée par rapport à 1950, tandis que la population des 56 ans et plus augmentait. Le rapport de dépendance pour l'année 2004 était de 60/100 habitants (INEC, 2001).

D'autre part, l'espérance de vie de la population costaricaine à la naissance a augmenté, passant de 76,0, en 1996, à 77,4, en 2000, et à 78,4 en 2004. L'an dernier, elle était de 81,0 pour les femmes et de 76,2 ans pour les hommes (MS, 2005).

Le taux de mortalité infantile est faible, avec 9,2/1000 naissances, et en baisse. En 2004, le taux de mortalité générale est demeuré stable mais faible (3,7/1000 habitants.)

En ce qui concerne la mortalité générale le groupe des maladies du système circulatoire (10,5/10 000 hab. en 2003) s'est maintenu pendant plus de 10 ans en première place, suivi par les tumeurs (8,2/10 000 hab.), ce à quoi il faut s'attendre étant donné qu'en augmentant l'espérance de vie à la naissance on augmente l'exposition des personnes à des facteurs de risque de maladies chroniques tels qu'un régime inapproprié, le sédentarisme, le tabagisme et le stress, entre autres. Parmi ce groupe de causes les principales étaient les maladies cardiaques ischémiques et les maladies cérébrovasculaires qui sont étroitement liées aux styles de vie (MS, 2005).

L'Initiative CARMEN/CINDI

Les maladies non transmissibles (MNT), en tant que problème de santé, ont suscité une série d'actions visant leur prévention, tant en Europe avec le Programme national intégré de prévention des maladies non transmissibles (CINDI) que dans les pays de l'Amérique latine et des Caraïbes avec l'Initiative CARMEN.

Ces deux programmes encouragent la mise en œuvre de la Stratégie santé pour tous de manière pratique, en fournissant aux pays participants

« une méthode ou un cadre de référence pour réaliser des activités visant à modifier les facteurs déterminants de la santé, de caractère social et environnemental, ainsi que pour prévenir et contrôler les facteurs de risque communs à une série de MNT, notamment le tabagisme, l'hypertension artérielle et la consommation excessive d'alcool » (OPS, 1997).

CARMEN repose sur le principe de l'action intersectorielle, multidisciplinaire et communautaire, qui confie à tous les secteurs compétents la responsabilité de créer des environnements socioéconomiques, physiques et culturels de nature à promouvoir la santé et faciliter le choix d'un style de vie sain.

Cette initiative a pour but d'améliorer la santé de la population en abaissant les taux de morbidité et de mortalité au moyen d'actions visant la prévention et la promotion de la santé, en réduisant les facteurs de risque communs aux MNT, comme une alimentation inappropriée, l'abus d'alcool, l'inactivité physique et le stress psychosocial (Morice, 1998).

Au Costa Rica, ce programme dépend du Comité exécutif national, représenté par le ministère de la Santé (coordinateur), le ministère de l'Éducation, l'Institut costaricain de recherche et d'enseignement en nutrition et en santé (INCIENSA), l'Institut de l'alcoolisme et de la pharmacodépendance, la Caisse costaricaine d'assurance sociale, l'Institut de nutrition de l'Amérique centrale et du Panama (INCAP-OPS) et la représentation de l'OPS au Costa Rica. Ses actions proposent d'établir une structure organisationnelle et fonctionnelle qui, par une

approche multisectorielle et au moyen d'alliances stratégiques, permettra de formuler les politiques et lignes directrices nationales de l'initiative dans le pays, et donc le développement d'un

«... travail intégré, interinstitutionnel et multidisciplinaire qui agira sur les facteurs déterminants des maladies non transmissibles, tant individuelles que collectives » (MS, 2000).

À la fin de 1999, cette initiative a été mise en application dans le canton Central de la province de Cartago, avec des actions et résultats importants. En 1998, le projet a été inclus dans les lignes directrices de la Politique nationale de santé pour la période 1998-2002 (MS, 1999).

Observatoire des politiques de CARMEN

Les pays des Amériques font face à des défis de réglementation communs en matière de politiques pour la prévention des MNT, étant donné l'existence actuelle de lacunes d'importance fondamentale dans les connaissances sur l'efficacité de certaines politiques et la rareté de données pertinentes de nature à renseigner les personnes responsables de prendre des décisions et les représentants des organismes de la région (OPS et al., 2005).

Étant donné ces défis et la nécessité d'acquérir des compétences dans l'analyse et l'évaluation systématiques des politiques et afin d'appuyer les responsables de la formulation de politiques efficaces et intégrées de prévention des MNT, en novembre 2003, lors de la réunion du réseau CARMEN, tenue au Brésil, les États membres de l'OPS ont demandé au Canada, par l'intermédiaire de son Centre collaborateur de l'OMS pour la formulation des politiques de prévention des MNT, de jouer un rôle primordial dans l'établissement d'un observatoire des politiques relatives aux MNT dans les Amériques.

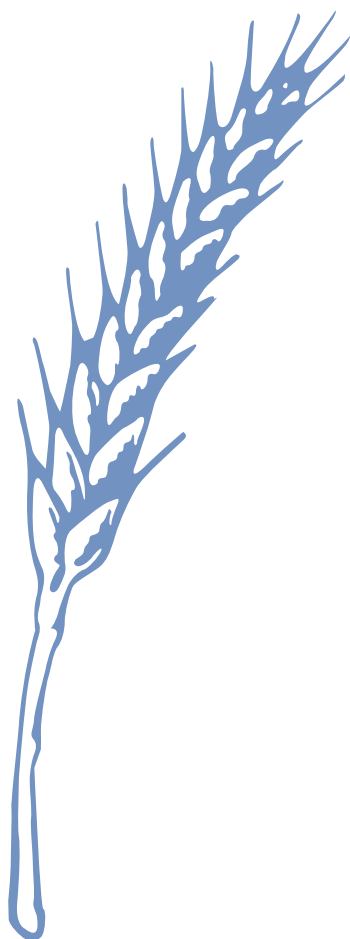
Les objectifs de l'Observatoire sont les suivants :

- Appuyer la formulation de politiques efficaces et intégrées de prévention des MNT, au moyen de l'analyse systématique

des processus énumérés dans la formulation, l'adoption et l'exécution de ces politiques, et en associant cette analyse à l'évaluation des programmes et interventions établies par l'intermédiaire de ces politiques.

- Renforcer la collaboration multisectorielle dans l'adoption de politiques complémentaires qui maximiseront la prévention des MNT.
- Accorder une place plus importante à la prévention des MNT dans le programme de responsables de la formulation des politiques.

La mise en œuvre de l'Observatoire en utilisant le cas de l'enrichissement des aliments en acide folique est conforme aux objectifs nationaux établis dans le Plan national d'alimentation et de nutrition 2004-2008 (MS et al., 2004) dans sa Politique n° 3, *Prévention et contrôle intégré et intersectoriel de la malnutrition, avec opportunité, qualité et approche de la problématique hommes-femmes : stratégies 3.3, 3.4, 3.5*, et dans le Programme national de recherche et de développement technologique en santé 2005-2010 (MS, MICIT, UCR, 2004), dans les domaines *des systèmes et politiques en santé (action stratégique n° 5) et de l'alimentation et de la nutrition (actions stratégiques n°s 5 et 6)*. Par ailleurs, une nouvelle approche est ainsi définie dans le travail relatif aux maladies non transmissibles, ce qui assure une plate-forme pour de futures recherches, le travail conjoint dans l'élaboration de politiques publiques en santé et la prise de décisions dans les pays et entre les agences de santé, institutions ou autres organismes internationaux.



III. CADRE DE RÉFÉRENCE

Le cadre de référence utilisé comme guide pour cette recherche a été celui que proposait l'Observatoire des politiques relatives aux maladies non transmissibles CARMEN (Clottey, 2005). Dans cette proposition, on se base sur le cycle des politiques compris dans quatre étapes consécutives qui débutent avec la formulation, suivie par la mise en œuvre, puis l'évaluation et, enfin, la rétroalimentation de la politique. Aux fins de cette recherche, l'accent est mis sur l'étape initiale du cycle, la formulation de la politique qui oriente les actions à développer, et ses trois phases :

- Établissement du programme : comprend la reconnaissance du problème et son insertion dans le programme.
- Définition du problème : suppose la formulation du problème depuis ses causes et les solutions possibles pour y remédier.
- Prise de décisions : comprend le moment auquel les responsables de la formulation des politiques décident d'adopter une politique pour faire face au problème.

Dans cette première étape du cycle, on distingue aussi trois moments différents qui permettent de savoir comment a été formulée la politique, comment elle a été négociée pour la rendre viable et comment elle a été approuvée.

Quant à elle, la proposition de l'Observatoire envisage l'approche de six concepts de base, tous en interaction les uns avec les autres, qui confèrent des caractéristiques particulières à chaque processus de formulation de politique publique. Ce sont le contexte, les idées, les intérêts et les conflits de politique, les institutions et les organismes du gouvernement, les instruments de politique et le plan d'action.

Le contexte tient aux conditions de vie de la population et aux ressources que possèdent les particuliers et les collectivités (dans les domaines public et privé) pour faire face aux nécessités et aux problèmes de santé. C'est là qu'apparaissent les dynamiques qui établissent l'orientation des facteurs déterminants de la santé et des maladies, qu'il s'agisse de les améliorer ou d'en occasionner la détérioration.

La réponse de la société aux nécessités et aux problèmes de santé se traduit en politiques,

programmes et services qui doivent tenir compte de ces éléments du contexte pour les formuler et en déterminer aussi la pertinence et la portée. Par conséquent, la situation politique, sociale et économique existante à un moment donné de la réflexion et du début de la formulation des politiques définira les éléments présents qui ont favorisé ou non ce processus ainsi que les forces sociales pertinentes durant celui-ci.

Les acteurs qui interviennent dans l'élaboration d'une politique ainsi que la population en général s'inspirent de valeurs et critères qui leur sont propres, en fonction de leur idéologie. Les idées représentent les croyances et les valeurs des différents groupes et particuliers, ce qui reflète les différentes positions par rapport à un thème ou problème et qui définit l'orientation des politiques. De même, les recherches existantes sur les questions relatives à la politique fournissent des renseignements non seulement sur les aspects enquêtés mais aussi sur l'approche et les valeurs implicites qu'elle contient.

Donc, si les idées sont partagées, acceptées et pertinentes pour des groupes importants, elles sont à l'origine de la formulation d'une politique publique.

Tout comme les idées, les intérêts particuliers tiennent compte de la formulation d'une politique. Quand une série d'intérêts convergent et agissent les uns avec les autres dans différents groupes ou sur un thème donné, ils deviennent en quelque sorte des réseaux de politique.

Les intérêts sont présents tant dans le domaine public que dans le domaine privé. Les groupes et individus ayant des intérêts déterminés deviennent des groupes d'intérêt et agissent les uns avec les autres tant dans les structures formelles que dans les structures informelles.

Ces groupes ont des ressources et des formes différentes d'interaction :

« Les groupes d'intérêt essayent constamment de présenter leur point de vue sur un problème qui les concerne, au responsable de la formulation des politiques correspondantes. Quelques-uns de ces groupes sont bien organisés et disposent de ressources significatives. Souvent, cette capacité

leur permet d'être pris en ligne de compte dans le processus de formulation de politiques de préférence à d'autres groupes dotés de moins de ressources. Jusqu'à un certain point, les gouvernements dépendent de groupes d'intérêt qui disposent de ressources importantes pour les aider à prendre une décision en fonction d'un problème spécifique » (OPS, 2005).

Quand un gouvernement décide d'établir ou d'accepter un sujet dans un ordre du jour pour discussion et éventuelle formulation d'une politique, il le fait au moyen de ses institutions :

« Ce sont les structures et processus formels au moyen desquels les responsables de la formulation des politiques prennent des décisions au sujet des questions de politique publique. Les structures formelles incluent les pouvoirs exécutif, législatif et judiciaire du gouvernement ainsi que son administration, les règles formelles créées au moyen de la législation, les règlements et les décisions judiciaires et les structures (départements, organismes) et processus formels élaborés par les divers pouvoirs du gouvernement » (OPS, 2005).

Les institutions peuvent ou non, en fonction de l'organisation du gouvernement, agir en harmonie, de façon que les divers secteurs établissent leurs politiques et répondent ou non de façon intégrée pour aborder une nécessité ou un problème de santé, directement ou par le biais de leurs facteurs déterminants.

Par ailleurs, le gouvernement utilise une série d'instruments de politique, qui sont la combinaison des ressources qu'il décide d'utiliser pour régler une question politique. Il s'agit d'un intrant et d'un résultat d'activités du gouvernement. Ce sont les outils tels que la législation, la réglementation au niveau national ou international. Ces outils peuvent avoir un pouvoir de contrainte.

L'efficacité des instruments est associée au contexte dans lequel ils s'appliquent ainsi qu'au milieu dominant au moment de la formulation et de l'application.

Pour qu'une politique soit efficace, il faut que fonctionne un plan, qui se réfère à l'interaction des politiques des différents secteurs du gouvernement,

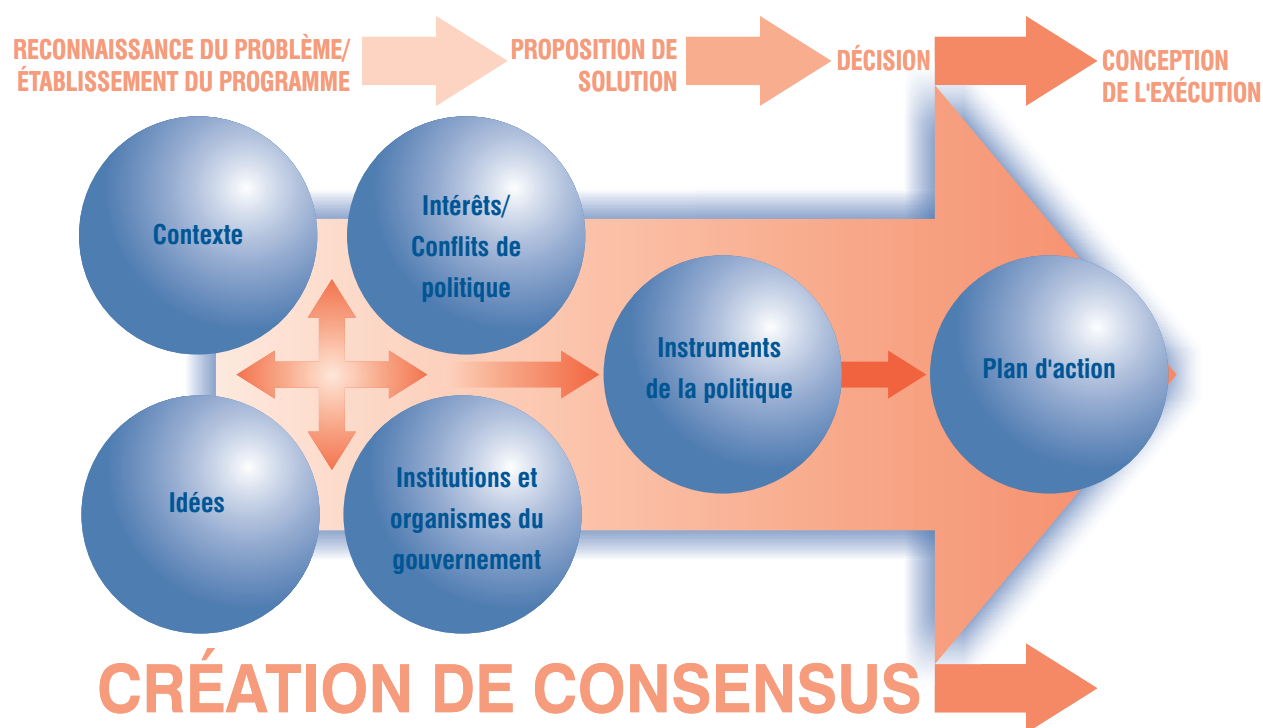
permettant ainsi d'atteindre un résultat sur le plan de la santé, spécialement en réduisant la charge des principales maladies ou états de santé dans la population, étant donné qu'elles agissent sur leurs facteurs déterminants.

L'observation de l'interaction de cet ensemble d'éléments favorise l'analyse systématique de ceux qui facilitent et de ceux qui entravent la formulation et l'exécution de la politique qui nous occupe. Elle contribue également d'une certaine manière à la création d'un consensus qui permet d'aboutir à la phase finale de la formulation de la politique. C'est ce qu'illustre le Diagramme I en résumant tous les éléments mentionnés ci-dessus.

des particuliers et des groupes qui appartiennent à un système social complexe y participent d'une manière ou d'une autre. On y trouve les expressions individuelles et collectives de l'identité nationale, l'ethnie, la culture, les formes d'acquisition de biens et services, la structure économique différenciée, les mécanismes de choix public, l'organisation de groupes collectifs, entre autres (Ayala, 1997).

C'est pour cette raison que la formulation d'une politique entraîne une série d'éléments qui tiennent compte de la complexité des relations sociales, de la répartition inégale des ressources et du pouvoir, ce qui oblige à utiliser différents mécanismes pour sa formulation et sa négociation.

Diagramme I : Cadre analytique – Étape de formulation



Source : Centre collaborateur de l'OMS sur les politiques relatives aux MNT, Agence de la santé publique du Canada et OPS. Projet de rapport sur la méthodologie. 18 mars 2005.

On peut affirmer que la formulation de politiques est la réponse de l'État pour satisfaire aux besoins et réglementer les interactions de la population. C'est en effet à l'État qu'il incombe de prendre les décisions politiques. Cependant,

groupes et particuliers au cours desquelles sont exprimées une série d'idées et d'intérêts qui vont aussi déterminer des alliances et des conflits. C'est ce qu'on appelle des acteurs sociaux que l'on définit ainsi :

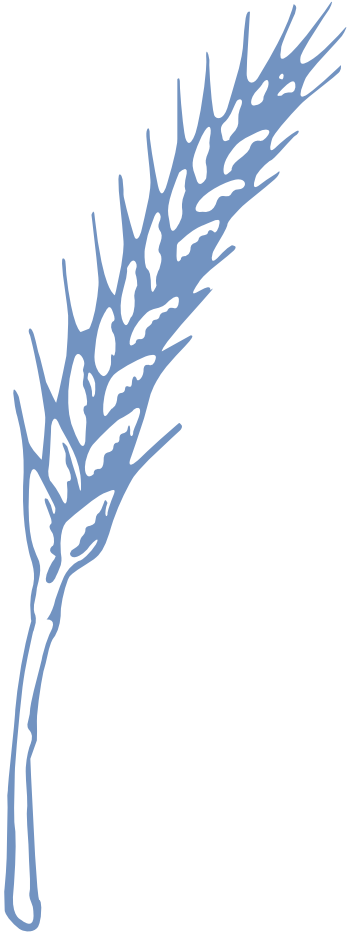
« les sujets individuels ou collectifs qui, en fonction de leurs intérêts, ont la capacité d'intervenir de

façon significative dans la situation, ou bien qui ont, grâce à leur pouvoir, les ressources qui en font des acteurs déterminants dans le processus d'élaboration des politiques » (Purcallas, 1979, p. 231).

Il faut, durant l'analyse de la politique, apprendre à connaître les acteurs en question, grâce à la formulation, à la négociation et à l'approbation de celle-ci. Purcallas (1979) propose de réfléchir aux caractéristiques suivantes des acteurs sociaux :

- a. **Intentions** : Inclut leur idéologie, leurs projets utopiques, leurs plans concrets, leurs tendances et réactions face à des situations antérieures et leurs valeurs. Cela leur permet de comprendre la valeur que chaque acteur a pu accorder à la formulation de la politique.
- b. **Capacités** : Il s'agit du pouvoir politique de chaque acteur, des ressources dont il dispose, de sa créativité, de sa façon d'intervenir et de sa manière de travailler. C'est ce qui révèle le comportement et les ressources que gère chaque acteur, lesquelles donnent un certain poids politique à la formulation de la politique.
- c. **Besoins** : Il s'agit des exigences exprimées dans leurs plans, de leurs demandes et insatisfactions les plus évidentes. C'est ce qui permet de comprendre l'intérêt que pouvait avoir chaque acteur dans l'établissement d'une politique donnée.
- d. **Alliances et conflits** : il s'agit là des affinités ou désaccords avec d'autres acteurs, de leur capacité de leadership et de mobilisation d'autres acteurs en fonction de leurs intérêts. C'est ce qui permet de comprendre les possibilités de forger le consensus requis en vue de la formulation de la politique.

L'identification des acteurs sociaux et l'analyse de la manière dont se conjuguent les caractéristiques antérieures pour faciliter ou entraver la formulation de la politique d'enrichissement de la farine en acide folique est ce que nous voulions mettre en évidence au moyen de cette recherche. Ce sont là les objectifs de la recherche.



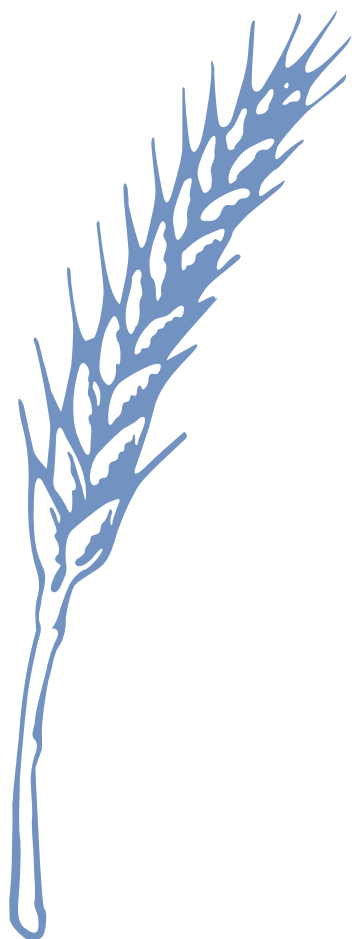
IV. OBJECTIFS

Objectif général

Analyser la formulation, la négociation et l'approbation de la politique d'enrichissement de la farine en acide folique au Costa Rica afin de créer des preuves en vue de la formulation de politiques en matière de santé.

Objectifs spécifiques

1. Identifier le processus de la formulation, de la négociation et de l'approbation de la politique d'enrichissement de la farine de blé en acide folique.
2. Explorer les principales conditions et les facteurs qui ont influé sur la formulation et l'approbation de la politique d'enrichissement de la farine de blé en acide folique.
3. Reconnaître les leçons apprises durant la conception, la mise en œuvre et l'approche interinstitutionnelle et intersectorielle dans la formulation et l'approbation de la politique d'enrichissement de la farine de blé en acide folique.



V. MÉTHODOLOGIE

Cette recherche a été effectuée conformément à la méthodologie qualitative proposée pour l'Observatoire des politiques relatives aux maladies non transmissibles, en fonction de l'étude de cas. Les études de cas se définissent ainsi :

« Descriptions et analyses intensives d'une seule unité ou d'un système délimité, comme un individu, un programme, un événement ou un groupe, ou encore une intervention ou la communauté » (OPS, 2005).

Comme nous l'avons déjà dit, le cas du Costa Rica correspond à la formulation et à l'approbation de la politique d'enrichissement de la farine de blé en acide folique. À l'aide de la méthodologie qualitative de recherche, on a cherché à adopter une approche plus approfondie et exhaustive de la nature, des circonstances, du contexte et des caractéristiques de ce phénomène.

Pour effectuer la recherche, on a constitué une équipe de neuf chercheurs, fonctionnaires du ministère de la Santé, de la Caisse costaricaine de sécurité sociale et de l'Institut costaricain de recherche et d'enseignement en nutrition et en santé. Ces chercheurs ont reçu au préalable une formation dans la méthodologie qualitative et ils ont été aidés par une personne experte en recherche qualitative dans les différentes étapes du processus.

Sources d'information

Les sources d'information sélectionnées étaient les suivantes : documents relatifs au thème donné et répondants clés. Ces sources ont été choisies de manière à pouvoir obtenir des données comparables en raison de la diversité des perspectives qu'elles présentent. Les techniques utilisées étaient l'examen et l'analyse documentaire, combinées à des entrevues approfondies avec les répondants clés.

Examen et analyse de documents

Des documents techniques, des plans gouvernementaux, des rapports officiels, de la correspondance datant de la période étudiée, des articles de la presse écrite, des décrets et d'autres

documents, notamment des articles publiés dans des revues scientifiques, ont été analysés. Pour la sélection des documents on a utilisé comme critère l'expertise dans la matière. Les documents consultés figurent dans la bibliographie.

On a élaboré un guide d'examen et d'analyse de la documentation et d'entrevue approfondie accompagné de concepts clés établis dans le cadre de référence (Annexe 1), ce qui a permis aux chercheurs de classer l'information obtenue.

Entrevues approfondies

La définition des entrevues approfondies était la suivante :

« ... (consiste dans) la rencontre face à face entre le chercheur et les répondants pour comprendre les points de vue des répondants en ce qui concerne leur vie, leurs expériences ou des situations qu'ils évoquent dans leurs propres mots » (Taylor et Bordan, 1998).

En tant que technique qualitative, l'entrevue ne doit pas être directive ni structurée ni normalisée et, par conséquent, elle est essentiellement ouverte. On part aussi de la prémisse que le (la) chercheur (chercheuse) est l'instrument de la recherche, au contraire du protocole ou du formulaire d'entrevue. C'est pour cette raison qu'on se base sur un guide d'entrevue qui sert à orienter la rencontre mais non à la déterminer.

Avec l'entrevue approfondie on a cherché à connaître les différentes perspectives des acteurs en jeu dans le processus de formulation et d'approbation de politique d'enrichissement de la farine de blé en acide folique de façon à retrouver la dynamique interne d'un processus complexe que constitue la formulation d'une politique publique dans un cas donné.

À cette fin, on a élaboré un guide d'entrevue comportant des questions ouvertes (Annexe 1) qui permettraient d'approfondir le sujet en suivant les concepts fondamentaux du cadre de référence :

- Contexte
- Idées
- Intérêts et pouvoir
- Institutions
- Instruments de politique
- Plan d'action de la politique.

Tant l'examen que les entrevues avec les répondants clés ont permis de contre-vérifier l'information et donc de garantir la validité interne des recherches.

Les personnes qui ont mené les entrevues ont reçu une formation tant dans la conduite de l'entrevue que dans l'observation de l'entrevue. Chaque entrevue a donc été effectuée par deux chercheurs (chercheuses), l'un(l'une) d'eux(elles) a dirigé l'entrevue tandis que l'autre l'observait, tout en notant sur un journal de recherche les éléments pertinents, et l'aidait au besoin.

Les entrevues ont été enregistrées, avec le consentement préalable de la personne avec laquelle avait lieu l'entrevue, puis transcrites par une personne formée à cet effet. Les transcriptions ont été examinées par les chercheurs qui avaient effectué les entrevues et transmises aux personnes avec lesquelles elles avaient été effectuées pour qu'elles les examinent, les corrigent ou ajoutent ce qu'elles considéraient pertinent (contrôle des membres). Les entrevues ont ensuite été analysées à l'étape de la version finale. Un code alphanumérique a été attribué à chaque entrevue pour garantir l'anonymat des répondants.

Avant d'effectuer l'entrevue, tous les répondants clés ont reçu de l'information sur la nature de leur participation à l'étude et on leur a demandé leur consentement, qui a été enregistré avec leur signature pour confirmer qu'ils en comprenaient et acceptaient les modalités dans le document correspondant (Annexe 2). On leur a garanti l'anonymat dans le même document en précisant que tout rapport quant aux résultats serait de nature générique et ne pourrait être attribué à une personne, à une organisation, à un projet ou à une institution donnée.

Sélection des répondants clés

Les personnes qui ont subi les entrevues ou répondants clés ont été sélectionnées en raison de leurs connaissances, de leur expérience et de leur travail relatif à la politique d'enrichissement de la farine de blé en acide folique dans le pays. Même si, au début, on avait songé à utiliser comme technique de sondage le sondage en boule de neige, la sélection a été effectuée en fonction de critères de l'équipe technique qui avait dirigé le processus de formulation de la politique d'enrichissement de la farine de blé en acide folique, en utilisant les réponses aux questions suivantes :

1. Qui sont les experts en matière d'enrichissement de la farine de blé?
2. Qui sont les personnes les plus expérimentées en matière de politiques d'enrichissement de la farine de blé?
3. Qui étaient, à ce moment-là, les personnes qui avaient participé au processus de formulation, de négociation et d'approbation de cette politique?

Vingt-deux personnes ont été interrogées, parmi lesquelles 20 ont accepté de subir l'entrevue

- deux hauts fonctionnaires du ministère de la Santé à ce moment-là (niveau politique);
- six techniciens du ministère de la Santé (2 médecins, 4 nutritionnistes) qui ont participé au processus de formulation de la politique ou relevaient du département de la nutrition du ministère de la Santé, à ce moment-là;
- une technologue de l'INCIENSA qui a participé à l'élaboration du sondage national sur la nutrition et au processus de formulation de la politique;
- un avocat du ministère de la Santé responsable des procédures relatives aux instruments juridiques tels que les décrets, les règlements et autres instruments de politique qui a participé au processus de formulation et d'approbation du décret portant enrichissement de la farine de blé en acide folique;

- une représentante du ministère de l'Économie qui a participé aux négociations avec les industriels et à l'élaboration du décret;
- deux représentants de l'Institut de nutrition de l'Amérique centrale et du Panama (INCAP) qui ont participé activement au processus de formulation de la politique;
- un représentant de l'UNICEF qui a conseillé l'équipe technique du ministère de la Santé à ce moment-là;
- deux techniciens qui ont travaillé dans l'industrie pharmaceutique A et qui ont participé au processus de négociation de la politique avec les industriels;
- trois personnes qui ont occupé des postes de direction dans la meunerie au moment de la formulation, de la négociation et de l'approbation de la politique;
- un directeur du regroupement des industries alimentaires qui a participé à la négociation et à l'approbation de la politique.

La coordonnatrice de l'équipe de recherche a établi par téléphone le premier contact avec les personnes sélectionnées pour l'entrevue. À cette occasion, elle leur a fourni de l'information sur l'étude de cas, elle leur avait demandé leur consentement et elle avait convenu avec elles d'un rendez-vous pour l'entrevue. La plupart des personnes sélectionnées ont subi l'entrevue une seule fois; dans le cas de deux d'entre elles, chacune a subi deux ou trois entrevues.

Analyse de données

Les journaux de recherche qu'ont utilisés les chercheurs durant les entrevues et l'examen de la documentation ont permis d'enregistrer des notes dans lesquelles chaque chercheur mentionnait ses impressions, interprétations et questions découlant du processus. L'analyse des données a donc été faite tout au long du processus de recherche et non pas postérieurement à la collecte des données.

Par ailleurs, l'équipe de chercheurs a effectué l'analyse du contenu des documents et entrevues

au moyen d'un processus de codification ouverte. Les chercheurs ont examiné de près les données, en les décomposant à l'aide de microanalyses pour trouver les sens contenus dans les mots utilisés par les personnes interrogées et les données extraites des documents. Ils ont utilisé la détection inductive systématique des sujets et tendances des données pour classer en catégories les idées et les concepts qui apparaissaient en fonction de leurs caractéristiques primaires. Puis ils ont détecté les propriétés et dimensions des catégories, conformément aux catégories d'analyse établies au préalable dans le cadre de référence. Le guide d'analyse (Annexe I) déjà établi a facilité ce processus.

Ensuite, ils ont effectué un processus de codification axiale qui a permis d'établir des relations entre les catégories et leurs sous-catégories, en répondant aux questions telles que quand, où, comment et avec quelles conséquences?

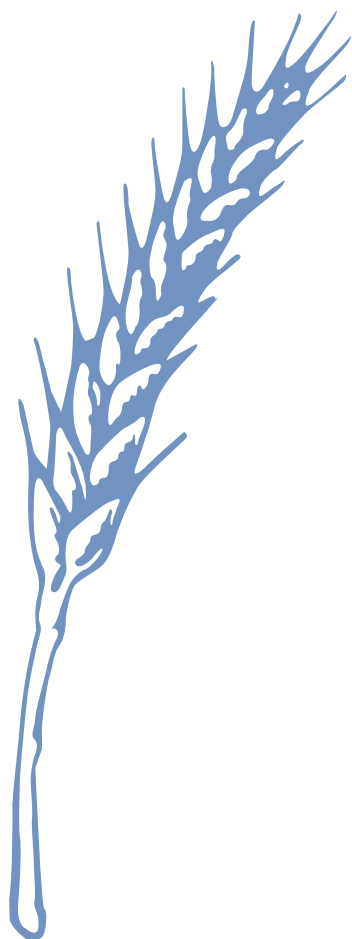
On a essayé d'interpréter les significations extraites des données dans le contexte dans lequel s'était déroulé le processus de formulation de la politique. On a tenté de reconnaître des éléments tant structurels que propres au processus (Strauss et Corbin, 2002). Avec le terme structure on essaye d'identifier le contexte conditionnel dans lequel avait eu lieu la formulation de la politique, tandis qu'avec le terme processus on essaye d'identifier la séquence d'actions et d'interactions qui ont eu lieu lors de la formulation de la politique à mesure que le temps s'écoulait. Cela a permis de comprendre comment les catégories d'analyse étaient exprimées durant les étapes de la formulation de la politique. On tentait ainsi de trouver les conditions et facteurs qui facilitaient ou entravaient ce processus.

Comme l'indiquent ces auteurs :

«... la structure ou les conditions établissent le scénario, ou elles créent les circonstances dans lesquelles se situent ou apparaissent les problèmes, questions ou événements propres à un phénomène. ... Le processus, pour sa part, dénote l'action/interaction, dans le temps, des personnes, organisations et communautés, en réponse à certains problèmes et questions. La combinaison de la structure avec les processus aide l'analyste à capter un peu de la complexité qui

*constitue une partie si importante de la vie (...). Si on étudie uniquement la **structure**, on apprend **pourquoi** mais non pas **comment** se produisent certains événements. Si on examine uniquement le processus, on comprend alors comment agissent ou interagissent les personnes mais non pas le pourquoi. Pour saisir la dynamique et l'évolution des événements, il faut examiner tant la structure que le processus.» (Strauss et Corbin, 2002, p. 139).*

Voici maintenant les résultats trouvés en suivant la logique, mentionnée ci-dessus, de l'illustration de la manière dont le contexte (condition structurelle) interagit avec le processus d'interaction entre divers acteurs sociaux pour arriver à formuler la politique.



VI. ANALYSE DES RÉSULTATS

Contexte dans lequel apparaît la politique

Pour comprendre le processus de formulation, de négociation et d'approbation de la politique de l'enrichissement de la farine en acide folique, il faut analyser le scénario et les circonstances dans lesquelles ce processus a pu se produire. Le but est de remettre ce phénomène en contexte ou de le situer dans un ensemble de conditions qui ont délimité les actions et interactions de différents acteurs sociaux en donnant des caractéristiques particulières à ce processus de formulation de la politique (Strauss et Corbin, 2002). Ce processus de formulation, de négociation et d'approbation de la politique de l'enrichissement de la farine de blé en acide folique a eu lieu en 1997; pour le remettre en contexte, il faut le situer dans le moment historique que connaissait le pays.

Modèle économique et sécurité alimentaire⁸

Dans les années 80 et au début des années 90 le Costa Rica a connu des transformations complexes sur les plans économique, social et politique. Il y a eu passage d'une économie réglementée par l'État à une économie ouverte au libre-échange. En termes de sécurité alimentaire dans les années 70 et au début des années 80, les politiques nationales reposaient sur la disponibilité d'aliments au moyen de l'autosuffisance nationale en produits de base. C'est ainsi que les politiques internes se sont ajustées à la réglementation, par l'État, des prix, des subventions de produits nationaux, des droits tarifaires et des permis d'importation et d'exportation. On cherchait à obtenir l'autosuffisance alimentaire en temps opportun et stable à partir d'un modèle de développement vers l'intérieur soutenu par des mesures protectionnistes (gouvernement du Costa Rica, 1997).

Au début des années 80, le pays s'est enlisé dans une crise économique marquée par une grave détérioration des indicateurs macroéconomiques.

⁸ La sécurité alimentaire est « l'état dans lequel toutes les personnes accèdent de manière opportune et permanente aux aliments dont elles ont besoin, en quantité et en qualité, pour leur consommation et leur utilisation biologique appropriées » (INCAP/OPS, cité par le gouvernement du Costa Rica, 1997).

C'est ainsi qu'on constate l'obsolescence du modèle du remplacement des importations (MSI) appliqué dans le pays depuis la fin des années 50. À cette crise succède une période de stabilisation au cours de laquelle sont prises des mesures de réduction des déséquilibres tant fiscal que commercial et on cherche à contrôler l'inflation. Les dépenses gouvernementales sont réduites et le coût de la vie augmente à coup de hausses des services publics, de l'augmentation des impôts et de politiques d'austérité salariale.

Pour stabiliser la balance des paiements le taux de change du dollar a été ajusté et les exportations ont bénéficié d'incitatifs. C'est ainsi qu'au modèle du remplacement des importations succède le modèle de promotion des exportations (MPE). Puis intervient, entre la seconde moitié des années 80 et le début des années 90, un processus de transformation structurelle. Cette transformation fut motivée non seulement par l'obsolescence du modèle du remplacement des importations mais aussi par les pressions d'institutions financières internationales, en particulier le Fonds monétaire international et la Banque mondiale qui exigeaient une ouverture externe accrue et la participation sur une grande échelle du secteur privé (Villasuso, 1998).

À la fin des années 80 et dans les années 90, les changements confirment davantage l'apparition d'un modèle de développement tourné vers l'extérieur. Le processus d'ouverture commerciale qui a débuté en 1985 avec les programmes d'ajustement structurel (PAE I et PAE II) et l'adhésion du Costa Rica au GATT en 1990, la promulgation de la Loi sur la concurrence et la défense effective des consommateurs en 1994 ainsi que la restructuration de l'État durant les années 90 indiquent un changement important qui se répercute sur les mécanismes d'intervention de l'État au niveau du marché national des produits de base.

La transformation structurelle se manifeste sous divers aspects. Du point de vue économique, on supposait que le commerce international devait être le moteur du développement, ce qui obligerait les pays à se livrer concurrence sur les marchés extérieurs en fonction des règles du libre-échange. Cela impliquait l'élimination des distorsions provoquées par l'ingérence de l'État

sur les marchés, qui se répercute sur les barrières protectionnistes imposées pour restreindre les importations afin de protéger la production locale. C'est alors qu'apparaissent des blocs économiques qui tentent de renforcer les acteurs commerciaux en fonction des régions et qui se regroupent en vue de négociations et d'accords à l'intérieur des blocs dans lesquels sont établis la nature, les volumes et l'orientation des flux commerciaux.

La compétitivité apparaît ensuite comme une nouvelle valeur qui implique l'ajustement nécessaire tant du secteur public que du secteur privé. L'État doit jouer un rôle de facilitation de la production, du marché et de l'agro-industrie, en abandonnant son rôle d'intervention. Les politiques nationales et internationales sont assujetties aux tendances de l'économie mondiale.

Dans le cas de l'industrie meunière, qui est celle qui nous intéresse en l'occurrence, jusqu'à la fin des années 60, le Costa Rica importait de la farine de blé des États-Unis. Avec l'instauration du modèle de remplacement des importations apparaît en 1967 la première industrie nationale de traitement du blé (Minoterie 1) en vertu de la Loi sur le développement industriel. Cette minoterie demeure un monopole pendant plus d'une décennie et l'approvisionnement en blé est concentré et réglementé par l'État, par l'intermédiaire du Conseil national de production (CNP). Le processus de libéralisation de l'économie nationale occasionne l'apparition de la seconde minoterie (Minoterie 2) en 1979 et, pour la première fois, le monopole de la production de farine de blé dans le pays est brisé. Le CNP perd le contrôle de l'importation de blé et les obstacles à l'importation et au contrôle des prix du blé et du pain disparaissent.

C'est ainsi qu'en 1997, comme l'évoque l'une des personnes sélectionnées pour une entrevue :

« Le pays avait connu un processus d'ouverture et de libéralisation des anciens obstacles au libre-échange. Dans le cas de la meunerie il y avait eu un processus de privatisation de l'importation de blé dans le pays (...). On avait aboli le contrôle des prix pour les farines de blé, le pain et leurs dérivés. C'était un processus qui impliquait une grande concurrence entre les minoteries et, par conséquent, la minoterie la plus grande

(Minoterie 1), qui avait eu le monopole jusque-là, se trouvait pour la première fois en concurrence avec une petite minoterie, la Minoterie 2 » (RÉP. 19).

Réforme de l'État et réforme du secteur de la santé

La crise économique des années 80 et les politiques de stabilisation macroéconomique qui débutent à cette époque mettent aussi en question la durabilité de l'État social costaricain, ce qui suscite une préoccupation vis-à-vis de l'efficacité et de l'efficience des dépenses publiques en santé. C'est la raison pour laquelle les processus de restructuration de l'État ont requis la participation directe de la majorité des institutions de bien-être et d'assistance sociale du pays.

Dans le cas de la santé, le projet de réforme du secteur de la santé est approuvé et mis en œuvre en 1994, avec l'appui d'organismes internationaux tels que la Banque interaméricaine de développement et la Banque mondiale. Pour le Costa Rica, la réforme a impliqué de grandes transformations institutionnelles qui avaient pour but d'accroître l'efficacité et de délimiter les fonctions institutionnelles de prestation des services publics de santé et de direction assumées par l'État. Pour ce faire, il a fallu restructurer des institutions telles que la CCSS, à laquelle ont été confiées des fonctions et ressources humaines assumées par le ministère de la Santé, notamment les activités de promotion de la santé et de prévention des maladies. Le ministère de la Santé conservait le rôle exclusif de direction du secteur de la santé⁹.

Guendel (1997) résume cette situation dans les termes suivants :

« Le projet de réforme du secteur de la santé a orienté la discussion vers les instruments de réforme et a proposé une image objective du système public de santé basé sur trois aspects : 1.

⁹ Selon Miranda (1997, p. 161-162), la direction du ministère de la Santé est définie comme « la capacité de faire en sorte que toutes les entités techniques et sociales du système de santé, qui ont la responsabilité de la prestation de services, les fournissent de façon coordonnée, sous réserve des normes de qualité et de coûts, en tant que membres intégrés et exécutants des politiques de santé, dictées par le ministère et approuvées par le Conseil national de santé ».

Le développement d'un modèle intégré de soins combinant des soins médicaux ambulatoires et hospitaliers de qualité, des actions de prévention et la participation de la communauté dans les soins de santé; 2. Le renforcement du rôle de direction et de réglementation de l'État au moyen de la formulation de politiques cohérentes et harmonisées du système national de santé; 3. un modèle d'affectation des ressources qui sépare le financement de la prestation de services, ce qui a permis de rationaliser la gestion » (Guendel, 1997, p. 114).

Cependant, l'une des faiblesses constatées à ce moment-là par cet auteur est l'absence de ressources financières élevées pour le ministère de la Santé, ce qui met en question sa capacité politique à assumer un leadership énergique et à pouvoir exercer la pression que requièrent les fonctions de direction du secteur.

Situation économique au pays en 1996

Si l'on situe la politique à évaluer dans son contexte, on constate que le Troisième rapport de l'état du pays en 1996 (Projet État du pays, 1997), qui correspond à l'époque en question, indique que la récession et la transition vers une économie plus ouverte et moins réglementée ont contribué à l'exclusion d'importants segments de la population. Ces effets d'exclusion touchaient principalement les zones rurales et les femmes, ce qui tendait à augmenter l'inégalité structurelle au pays. À la lecture du rapport, on peut conclure que la situation économique ne présentait pas les conditions nécessaires pour réduire la pauvreté.

Le rapport indique aussi que l'économie a connu en 1996 sa pire année depuis la crise de 1980-1982. Le taux de production, tant national que par habitant, avait diminué en termes réels pour la première fois en 15 ans et l'on remarquait une détérioration du marché du travail (augmentation du chômage déclaré et du sous-emploi visible et invisible, le taux de sous-utilisation de la main d'œuvre atteignait presque 14 %).

La perte de dynamisme économique a causé une augmentation de la pauvreté. Le rapport note une diminution du pouvoir d'achat des groupes à moyen et faible revenus. La pauvreté, qui avait

connu une légère réduction au cours des années précédentes, a commencé à augmenter entre 1994 et 1996. Les pauvres en milieu rural et les familles en situation d'extrême pauvreté éprouvaient beaucoup plus de difficulté à surmonter la situation que les autres segments de la population. Il existait un écart considérable entre la population urbaine et rurale, ainsi qu'entre la région centrale et les autres régions. Les cantons frontaliers et ceux proches des côtes accusaient les pires conditions de vie, ainsi que ceux qui dépendaient de la production agricole pour le marché intérieur, notamment les céréales de base comme le maïs et les haricots. S'ajoutent à cela les catastrophes naturelles comme l'ouragan César qui a causé des pertes à hauteur de plusieurs millions de dollars et qui a aggravé la situation des personnes les plus défavorisées, sans compter les pressions sur le gouvernement pour qu'il répare les dommages.

Selon les chiffres de la Direction générale de la statistique et du recensement (DGEC), en 1995 les foyers vivant en situation de pauvreté représentaient 20,4 % de la population du pays¹⁰, puis 21,6 % en 1996. Selon les données de l'Enquête à objectifs multiples auprès des foyers de 1996, 141 477 familles avaient un revenu inférieur au niveau nécessaire pour acheter le panier d'épicerie de base (PEB)¹¹, ce qui signifie que 13 551 familles se sont ajoutées au groupe le plus pauvre du pays (DGEC, 1996, cité par le gouvernement, 1997).

Par ailleurs, une politique monétaire et fiscale restrictive a réduit les investissements du secteur public. L'investissement privé a stagné et les importations ont augmenté modestement, alors que le taux de croissance des exportations a chuté bien en dessous des moyennes des années précédentes. Tous ces facteurs se sont produits dans un contexte où l'économie s'ouvrait de plus en plus aux marchés internationaux.

¹⁰ On estimait la population du Costa Rica en 1996 à 3 202 440 habitants, dont 50,1 % ou 1 604 305 étaient de sexe masculin et 49,9 % ou 1 598 135 étaient de sexe féminin (Projet État du pays).

¹¹ Le PEB est défini comme « L'ensemble des aliments exprimés en quantités suffisantes pour répondre aux besoins caloriques (énergie) d'un foyer moyen d'une population de référence. » (INCAP/OPS, 1992, cité par le gouvernement, 1997)

Situation de la santé¹² en 1996

En 1996 l'espérance de vie à la naissance était de 76,3, c'est-à-dire 79,2 pour les femmes et 74,5 pour les hommes. Le taux de mortalité général était de 4,1 pour mille habitants et le taux de mortalité infantile, de 11,8 pour mille enfants nés vivants. Ce dernier taux suivait une tendance à la baisse soutenue depuis 1986, date à laquelle il était de 17,8 pour mille enfants nés vivants. Les quatre causes principales de mortalité infantile de 1991 à 1997 étaient :

1. certaines affections pendant la période périnatale;
2. des anomalies congénitales;
3. des maladies des systèmes respiratoire et cardiovasculaire;
4. des maladies infectieuses et parasitaires.

Entre 1990 et 1997, la mortalité a suivi la même évolution pour les cinq premiers groupes de causes : la mortalité à la suite de maladies respiratoires occupait le premier rang, avec un taux de 11,1 pour mille habitants, et la mortalité par tumeurs était au deuxième rang avec un taux de 7,8.

Évolution de la nutrition dans la population

Avant 1996, quatre enquêtes nationales sur la nutrition (1966, 1975, 1979, 1982) avaient permis d'observer l'évolution de la nutrition dans la population, en particulier la nutrition maternelle et infantile. Selon les données recueillies, le pays avait connu des progrès importants en matière de nutrition. En 1966, le profil nutritionnel des Costaricains présentait des caractéristiques propres aux pays du tiers monde. Les problèmes se manifestaient sous la forme de dénutrition protéino-énergétique, d'hypovitaminose A, de goitre endémique et d'anémie ferropénique. En 1966, 57,4 % des enfants âgés de moins de 6 ans souffraient de dénutrition et 13,7 % de dénutrition modérée ou sévère. On a pu remédier en partie à la situation grâce à des politiques de santé comme le Programme national de nutrition, la stratégie de soins de santé primaires et les programmes

¹² Ministère de la Santé, 2000.

d'aide sociale ciblant les groupes sociaux à faibles ressources économiques. L'augmentation du niveau de vie a aussi contribué au changement. En 1982, on avait atteint une réduction significative du pourcentage de dénutrition chez les enfants d'âge scolaire (30,9 %).

Cinq enquêtes sur la taille des enfants allant à l'école primaire réalisées entre 1979 et 1989 ont aussi révélé une baisse du pourcentage d'enfants ayant un retard de croissance, de 20,4 % en 1979 à 9,3 % en 1989 (ministère de la Santé, 1995).

La dénutrition maintient sa tendance à la baisse et l'excès de poids émerge comme un problème nouveau tant chez les enfants que chez les adultes, surtout les femmes. Le profil nutritionnel de la population se modifie donc pour ressembler à celui des pays développés, et il est de plus en plus probable que l'on constate une augmentation de la morbidité due à des maladies associées comme l'hypertension artérielle, le diabète, les cardiopathies et les accidents vasculaires cérébraux, entre autres (MIDEPLAN, Panorama national, 1996, cité par le gouvernement, 1997).

Les différentes enquêtes font état d'une insuffisance de plusieurs oligo-éléments, en particulier le fer, l'iode, la vitamine A et le fluor. On considère l'anémie d'origine nutritionnelle comme un problème depuis 1966 et celle-ci correspond à des carences en fer, principalement, et en acide folique, dans une moindre mesure. Parmi les moyens employés pour pallier ce problème, on compte la supplémentation quotidienne en fer pour les femmes enceintes et les enfants âgés de moins d'un an, ainsi que la distribution de farine de blé enrichie en fer et en autres vitamines.

La prévalence de goitre endémique dû à une carence en iode était quant à elle de 18 % en 1969, et l'on est parvenu à réduire ce taux à 3,5 % en 1979 grâce à l'iodation du sel. Les enquêtes ont aussi révélé que l'insuffisance de rétinol (vitamine A) était un problème de santé publique dès 1966, et touchait 32,5 % des enfants d'âge préscolaire présentant des valeurs sériques faibles et insuffisantes. En 1979, on avait réduit la prévalence à 2,3 % et à 1,8 % en 1981 grâce des mesures comme l'enrichissement du sucre en vitamine A à partir de 1974 et la distribution de lait entier à 30 % des enfants d'âge préscolaire. Ces mesures ont

toutefois pris fin en 1980, ce qui a signifié un retour aux problèmes associés à l'insuffisance de vitamine A. De plus, le problème de carie dentaire dû à un manque de fluor a mené à la fluoration du sel dès 1983, ce qui a donné des résultats positifs.

Par ailleurs, le gouvernement au pouvoir à l'époque (1994-1998) se préoccupait du problème d'anémie au pays, et portait une attention toute particulière à la réduction de la pauvreté.

La Politique nationale de santé pour la période de 1994 à 1998 établissait comme objectif social de

« S'occuper des éléments de la population les plus vulnérables au point de vue économique et social, en particulier les enfants, les adolescents, le troisième âge, les Autochtones et les personnes handicapées, dans l'optique de garantir une réelle égalité des chances. » (ministère de la Santé, 1995, p. 38).

Sous ce gouvernement, on a développé trois instruments de politique fondamentaux qui ont permis de s'attaquer aux problèmes de nutrition :

- la Déclaration pour l'élaboration et l'exécution d'un plan agroalimentaire et nutritionnel, signé par le gouvernement du Costa Rica dans le cadre la Journée mondiale de l'alimentation, en octobre 1994;
- le Plan national de lutte contre la pauvreté, en novembre 1994;
- le Plan national de santé, dans lequel on définit l'attention au problème d'anémies comme une priorité en matière de santé.

Afin de suivre les lignes directrices et les besoins en santé du pays, le ministère de la Santé a pris des mesures pour lutter contre les problèmes de nutrition et les anémies ferropéniques puisqu'il considérait ceux-ci comme des priorités en matière de santé, comme le signalaient les documents suivants :

- Le rapport annuel de 1995 du ministère de la Santé : le document propose comme action stratégique dans le contexte de la Politique nationale de santé 1994-1998

« de promouvoir la sécurité alimentaire nutritionnelle et la nutrition préventive »¹³, pour s'occuper de ces problèmes; car on avait déjà constaté que 35 % des enfants ayant participé à l'enquête sur la croissance et le développement, ainsi que les femmes enceintes, souffraient d'anémie en raison d'une insuffisance de fer.

- L'étude comparative de l'état nutritionnel des enfants d'âge préscolaire bénéficiant du Programme de soins primaires au Costa Rica en 1994 et 1995, qui a démontré une augmentation de la dénutrition modérée de 2,01 à 2,65 % et de la dénutrition légère de 16,1 à 19,6 %, et qui a permis de constater une détérioration nutritionnelle chez les enfants âgés de moins de six ans bénéficiant du Programme de soins primaires (ministère de la Santé, 1997, p. 3).
- Les résultats de l'Enquête nationale sur la nutrition de 1996 ont été un important facteur pour orienter les politiques, les plans et les programmes d'alimentation et de nutrition, car ils ont permis de déterminer les problèmes nutritionnels comme il a été indiqué plus tôt.

Ces documents ont favorisé la création des conditions qui ont poussé le gouvernement à se pencher tout particulièrement sur le problème de l'anémie. Par la suite, le gouvernement a aussi concentré ses efforts sur les anomalies congénitales dans le cadre des problèmes de santé associés à la carence en acide folique.

Reconnaissance du problème et action gouvernementale

À la lumière de la situation décrite ci-dessus, le gouvernement a reconnu l'urgence de mener une cinquième enquête nationale sur la nutrition pour mettre à jour les données sur les problèmes de nutrition au pays.

Les résultats de l'enquête montrent que le taux de dénutrition modérée et sévère est passé de 6,3 % en 1982 à 5,1 % en 1996. On observe aussi une diminution du taux de dénutrition légère, de 24,6

% à 17,3 %, pendant la même période. Chez les enfants d'âge préscolaire, le taux de retard de taille modéré et sévère a diminué (de 7,6 % en 1982 à 6,1 % en 1996), tandis que le taux de retard léger est passé de 21,7 % à 15,3 %.

On ne considère donc plus la dénutrition protéino-énergétique comme un problème de santé publique. Ce n'est toutefois pas le cas pour l'insuffisance en oligo-éléments, que l'on appelle aussi « faim insoupçonnée » en raison du fait qu'une telle carence n'est généralement pas visible à première vue.

L'enquête de 1996 révèle que les déficiences en iode et en fluor ne sont plus des problèmes nutritionnels, ce qui a permis au gouvernement d'atteindre les objectifs fixés pour l'an 2000. On ne peut en dire autant des autres oligo-éléments dont la carence est élevée, comme le manque de vitamine A qui demeure un problème de santé publique. L'enquête démontre aussi comment les anémies nutritionnelles continuent de représenter un problème de santé publique modéré avec une prévalence de 27,9 % chez les femmes enceintes, de 26,0 % chez les enfants d'âge préscolaire et de 18,9 % chez les femmes en âge de procréer. La principale cause de ces anémies est la carence en fer¹⁴ (44,6 % des femmes enceintes et 24,2 % des enfants d'âge préscolaire avaient épuisé leurs réserves de fer), suivie de l'insuffisance en folates dont la prévalence était de 24,7 % chez les femmes en âge de procréer et de 11,4 % chez les enfants d'âge préscolaire.

Les problèmes de fer persistent et la prévalence d'anémie ferropénique demeure constamment élevée depuis 1966. Ce problème est plus prononcé en zone rurale où l'on observe

¹³ Idem, p. 41

¹⁴ Le fer est indispensable à la formation des globules rouges dans le sang; dont la fonction essentielle est de véhiculer de l'oxygène à tout l'organisme. Parmi les anémies nutritionnelles, les plus criantes sont celles résultant d'un manque de fer et d'acide folique dans la diète et elles représentent un grave problème de santé publique à l'échelle mondiale en raison de leur importante incidence sur le développement économique et social des pays. On définit l'anémie comme une diminution des niveaux d'hémoglobine dans le sang, ces derniers variant selon l'âge et le sexe, et les groupes les plus susceptibles sont les femmes enceintes, les enfants âgés de moins de 6 ans et les femmes en âge de procréer (de 15 à 44 ans) en raison de leurs besoins accrus en fer et en autres oligo-éléments. Les femmes en âge de procréer, par exemple, perdent chaque mois une certaine quantité de sang en raison de la menstruation. (Communiqué de presse, sous-ministre de la Santé, 27/05/1997).

une prévalence de 32,7 % par rapport à 16,6 % en zone urbaine, sans égard au sexe des personnes (ministère de la Santé, 1997^a).

Non seulement la déficience de folates peut mener à des problèmes d'anémie, mais on sait aussi que l'acide folique est un nutriment indispensable au développement du tube neural de l'enfant pendant la période embryonnaire. Au moment de présenter les résultats de l'enquête, cependant, on n'associait l'acide folique qu'au problème d'anémie.

Les résultats démontrent que de larges segments de la population ont une diète inadéquate tant en quantité qu'en qualité et, comme l'a exprimé l'un des répondants, les régimes alimentaires s'appauvrissent de plus en plus et manquent d'oligo-éléments :

« ... les enquêtes démontrent que la diète du Costaricain devient de plus en plus monotone et n'est pas aussi variée que dans les années précédentes où la situation était un tant soit peu meilleure, à une époque où tous pouvaient manger du gallo pinto¹⁵ (...) On consomme de moins en moins d'aliments d'origine animale, qui coûtent de plus en plus cher, et on constate même une diminution de la consommation de légumes et de céréales. Il est donc nécessaire d'ajouter des oligo-éléments pour que la population y ait accès » (REP. OI).

Suite aux constats de l'enquête de 1996, les techniciens responsables se prononcent de la façon suivante :

« Il est donc recommandé de réviser, d'ajuster, d'approfondir et de renforcer à court terme les stratégies de réduction de la prévalence des anémies nutritionnelles et des hypovitaminoses A et d'élargir la couverture et l'optimisation en oligo-éléments des programmes existants » (ministère de la Santé, 1996, p. 6).

Piste de solution

La réponse, voire la solution, au problème de carence en acide folique se trouve dans les

stratégies qu'a élaborées le Département de la nutrition du ministère de la Santé il y a déjà plusieurs dizaines d'années. Les aliments enrichis sont une méthode connue et éprouvée, comme il sera démontré plus bas.

L'expérience de l'enrichissement des aliments au pays

L'utilisation d'aliments enrichis comme mesure de santé publique n'est pas nouvelle au Costa Rica. Dès les années 1940, on considérait le sel enrichi comme une mesure nécessaire et urgente pour réduire la pathologie thyroïdienne qu'avaient détectée les études cliniques. À l'époque, on avait identifié le goitre endémique comme un problème de santé publique et c'est ainsi que l'on a repris l'expérience réalisée dans les pays développés comme une initiative que l'on pouvait mettre en œuvre au pays. Les recherches régionales qu'ont effectuées l'INCAP et les ministères de la Santé des pays d'Amérique centrale et du Panama pendant les années 1950 ont détecté les anémies comme un problème nutritionnel généralisé dans la région. On a donc adopté en 1958 un décret pour rendre disponible la farine de blé enrichie en fer, en calcium, en thiamine, en niacine et en riboflavine.

Toutefois, les premières initiatives n'ont pas donné les résultats escomptés, car il n'a pas été possible de garantir l'enrichissement désiré ni la couverture nécessaire. Il a donc fallu attendre certaines conditions pour que la volonté politique, la capacité institutionnelle, le développement de la technologie industrielle, la sensibilité sociale et la concertation sociale soient tous réunis pour assurer l'efficacité de la politique d'enrichissement des aliments.

L'Enquête nationale sur la nutrition de 1966 a permis de constater le faible niveau d'une série de nutriments et a donné lieu à une mise en œuvre plus systématique des mesures d'enrichissement des aliments. Cependant, ce n'est pas avant 1972 que la politique pionnière d'iodation du sel devient réalisable et permet enfin de réduire l'incidence du goitre, au point qu'il cesse de représenter un problème de santé publique. On doit cette réalisation aux politiques sociales et sanitaires, d'une part, et, d'autre part, au développement coopératif de l'industrie du sel. Par ailleurs, on entreprend d'enrichir le sucre avec de la vitamine

¹⁵ Mets traditionnel composé de riz et de haricots.

A par un décret rendu en 1974 et « nous fûmes le premier pays au monde à enrichir le sucre avec de la vitamine A » (RÉP. 13), comme l'indique un participant à l'enquête. On élabore par la suite un programme de fluoration de l'eau qui a permis de réduire l'incidence de caries dentaires. Le programme est cependant abandonné en 1980 faute de ressources économiques et en raison des difficultés de couverture dans les zones rurales.

Les années 1970 voient la consolidation des assises d'une politique d'enrichissement des aliments par une approche intégrale et préventive de santé publique, en réponse à une préoccupation particulière pour les problèmes de carence et d'iniquité qui affligeaient la population et qui se traduisaient par des problèmes de santé. Cela a mené à l'émergence de programmes préventifs de soins primaires et a contribué aux efforts d'universalisation des soins de santé, ce qui a amélioré l'accès aux soins de santé. Les zones rurales et celles en périphérie des centres urbains ont reçu une attention particulière et des programmes de distribution d'aliments et d'attention nutritionnelle ont fait leur apparition. Tous ces facteurs ont contribué à la création d'un environnement propice à l'inclusion des carences en oligo-éléments dans les politiques sociales à portée universaliste visant à améliorer les conditions de vie et de santé de la population.

On a inclus l'enrichissement des aliments dans les programmes de nutrition comme volet à part entière. Le Plan national d'alimentation et de nutrition 1974-1980 envisageait d'ailleurs un programme d'enrichissement des aliments et comprenait trois sous-programmes :

- a. l'iodation du sel destiné à l'alimentation humaine pour réduire le goitre endémique;
- b. l'enrichissement du sucre par de la vitamine A pour réduire l'hypovitaminose A chez les groupes vulnérables;
- c. l'enrichissement de la farine de blé avec du sel ferreux pour diminuer la prévalence d'anémie ferropénique.

Des études sur la consommation nationale ont permis de choisir quel aliment serait le véhicule approprié pour administrer l'oligo-élément, selon les conditions suivantes : l'aliment devait être sûr,

facile à enrichir, économique, à usage universel, abordable pour la population et inoffensif.

Le rôle de l'État et les lois protectionnistes pendant la décennie en question ont été déterminants pour créer les conditions qui ont rendu possible l'organisation de l'industrie nationale, son renforcement et le développement des technologies grâce au soutien au crédit, ce qui a permis d'améliorer la production et d'assurer la qualité des aliments. Ces facteurs ont encouragé les politiques d'enrichissement des aliments et ont fait en sorte qu'elles soient viables, comme le démontre l'expérience d'iodation du sel¹⁶.

Les années 1980 ont été témoin, comme indiqué plus haut, de changements majeurs au point de vue économique, social et politique. Pourtant, on ne remarque pas de ralentissement des politiques d'enrichissement des aliments; au contraire, elles s'inscrivent dans un nouveau paradigme où le développement industriel et la qualité des produits offrent une valeur importante face à la concurrence et au marché libre. Il est à noter qu'au début des années 1980, après l'arrêt du programme de fluoration de l'eau, le Conseil national d'odontologie recommande la fluoration du sel. C'est ainsi qu'est lancé le programme en 1987 avec le soutien de la Fondation Kellogs, qui a contribué à l'adoption de nouveaux procédés technologiques pour enrichir le sel avec de l'iode et du fluor.

C'est aussi pendant cette période que l'on établit des contrôles plus systématiques, car le progrès technologique donne lieu à des méthodes permettant un enrichissement plus efficace et l'établissement de normes plus claires et plus strictes en matière de qualité physico-chimique des aliments et des procédés d'enrichissement. L'État répond aussi aux exigences de réglementation en matière d'importation d'aliments non conformes aux normes établies pour l'enrichissement.

Dans les années 1990, en réponse aux exigences de libéralisation économique, le gouvernement adopte une nouvelle loi qui élimine les licences, recommandations et permis qu'octroie l'État pour les activités d'importation¹⁷,

¹⁶ Castro, C. 1997

¹⁷ Loi # 7473 d'exécution des accords des négociations commerciales multilatérales du cycle Uruguay, 1994. Cité par Castro, 1997.

tout comme les processus et les règlements qui régulent l'activité économique¹⁸. Ces changements n'affaiblissent toutefois pas nécessairement les politiques d'enrichissement des aliments, car celles-ci font alors l'objet d'une réglementation d'État considérée comme valide et justifiée.

Les engagements que prennent les gouvernements lors des forums mondiaux donnent, dans les années 1990, un nouvel élan aux stratégies d'enrichissement des aliments, tel que décrit plus bas.

L'influence des forums internationaux

Les Conférences internationales sur la nutrition tenues à Rome en 1992 et en 1996 ont permis aux pays participants de prendre nouvellement conscience du besoin de garantir une alimentation appropriée et inoffensive¹⁹ pour la population. Et les gouvernements participants se sont engagés à déployer tous les efforts pour

« éliminer ou réduire considérablement les problèmes suivants avant la fin du millénaire : les décès dus à l'inanition et la faim, la faim chronique généralisée, la sous-alimentation, surtout chez les enfants, les femmes et les personnes âgées, la carence d'oligo-éléments, en particulier le fer, l'iode et la vitamine A, les maladies transmissibles et non transmissibles associées au régime alimentaire²⁰ ».

Lors de la Sixième Conférence des épouses des chefs d'État et de gouvernement des Amériques, tenue à La Paz en 1996, dans le but d'analyser « les droits de la femme et de l'enfance dans le cadre du développement humain durable²¹ », les participantes se sont engagées à encourager et appuyer la mise en œuvre du projet régional visant à réduire la dénutrition par manque d'oligo-éléments dans tout l'hémisphère, en raison des hauts niveaux d'anémie et de ses conséquences désastreuses pour les enfants et les femmes.

En résumé, les gouvernements ont pris les engagements internationaux et nationaux suivants :

- le Sommet mondial pour les enfants. New York, 1990;
- la Conférence sur l'élimination de la faim insoupçonnée, Montréal, 1991;
- le Sommet des présidents de l'isthme d'Amérique centrale sur le développement humain, l'enfance et la jeunesse. Tegucigalpa, 1991;
- la Conférence internationale sur la nutrition. Rome, 1992;
- les 43^e et 44^e réunions du Conseil de l'INCAP, COMISCA. San José, 1993;
- la résolution XX sur l'Initiative de sécurité alimentaire et nutritionnelle lors du 14^e Sommet des présidents. Guatemala, 1993;
- le Sommet mondial de l'alimentation. Rome, 1996.

Les conférences internationales établissent des lignes directrices et des engagements permettant aux différents pays de renforcer leurs politiques de nutrition. Et bien qu'au Costa Rica les intentions d'élaborer de telles politiques dans un cadre intersectoriel remontent aux années 1970²², les conférences donnent un nouvel élan à ces efforts. Lors de la Conférence internationale sur la nutrition (CIN), tenue à Rome en décembre 1992, le Costa Rica s'est engagé à intensifier, à court et à moyen terme, les études visant à établir l'ampleur et les caractéristiques des problèmes associés aux oligo-éléments, de façon à permettre une meilleure conception d'actions futures. Le pays a atteint cette cible en menant l'Enquête nationale sur la nutrition de 1996.

Grâce aux conférences internationales citées plus haut, le Costa Rica a commencé à accorder une attention toute particulière à l'établissement d'un plan intersectoriel comportant des objectifs

¹⁸ Loi # 7472 de promotion de la concurrence et de défense effective des consommateurs, 1995. Cité par Castro, 1997.

¹⁹ Sommet mondial de l'alimentation (13-17 novembre 1996).

²⁰ Conférence internationale sur la nutrition. La FAO réaffirme sa volonté d'améliorer la nutrition. 1992.

²¹ Déclaration de La Paz. Sixième Conférence des épouses des chefs d'État et de gouvernement des Amériques, Bolivie. 1996.

²² Cela se traduit par la création du Secrétariat de politique nationale d'alimentation et de nutrition (SEPAN), rattaché au bureau du ministre de la Santé, établi par législation en 1973 (Loi organique du ministère de la Santé). Parmi ses fonctions figurent l'élaboration de la politique nationale d'alimentation et la coordination des actions dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition.

mesurables qui font l'objet d'un suivi et d'une évaluation. Les années 1990 ont donc été le théâtre d'efforts pour renforcer et coordonner les actions intersectorielles et interinstitutionnelles dans le but de garantir la sécurité alimentaire et nutritionnelle du pays.

Processus de négociation de la politique

Le processus d'élaboration et de négociation de la politique d'enrichissement de la farine de blé avec de l'acide folique a suivi un cours logique par lequel chaque étape a créé les conditions propices aux étapes suivantes. Plusieurs personnes interrogées sont d'accord pour dire qu'il s'agissait d'un processus fluide. La partie suivante décrit la séquence des étapes du processus et la construction du consensus qui a mené à l'adoption du décret.

Un processus comme celui-ci est trop complexe pour qu'on le ramène à une simple relation de cause à effet. Nous tenons à définir les différents facteurs qui ont contribué, dans leur ensemble, à créer les conditions qui ont encouragé ou ralenti le processus. Il est particulièrement important de souligner les forces et les interactions entre les acteurs sociaux qui ont caractérisé le processus et qui l'ont dynamisé pour créer de nouvelles conditions. Il s'agit donc de reprendre le cours du processus du point de vue des participants.

Première étape : Établir une base de preuves scientifiques et des partenariats stratégiques

L'Enquête nationale sur la nutrition (1996) a permis de poser un diagnostic actuel des problèmes nutritionnels, pour en connaître la portée et les tendances au fil du temps. Pour établir la politique à suivre, on s'est appuyé sur les efforts qu'a réalisés le Département de la nutrition du ministère de la Santé en matière de surveillance nutritionnelle pendant plusieurs dizaines d'années. Dès lors, l'équipe technique de surveillance nutritionnelle, composée d'un médecin et de deux diététistes, est devenue le groupe qui a piloté cette étape tout comme les suivantes.

Il est toutefois bon de souligner qu'il existait un long retard de 14 ans sans enquête nationale de nutrition, ce qui indique que, sous les gouvernements précédents, la surveillance nutritionnelle n'avait pas reçu assez d'appui pour développer la surveillance nationale nécessaire. Comme l'indique une des personnes interrogées :

« c'est incroyable, car elles (les enquêtes) ne coûtent pas si cher, il y a de l'argent pour d'autres choses, il faut donc sensibiliser la classe politique pour qu'elle affecte des fonds à ces aspects très importants de la santé publique. » « ... une enquête nationale sur la nutrition sert justement à voir comment on doit réorienter les politiques et les programmes pour combler les lacunes identifiées. » (RÉP. 15)

D'où l'importance de bien comprendre l'évolution des conditions pour que l'on puisse mener l'enquête en 1996.

Selon la correspondance de la Division de la surveillance nutritionnelle du ministère de la Santé avec d'autres départements et institutions, c'est cette Division qui a coordonné la Commission nationale d'enquête sur la nutrition et a reçu l'appui de la directrice générale de la Santé du ministère de la Santé et la participation de l'INCIENSA. Le soutien politique des autorités sanitaires a pris la forme d'affectation de ressources, absentes sous les gouvernements précédents, car le financement des autres enquêtes provenait entièrement de l'aide extérieure. Il aura fallu toute l'année 1995 pour obtenir toutes les ressources et établir la logistique nécessaire pour développer l'enquête de 1996.

L'enquête a été le fruit de grands efforts de coordination entre différentes institutions et instances aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur du ministère de la Santé²³. Au niveau international,

²³ Selon la correspondance de la période (1995-1997), les instances suivantes du ministère de la Santé ont participé au processus : la Direction générale de la santé, le Département de la nutrition, la Section de la surveillance nutritionnelle, la Direction des laboratoires de santé, les Services médicaux et le Département d'odontologie. L'appui de l'INCAP provenait de la Direction scientifique, de l'Unité technologique nutritionnelle et du Laboratoire d'analyse des aliments. La participation de la Direction générale de la statistique et du recensement incluait les agences suivantes : la Direction générale, le Département de la cartographie, le Département de la conception et de l'analyse

l'appui technique de l'INCAP a été fondamental, ainsi que l'appui financier de l'OPS et de l'Union européenne. L'industrie pharmaceutique A, quant à elle, a participé en fournissant les réactifs pour l'analyse de laboratoire essentielle à l'enquête.

L'organisation et l'élaboration de l'Enquête nationale sur la nutrition se sont avérées favorables au développement des capacités techniques, ce qui a permis de nouer de nouveaux partenariats. Il faut souligner l'un de ces partenariats en particulier, celui avec l'INCIENSA :

« ...l'INCIENSA a ses propres objectifs et priorités, qui coïncident parfaitement avec ceux du Ministère dans ce domaine, et possède un laboratoire qui réalise les analyses dont le Ministère a besoin. Je crois donc qu'il s'agit d'un travail de collaboration pour les plus démunis. (...) Ceux qui s'occupent de cela au Ministère sont sur la même longueur d'onde que nous (...), quand bien même ne resterait-il qu'un seul enfant souffrant de carence en acide folique ou en vitamine A ou quoi que ce soit d'autre, je considère qu'il faudrait poursuivre le travail (...) il s'agit en quelque sorte de la boussole qui a guidé les deux organismes vers un objectif commun. » (RÉP. 12).

Voilà qui résume la vision et la mission que partagent les deux institutions et qui répondent implicitement à une optique de droits humains, en particulier le droit à la santé pour tous les membres de la communauté. Comme l'a expliqué l'un des répondants, « dans le contexte des droits, la capacité institutionnelle revêt un rôle primordial » (RÉP. 16).

Dans le cadre de l'Enquête, l'INCIENSA a entrepris d'analyser les échantillons, et son personnel ainsi que celui du ministère de la Santé ont reçu une formation de l'INCAP²⁴. Cette expérience a permis de renforcer la capacité des institutions publiques du pays.

des statistiques, la Section de la conception de l'échantillonnage.

²⁴ La Direction générale de l'INCAP, son programme de Coopération technique, l'Unité des aliments du Département des sciences et des technologies et des experts en conception statistique ont tous participé..

« Avant, on payait l'INCAP pour qu'il mène les enquêtes sur la nutrition. Nous (le Ministère et INCIENSA) avons décidé que non, qu'il fallait que ce soit fait ici, et à partir de là nous avons pensé au pays, à la population. C'est que les gens de l'INCIENSA sont de véritables perles (...) avec, évidemment, la collaboration des gens de l'INCAP qui nous ont formés et qui étaient toujours avec nous » (RÉP. 12).

Par ailleurs, il était important pour le gouvernement de l'époque (1994-1998) de planifier des mesures fondées sur des preuves des besoins en santé du pays. La finalité de ces mesures était d'atteindre les objectifs de Santé pour tous pour l'an 2000, en réponse au Plan quinquennal de sécurité alimentaire et nutritionnelle et au Plan du gouvernement qui établissait comme priorité le besoin de prévenir et d'éliminer « les anémies nutritionnelles et autres maladies par carence qui affectent considérablement le potentiel de développement de l'humain »²⁵. Il était donc essentiel de disposer de données récentes, factuelles et opportunes afin d'orienter les politiques, les plans et les programmes d'alimentation et de nutrition.

On a vu, d'une part, comment l'équipe technique chargée de la surveillance nutritionnelle au ministère de la Santé a réussi à forger une alliance avec les nouvelles instances de santé pour se transformer en organe de conseils en matière de nutrition et de soutien technique aux politiques que proposait le nouveau gouvernement. D'autre part, les autorités sanitaires ont offert l'appui nécessaire pour encourager les processus techniques. C'est ainsi que l'équipe technique de surveillance nutritionnelle est parvenue à accorder ses objectifs et son travail avec les priorités en santé du nouveau gouvernement.

Y ont contribué les facteurs suivants :

- Les nouvelles autorités étaient bien établies pour orienter les efforts dans une optique de soins de santé primaires.
- Ils partaient du point de vue de la salubrité, possédant une expérience éprouvée d'engagement envers le développement de la santé publique au pays. Le ministre avait joué un rôle clé sous un gouvernement

²⁵ Enquête nationale sur les oligo-éléments, 1996.

précédent pour renforcer les soins de santé primaires, et le sous-ministre avait élaboré un modèle coopératif de soins de santé qui allait devenir le modèle pour la restructuration des services de santé au pays avec la création des Équipes de base de soins primaires (EBAIS).

- Tant à la Direction générale de santé qu'au bureau du ministre et du sous-ministre, le personnel faisait preuve de dynamisme et de travail d'équipe dans son mode de gestion.
- Le Plan du gouvernement établissait, dans le domaine social, un intérêt pour le développement d'un plan de lutte contre la pauvreté et pour affronter le problème des anémies, dont le gouvernement avait été rendu conscient par des recherches partielles.

Les partenariats importants développés dans cette première étape se sont maintenus dans les processus d'élaboration de la politique. C'est ainsi que le développement de l'Enquête nationale sur la nutrition de 1996 a permis d'établir un programme solide pour appuyer la politique. L'Enquête a elle-même été une première étape pour la formation de partenariats stratégiques qui ont accompagné le processus d'élaboration et de négociation de la politique.

Deuxième étape : Forger le partenariat technique et politique

Comme on l'a indiqué plus haut, le développement de l'Enquête nationale sur la nutrition a été le commencement d'une étroite relation de travail et d'une collaboration entre l'équipe technique de surveillance nutritionnelle et les hauts responsables du ministère de la Santé. La directrice générale de la santé a encouragé le rapprochement entre l'équipe technique et le sous-ministre, chargé des interventions en santé et bras droit du ministre, qui a joué un rôle de soutien et de conseil fondamental. À preuve, on fait référence au sous-ministre en ces mots : « *brillant et efficace* », « *j'ai beaucoup de respect pour lui* » (RÉP. 04).

Il n'était pas suffisant pour les autorités sanitaires d'avoir de l'information à jour; il fallait aussi prendre une décision sur l'amélioration de

l'état de la nutrition au sein de la population. Du point de vue technique, l'Enquête démontrait que les mesures sanitaires employées pour réduire les anémies nutritionnelles n'avaient pas donné des résultats observables dans les dix dernières années, d'où l'importance de trouver des mesures mieux adaptées.

Les autorités sanitaires ont délégué à l'équipe technique la tâche d'élaborer une intervention mieux adaptée, ce qui démontre le lien de confiance qui unissait les deux parties. Le plus haut responsable de l'époque a même déclaré « *je les considère comme des gens très capables* » (RÉP. 04). Le sous-ministre a lui aussi montré la confiance qu'il avait envers l'équipe technique et cela a favorisé une bonne coordination technique et politique :

« L'équipe technique a toujours eu un accès direct aux autorités, ce qui a encouragé l'accès à l'information, la prise de décisions et l'affectation de ressources » (RÉP. 05).

L'appui politique dont jouissait l'équipe technique a fait une grande différence dans son travail :

« Quand la classe politique s'intéresse, on ne prend pas de retard, car il est possible qu'il y ait un intérêt même s'il n'est pas clairement articulé, ce qui fait en sorte qu'ils ne s'opposent pas sans pour autant accélérer les choses » (RÉP. 01).

Authorities thus entrusted the technical team to search for information and analyze alternatives, and to review experiences in other countries.

Les responsables ont aussi délégué à l'équipe technique la recherche d'informations et l'analyse de solutions de rechange, tout comme l'étude de l'expérience d'autres pays.

La participation de l'INCAP représentait elle aussi un partenariat stratégique très important dans le processus. Selon la correspondance de l'époque, c'est à l'INCAP qu'il incombait de formuler des recommandations pour l'analyse des folates dans l'Enquête nationale sur les oligo-éléments. Toutefois, les recherches effectuées par l'institution au cours des vingt années précédentes

avaient indiqué et documenté le fait que les anémies ferropéniques étaient assez généralisées pour être considérées comme un problème de santé publique, et l'on mettait surtout l'accent sur les carences en fer et en acide folique. Par ailleurs, la technologie de l'enrichissement des aliments à consommation universelle avait connu plusieurs progrès. L'expérience indiquait que l'aliment idéal pour l'enrichissement était la farine de blé.

L'assistance de l'INCAP a été cruciale pour l'équipe technique, tant pour étudier le problème et rechercher des pistes de solution que pour sensibiliser la classe politique. L'INCAP a fourni des connaissances accumulées dans d'autres pays et a contribué au consensus politique en s'appuyant sur les accords conclus au sein du Conseil consultatif et au Conseil directeur de l'institution (auxquels siégeaient la directrice générale de la santé et le ministre de la Santé). Ces accords sont le reflet des engagements des gouvernements d'Amérique centrale à enrichir les aliments avec du fer, de l'acide folique et de la vitamine A. Les autorités sanitaires devaient donc respecter un mandat qu'elles avaient elles-mêmes approuvé.

Dans le cadre du processus visant à jeter les bases techniques des mesures à adopter, la révision des recherches a permis de visualiser le problème des anomalies congénitales associées à l'insuffisance d'acide folique dans la diète des femmes enceintes.

Comme indiqué plus haut, lorsque l'on a mené l'Enquête nationale sur la nutrition en 1996, l'attention était surtout dirigée vers les problèmes d'anémie. L'équipe technique, avec l'appui de l'INCAP, a cependant révisé la documentation et s'est rendu compte que les anomalies congénitales étaient associées à une carence en acide folique²⁶.

²⁶ Les défauts du tube neural comprennent toute une gamme d'anomalies congénitales qui surviennent lorsque le tube neural ne se ferme pas, lors des premières étapes du développement embryonnaire. On établit l'association entre les défauts du tube neural et la carence en acide folique dès 1930 quand Dre Lucy Wills signale pour la première fois que le folate peut servir à soigner l'anémie lorsque celle-ci résulte d'une carence dudit folate chez la femme enceinte. Par la suite, en 1964, Hibbard publie un article scientifique affirmant qu'il existe un lien entre certaines anomalies congénitales (pas du tube neural) et la carence en folate. En 1980, Laurence publie un essai clinique qui démontre une réduction de 60 % du risque de réapparition des défauts du tube neural chez les femmes qui prennent de l'acide folique. En 1991, les CDC publient une révision des preuves

Les expériences réussies dans d'autres pays ont aidé à renforcer la proposition nationale.

Comme l'indique un des participants :

« ... en abordant le sujet de l'anémie ferropénique et la possibilité d'enrichir certains aliments pour l'endiguer, l'occasion s'est présentée de pouvoir faire quelque chose pour lutter contre les anomalies congénitales associées à la carence en acide folique, et l'on a ajouté cet objectif au plan de travail » (RÉP. 05).

La même personne ajoute :

« ... l'acide folique faisait partie d'un sujet plus vaste : l'enrichissement des aliments pour prévenir les anémies. Les anomalies ne faisaient pas partie des douze priorités; mais on a saisi l'occasion qu'offrait l'enrichissement de la farine pour essayer de réduire le problème » (RÉP. 05).

On comprenait aussi la portée de la politique, ainsi que ses limites :

« Pour s'occuper des anomalies de façon intégrale, il faut des interventions plus complexes. L'enrichissement des aliments est une mesure plutôt rudimentaire, impliquant moins d'acteurs et à plus faible coût » (REP. 05).

Après avoir identifié les populations à risque, on a retenu trois types de mesures pour résoudre le problème de carence en fer et en acide folique :

- La distribution de suppléments : cette mesure cible la population à risque et implique l'ingestion de l'oligo-élément sous forme de pilule. *« Le problème est qu'il faut rappeler aux gens de prendre la pilule, sinon ils oublient. » (RÉP. 01)*
- L'amélioration de la diète en général : cette mesure nécessite des processus d'éducation et de sensibilisation de la

sur la prévention de la récurrence de grossesses affligées de défauts du tube neural et recommande l'administration de 0,4 mg d'acide folique aux femmes qui avaient donné naissance à un bébé ou un fœtus présentant un défaut du tube neural (OPS/OMS, sans année).

population à des régimes alimentaires sains. Cette mesure requiert cependant « une éducation en nutrition, des aliments riches en nutriments disponibles et accessibles et des effets à très long terme » (RÉP. 11). Les aliments renfermant les oligo-éléments nécessaires ne sont pas toujours accessibles à la population à risque, tout comme l'usage des nutriments qu'il faut considérer.

- L'enrichissement des aliments : on considère que cette mesure a un avantage, car on choisit « un aliment de consommation universelle, à très vaste couverture, qui respecte les habitudes alimentaires de la population » (RÉP. 11) et parce que « l'on constate les effets très rapidement, c'est-à-dire que le résultat est visible en peu de temps, la mesure est économique et les populations se rétablissent de la bonne façon » (RÉP. 12).

Le choix des aliments à enrichir dépend des habitudes alimentaires de la population, pour éviter de provoquer des changements aux habitudes d'achat, de préparation ou de consommation des aliments, et il faut « que les gens ne s'en rendent pas compte, que le goût demeure inchangé de même que les caractéristiques organoleptiques de l'aliment, c'est-à-dire que la couleur, l'odeur et le goût restent les mêmes » (RÉP. 08).

On considère que « l'enrichissement agit de la manière suivante : il règle d'abord les cas sévères et puis commence à baisser jusqu'au point où il se maintient et ne baisse plus car, dans ce cas, le problème n'est pas dû à la carence en acide folique, mais bien à d'autres causes » (RÉP. 12).

Pour prendre la décision « d'enrichir les aliments ou de distribuer des suppléments, il faut avant tout qu'il y ait des études expliquant la situation du problème au sein de la population, qui est touché et pourquoi. Enrichir est plus facile, car la population consomme l'aliment et la seule chose qu'il faut savoir, c'est combien de grammes elle consomme pour choisir la dose. » (RÉP. 12).

Parmi les trois options, on a choisi d'enrichir la farine de blé avec du fer et de l'acide folique, pour plusieurs raisons tant techniques que politiques :

Raisons techniques :

- Le pain est un des aliments les plus consommés au pays.
- La farine de blé est un aliment facile à enrichir et les oligo-éléments demeurent aussi stables que possible jusqu'au moment de la consommation.
- L'acide folique est « un oligo-élément à effet double, il aide autant pour l'anémie mégaloblastique que pour prévenir les anomalies congénitales du tube neural. » (RÉP. 01).

Raisons politiques :

- L'existence du décret n° 18 du 28 juillet 1958 par lequel est ordonné l'enrichissement de la farine de blé avec de la thiamine, de la riboflavine, de la niacine, du fer et du calcium.
- La négociation n'impliquait que de conclure des accords avec deux minoteries comme agents extérieurs.
- La proposition était réalisable, car il n'y avait pas de problème avec les facteurs de production nécessaires.

Pour le dernier point, l'équipe technique a aussi cherché la collaboration d'une entreprise pharmaceutique afin de connaître les prix du prémélange de vitamines, sa disponibilité, les économies d'échelle potentielles et les rabais au volume. Cette information était essentielle pour étudier la faisabilité de la proposition. Il a été établi qu'aucun facteur de production ne posait problème et toute l'information faisait partie de la proposition faite aux minoteries.

Plusieurs éléments ont convaincu le haut responsable du ministère de la Santé que l'enrichissement de la farine de blé avec de l'acide folique était une mesure adéquate pour le pays :

- Le consensus qu'« à la lumière des preuves que cela pouvait être bénéfique pour la santé, nous devons poser les gestes qu'il se devait » (RÉP. 04).
-

- En 15 ans on n'avait toujours pas réussi à réduire la prévalence des anémies par insuffisance de fer et d'acide folique dans le régime alimentaire des Costaricains.
- La mesure n'impliquait pas d'émettre un nouveau décret, mais simplement de modifier le dosage du fer et des autres vitamines du complexe B déjà défini dans le décret existant, et d'y ajouter l'acide folique.
- L'existence de recherches et d'expériences dans d'autres pays qui présentaient des résultats concluants quant à la diminution de l'incidence de spina-bifida et des problèmes du tube neural. « J'étais convaincu qu'il fallait le faire » (RÉP. 04).
- La politique d'enrichissement de la farine de blé s'est présentée comme une occasion pour les autorités sanitaires d'avoir un exemple probant de l'application de la directive par le ministère de la Santé.

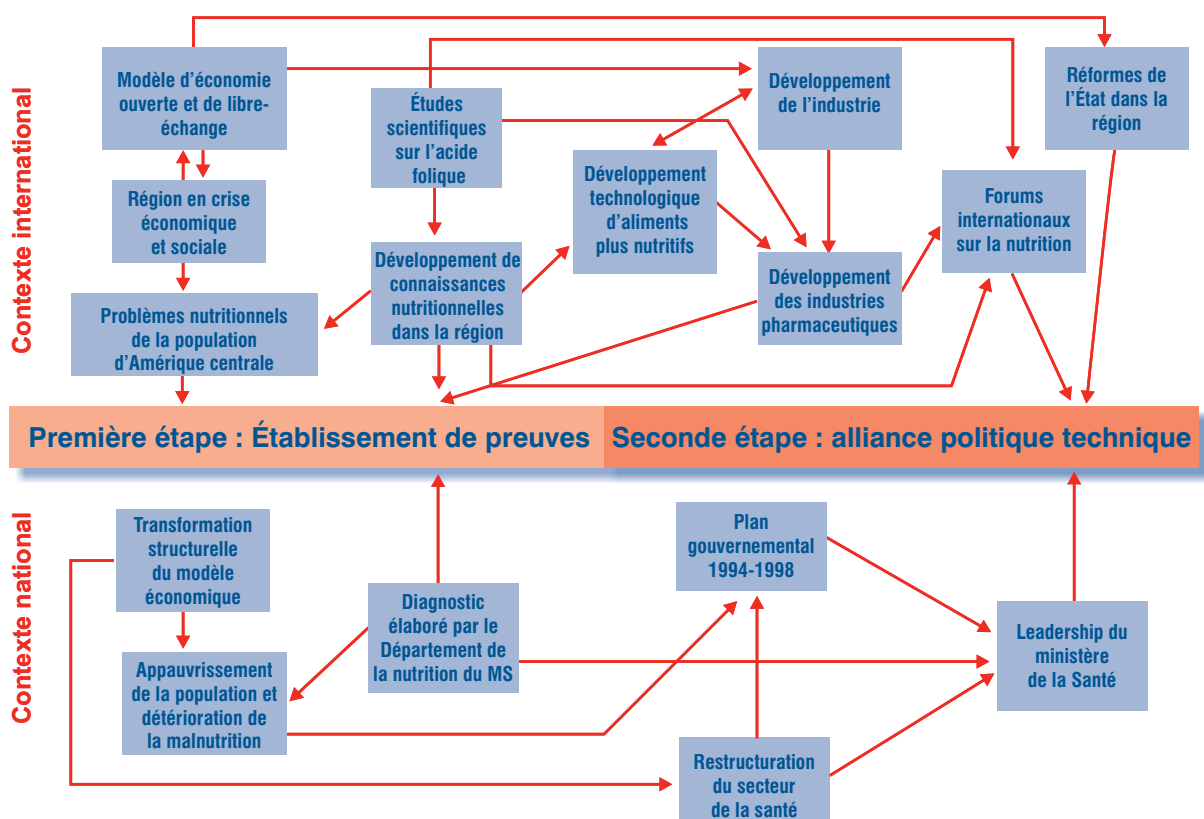
«... je ressens beaucoup de fierté quand on mentionne le Costa Rica sur ce sujet, surtout dans les forums car, dans d'autres pays, la politique rend les choses beaucoup plus difficiles et pose des obstacles. Au Costa Rica, je ne me souviens pas d'avoir été témoin d'opposition de la part de qui que ce soit, dans la partie politique, que ce soit pour la farine ou tout autre aliment » (RÉP. 12).

Pour toutes ces raisons, les autorités sanitaires ont choisi de déroger au décret n° 18 et de le remplacer par un nouveau décret reprenant les mesures techniques nécessaires à un véritable impact sur l'état nutritionnel de la population. Ce type d'instrument de politique a toujours été employé pour toutes les mesures d'enrichissement des aliments dont la Loi générale de santé est la pierre d'assise.

Le diagramme 2 résume toutes les conditions et facteurs qui ont mené à l'élaboration de la politique.

L'idiosyncrasie nationale que cette décision exprimait a joué un rôle primordial, comme le soulignent plusieurs répondants clés :

Diagramme 2 : Réseau de conditions et facteurs qui ont facilité la formulation de la politique



Troisième étape : Rencontrer les industriels

Lors de l'analyse des intervenants, le groupe technique et politique a considéré qu'il fallait convaincre les minoteries. On écartait d'emblée les boulangers, avec qui le ministère de la Santé avait eu des accrochages suite à l'adoption de la mesure visant à éliminer le bromate de potassium²⁷. On a donc convenu de négocier avec les minoteries comme agents extérieurs.

Pour les responsables en santé, il ne s'agissait pas de discuter avec les meuniers de la possibilité de modifier la formule d'enrichissement de la farine de blé, mais bien de chercher leur appui pour une décision du ministère de la Santé. On était toutefois bien conscient qu'une attitude d'imposition ne favoriserait pas un environnement propice à une bonne mise en œuvre de la politique. Comme l'a expliqué un des responsables :

« ... nous ne cherchions pas à ce que les meuniers acceptent le décret; la décision était prise. Nous voulions négocier leur appui, car autrement il aurait fallu créer des systèmes de contrôle très coûteux. On ne peut pas envoyer des policiers dans les minoteries pour qu'ils surveillent l'application des mesures » (RÉP. 05).

L'objectif était donc de convaincre les minoteries de l'importance de la mesure et de conclure avec elles un partenariat durable. On a préparé plusieurs stratégies pour la rencontre avec les industriels :

- Envisager la proposition d'un point de vue technique; fournir de l'information à jour sur les problèmes nutritionnels et sanitaires dans la population, leurs causes et les pistes de solution, tout comme les expériences d'enrichissement au pays et ailleurs dans le monde.
- Mettre à profit le partenariat avec l'industrie du sel : *« ...le fait que l'on enrichissait déjà le sel avec de l'iode et du fluor a beaucoup aidé. (...) lorsque nous rencontrions les meuniers, nous invitions*

aussi des représentants de l'industrie du sel, puisqu'ils voyaient l'enrichissement d'un bon œil et abordaient la question d'un point de vue de santé publique et non purement commercial » (RÉP. 01).

- Poursuivant dans la même veine, l'équipe technique avait reçu des conseils de l'UNICEF sur les droits et la responsabilité sociale, et on a pensé arrimer la proposition à l'idée d'« investissement social » (RÉP. 11).
- On pouvait aussi compter sur le partenariat de l'INCIENSA avec le Laboratoire de bromatologie. L'industrie pharmaceutique A participait au processus depuis la première étape du processus et son rôle pendant la troisième était de présenter aux industriels les détails techniques de l'ajout de nutriments aux aliments. Le ministère de l'Économie, de l'Industrie et du Commerce a aussi participé à la négociation avec les industriels.
- On a mené une étude des options et des coûts du prémélange, ainsi qu'une étude du prix du blé sur le marché.

Sur ce dernier point, les responsables de la santé s'inquiétaient du coût de l'enrichissement. Il était essentiel que les responsables se présentent avec de bons atouts à la table de négociation pour s'assurer que les consommateurs n'aient pas à payer le coût de l'enrichissement par une augmentation du prix.

« ... nous étions prêts à négocier pour obtenir des minoteries qu'elles paient le coût de l'enrichissement (...) Dans le contexte économique du pays, il était impossible de laisser augmenter le prix du pain, même avec les bienfaits de l'enrichissement » (RÉP. 05).

Les responsables avaient en main une étude des coûts et des fluctuations du cours mondial du blé qui montrait que la baisse du prix du blé ne s'était pas traduite par une réduction du coût à la consommation. Du point de vue des autorités, les conditions étaient idéales pour convaincre l'industrie meunière du bien-fondé de la politique. Le moment était juste, car les responsables avaient

²⁷ Un additif alimentaire que les boulangers emploient pour que le pain lève une fois au four. Le ministère de la Santé alléguait que le bromate de potassium était cancérigène..

de bons arguments pour contrer la logique du marché selon laquelle on recherche à optimiser les profits et à minimiser les pertes. Mais il n'a pas été nécessaire d'utiliser cet atout, car les industriels ont consenti dès le début.

« Nous nous préparions à une négociation ardue mais, en fin de compte, elle fut facile et rapide, et l'on a obtenu la pleine collaboration des deux minoteries (...) Le ministère de la Santé a participé à l'exercice, ce qui a donné beaucoup de force au processus » (RÉP. 05).

Par rapport à d'autres négociations avec différents industriels pour l'enrichissement d'un aliment, la plus haute autorité en matière de santé a considéré que la négociation avec les minoteries :

« ...a été le processus le plus simple (...), celui qui a reçu le plus d'acceptation d'entrée de jeu. Je ne me souviens pas qu'il y ait eu le moindre problème ou qu'une entreprise s'y soit opposée » (RÉP. 04).

Pour mieux comprendre, il faut remettre la situation des industriels dans son contexte au moment de la négociation et expliquer les conditions qui avaient mené à l'attitude positive des entrepreneurs face à la proposition du ministère de la Santé.

Comme il sera indiqué plus bas, la Minoterie 1 détenait le monopole de la production de la farine de blé jusqu'en 1979, date à laquelle la Minoterie 2 fait son apparition. Cette dernière demeure une opération de petite envergure jusqu'à la fin des années 1980, puis commence à croître dans les années 1990. Un participant décrit la situation ainsi :

«...en 1990, la Minoterie 2 représentait 12 % du marché des farines dans le pays; en 1996 et 1997, elle représentait alors autour de 30 %. Elle a pris beaucoup d'expansion, de sorte que la compétence pour améliorer la qualité, l'innovation, l'amélioration du produit et l'enrichissement jouaient un rôle important pour différencier les marques et les qualités de ces farines » (RÉP. 19).

C'est à cette époque que l'on commence à mettre l'accent sur les normes ISO 9000

d'assurance-qualité des produits. Cela a mené au développement d'importantes recherches sur l'acide folique et les industriels étaient au courant des pratiques d'enrichissement de la farine. Depuis les années 1980, on organisait des réunions internationales de l'industrie meunière où l'on discutait de l'enrichissement de la farine. Des fabricants de vitamines y présentaient des exposés sur ce sujet. Les gouvernements faisaient la promotion de l'enrichissement et l'entreprise privée participait aux discussions lors des forums. Il existait une communauté de vues sur le sujet en Amérique centrale et il était important de faire front commun au chapitre du commerce international.

De plus, les « partenaires commerciaux » des minoteries, les producteurs de pâtes en particulier, devaient s'assurer que les États-Unis acceptent leurs produits, ce qui impliquait de s'harmoniser aux normes d'enrichissement vitaminique USDA. De ce point de vue, la Minoterie 2 s'affairait en 1997 à la mise à jour des normes d'enrichissement pour les harmoniser avec celles du marché extérieur et pour répondre aux pressions de l'industrie des pâtes alimentaires.

« ... nous voulions que les grands utilisateurs, les fabricants de produits dérivés de la farine, puissent exporter leurs produits aux États-Unis et il fallait donc harmoniser les normes d'enrichissement avec celles de ce pays. Nous sommes parvenus à être aussi à jour que d'autres pays et nos partenaires connaissaient l'effet préventif de l'acide folique pour lutter contre les anomalies génétiques. C'est pourquoi les deux minoteries, la nôtre en particulier, ont accepté le projet. » (RÉP. 19).

Du point de vue de la Minoterie 2, il existait un vide en termes de réglementation par l'État, « il n'existait pas de réglementation nationale du complexe vitaminique que l'on ajoutait aux farines » (RÉP. 19). C'est pourquoi il a fallu se tourner vers l'extérieur pour connaître les paramètres à suivre. Tout comme les besoins spécifiques des producteurs d'aliments dérivés de la farine n'étaient pas couverts par le décret de 1958, lequel ciblait uniquement la farine de blé et non la semoule de blé, matière première de produits comme les pâtes alimentaires. Voilà comment la Minoterie 2 « s'harmonisait de façon volontaire aux normes des États-Unis » (RÉP. 19).

Les progrès technologiques à l'échelle mondiale pour mesurer adéquatement le dosage des oligo-éléments a aussi été un facteur important. Les laboratoires du pays n'étaient pas assez bien équipés pour vérifier le dosage approprié des oligo-éléments, et du point de vue de la Minoterie 2, on ne considérait pas le ministère de la Santé comme un « agent vérificateur » du respect de la norme. C'est pourquoi la Minoterie 2 a entrepris de réaliser des expériences chimiques avec du iodure de potassium pour établir la concentration des particules de fer ferreux dans les farines. L'industrie nationale a pu ainsi éviter d'envoyer les échantillons à l'étranger pour les faire analyser. Les entreprises se sont mises à investir en technologie (achat de doseurs volumétriques et gravimétriques) et à embaucher du personnel spécialisé en technologie des aliments. Ce développement a été un heureux mariage avec l'initiative gouvernementale.

Toutefois, il faut signaler que l'image qu'avait la Minoterie 2 du gouvernement différait de celle de la Minoterie 1 en raison de l'histoire propre à chaque entreprise. La réglementation relative à l'enrichissement de la farine existait depuis la création de la Minoterie 1 et les laboratoires du ministère de la Santé se chargeaient d'approuver l'importation du prémélange. Le premier directeur général de la Minoterie 1 était chimiste et avait toujours manifesté de l'intérêt pour l'enrichissement et entretenu des relations étroites avec le gouvernement et, en particulier, avec le ministère de la Santé. Dans le cas de la Minoterie 2, en apparaissant dans le contexte de l'ouverture commerciale, le gouvernement était perçu comme un obstacle qui imposait des « contrôles désuets » et « ne permettait pas le développement du marché comme il le fallait, en imposant des obstacles au libre-échange ». On ne constatait aucun appui de la part des ministères, et le ministère de l'Économie et du Commerce (MEIC) était celui avec lequel il y avait davantage de contacts mais il exerçait un contrôle des prix au lieu de « vraiment promouvoir le développement ». On avait l'impression que l'intérêt de l'État était de « maintenir un contrôle policier sur un article du panier de base qui était conçu de façon erronée ». En résumé, la perception du gouvernement depuis l'entrée en scène de la Minoterie 2 était « décevante » (RÉP. 19).

Dans cette perspective, l'enrichissement de la farine incombait à l'industrie et des paramètres furent ainsi établis :

«... comme il n'existait pas de norme, il s'agissait donc d'un dosage qui, pour l'application dans la pratique, existait réellement et avait toujours existé même en l'absence de véritable réglementation et de normalisation; il était en fait plus symbolique que réel. C'est pour cette raison que, sur l'initiative des minoteries et compte tenu d'efforts d'exportation combinés entre différents organismes privés, on a mis en œuvre le processus réglementé d'enrichissement des farines et qu'on a même instauré des formulations, et qu'on a recherché des complexes vitaminiques qui protègent les vitamines en agissant en quelque sorte comme des revêtements de nature à leur faire supporter les séchages à de très hautes températures et que l'on a vraiment entamé un processus de concurrence intense entre les minoteries, dont bénéficie directement le consommateur » (RÉP. 19).

C'est dans ce contexte qu'a eu lieu une rencontre de chefs d'entreprises avec l'équipe technique et les politiciens du ministère de la Santé. En fait pour convaincre les industriels, le gouvernement fondait sa proposition sur divers éléments :

- La stratégie de l'équipe technique du ministère de la Santé a été convaincante parce qu'elle présentait la situation nutritionnelle du pays en se fondant sur des arguments, sur les implications relatives aux problèmes de santé dans les groupes de population les plus démunis et parmi les femmes enceintes, ainsi que sur les mérites et l'impact de l'enrichissement de la farine²⁸. Comme le disait l'un des industriels : « Le ministère avait fait état de la nécessité et avait sensibilisé la population au problème » (RÉP. 17).

²⁸ Divers répondants interrogés s'accordent pour exprimer leur surprise et leur satisfaction face à la facilité avec laquelle les minoteries avaient accepté la mesure en question, et ils soulignent la façon dont l'industrie était parvenue à se rallier à une cause impliquant la santé publique : « ils étaient bien convaincus qu'il existait des maladies qu'ils pouvaient contribuer à prévenir » (RÉP. 12).

- Les coûts étaient faibles mais les avantages importants. Selon le raisonnement des industriels : « le coût était pratiquement infime, (...) et pour cette raison tout se passait très bien dans ces réunions ». (REP. 18); « il s'agissait de faire quelque chose de valable à peu de coûts (...); c'était une proposition gagnante » (REP. 19)²⁹.
- Le décret de 1958 demeurait en vigueur, même si on le jugeait désuet. Les deux entreprises enrichissaient la farine, et la nouvelle proposition n'impliquait de changements que dans le dosage et l'ajout d'acide folique à la formule; Il suffisait de modifier l'équipement et le formule de prémélange.
- La même entreprise avait déjà déployé des efforts d'exportation concertés face au processus de concurrence intense. Les deux minoteries, tout en étant concurrentes, étaient dans les mêmes conditions. Il fallait veiller à maintenir l'association stratégique avec les partenaires exportateurs qui demandaient que leurs produits soient acceptés à l'extérieur.
- L'enrichissement coïncidait avec les exigences d'amélioration de la qualité du produit, ce qui impliquait une concurrence accrue et une meilleure acceptation du produit sur le marché international. L'ajout d'acide folique à la farine était un moyen de différencier le produit sur le marché. Cela permettait aux industriels de présenter leurs produits comme étant des articles innovateurs et facteurs de santé et de bien-être social.
- Les expériences antérieures d'enrichissement d'aliments et de produits de consommation de masse qui avaient été fructueuses. À cet égard, l'expérience des entrepreneurs aidait à faire pencher la balance parce qu'ils s'étaient présentés aux négociations en tant qu'alliés de l'équipe technique en démontrant l'impact positif de l'iodisation et de la fluoration

du sel sur la santé de la population. En plus d'indiquer comment le sel iodé et fluoré était très attrayant pour le marché extérieur.

- Les expériences réalisées dans d'autres pays avec la farine de blé enrichie avaient eu un certain impact.

Comme le disait l'un des industriels :

« Je crois que ce fut un bon bouillon de culture pour empêcher que le processus ne soit entravé d'aucune manière et qu'il suive son cours » (REP. 19).

Selon les techniciens :

«... c'était quelque chose qui devait arriver étant donné ses mérites » (REP. 11).

Les entrevues montrent bien que les arguments avancés par le Ministère ont réussi à convaincre les industriels. Selon la Minoterie 1, l'entreprise s'était donné pour but d'améliorer la santé d'un groupe important de la population :

« Dans ce sens, l'entreprise avait vraiment la volonté de le faire (...) Jamais elle n'avait refusé son appui parce qu'il s'agissait d'une question de bien-être social » (REP. 17); « nous étions tous d'accord (...) les entreprises étaient disposées à le faire » (REP. 17).

Ce qu'il vaut la peine de souligner c'est la façon dont les industriels se sont comportés d'une façon caractéristique de l'industrie nationale, ce qui la distingue par rapport à d'autres pays. C'est une marque de fierté face à d'autres pays et cela permet de s'identifier à des valeurs propres pour défendre la santé publique au pays. On peut dire que l'expérience des fabricants de sel était avant-gardiste et qu'ils avaient déjà amorcé un certain cheminement dans ce que, plus tard, on appellera la « responsabilité sociale ». Comme le disait l'un des industriels :

« ... c'est l'une des caractéristiques qui nous sont propres, à nous Costaricains, depuis un certain temps déjà : nous sommes habitués à ce genre de

²⁹ « En ce qui concerne les coûts, l'enrichissement revient à moins de 0,5 % du prix de la farine pour le consommateur, ce que l'on considérait comme un coût relativement faible pour un impact élevé ».

choses à caractère social et c'est aussi très naturel pour nous; la vérité, c'est que, dans de nombreux pays, il n'en est malheureusement pas ainsi » (RÉP. 18).

Cette perception est aussi corroborée par une autre personne qui a participé au processus du point de vue technique :

«... une industrie qui s'identifie de très près aux problèmes de santé (...) et qui est très heureuse quand on la convainc des raisons pour lesquelles elle travaille (...) Je ne dis pas qu'ici c'est la panacée mais les gens manifestent beaucoup de volonté » (RÉP. 12).

Le Diagramme 3 illustre le réseau de conditions et de facteurs qui ont favorisé la négociation de cette politique.

Diagramme 3 : Réseau de conditions et facteurs qui ont facilité la formulation de la politique

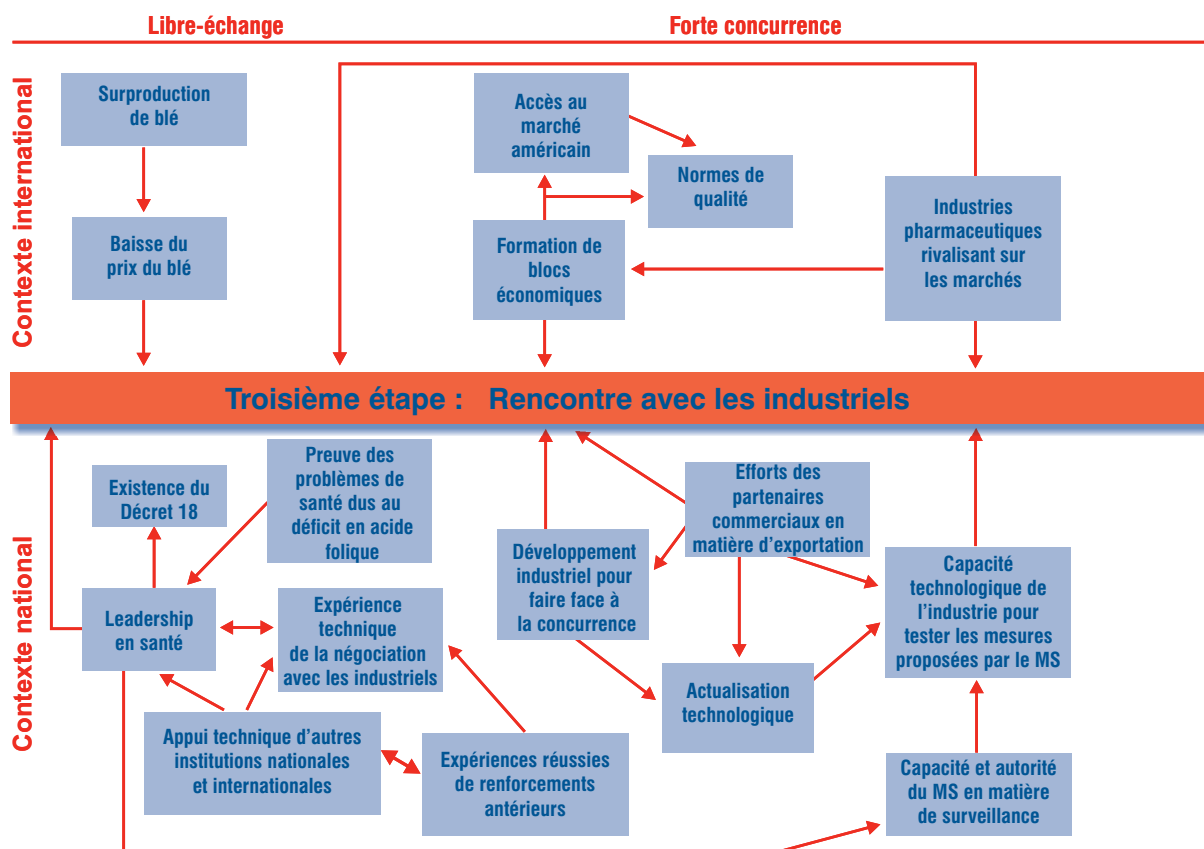
Conception de la politique en vue de sa mise en œuvre

Préciser les critères de réglementation

L'enrichissement ayant été convenu, il fallait dès lors se pencher sur les aspects techniques et technologiques. Selon les propos de l'un des acteurs :

« Ce fut une période de recherche, d'échanges et de dialogue où il s'agissait de déterminer si la chose était faisable » (RÉP. 15).

C'était le moment de chercher à dissiper une série d'inquiétudes soulevées à l'égard du procédé d'enrichissement proprement dit, à savoir : éventuels changements organoleptiques qui se produiraient dans la farine ou dans les produits alimentaires dérivés; stabilité du fer et de l'acide folique sous l'effet de températures élevées; homogénéité du mélange; dosage différent pour la



semoule et pour la farine. Les minoteries s'étaient ralliées à la nécessité de doser correctement les oligo-éléments dans les farines. Selon le répondant 19, on assistait à une « prise de conscience que le secteur privé adoptait de son propre chef » car les industriels tenaient à garantir l'innocuité de leurs produits pour la santé des consommateurs sans attendre de se faire imposer cette mesure par l'État.

L'étape de la négociation de la politique avait pu compter sur la présence des directeurs généraux ou des directeurs financiers des deux entreprises ainsi que des autorités sanitaires. Pour cette autre étape, l'équipe technique du ministère de la Santé s'occupe de surveiller le processus tout en faisant appel aux conseils de l'INCAP, de l'INCIENSA (côté technologie) et du MEIC, mais la tâche proprement dite est assurée de manière centrale par les services de production et d'assurance de la qualité des entreprises, de concours avec l'industrie pharmaceutique A, qui fournit le prémélange. Dans ce contexte, voici ce que fait valoir l'une des répondantes clés du ministère de la Santé :

« En tant qu'institution publique, nous ne disposons pas de toutes les ressources nécessaires pour pouvoir démontrer les choses – par exemple, ils voulaient que nous leur démontrions que cette formulation ne changeait pas les propriétés organoleptiques de la farine – mais nous, nous n'avions pas les ressources pour le faire. C'est une faiblesse de l'institution comme telle, mais c'est également une force car ils (les industriels) s'impliquent davantage et maîtrisent le procédé comme s'il leur appartenait. Comme ils ont les ressources nécessaires, ils ont fait les essais qu'il fallait et ils ont constaté qu'il n'y avait pas de problème » (RÉP. 11).

L'industrie pharmaceutique A a offert son appui en offrant des échantillons pour l'adéquation de la formule du prémélange aux besoins énoncés par le ministère de la Santé. Les responsables ont démontré ainsi que « la proposition du gouvernement est faisable sur le plan technique » (RÉP. 21), tout en offrant des informations sur les coûts d'équipement.

« ... on a fait appel à notre aide pour le volet application technologique; nous avons contribué en proposant des informations et une méthodologie

analytique et en présentant des échantillons du produit. Nous avons également participé à la vente de ce produit destiné aux minoteries, quand nous étions compétitifs sur le marché » (RÉP. 21).

Les coûts d'enrichissement n'étaient pas jugés élevés, mais la nouvelle mesure exigeait des essais de marché pour vérifier si le produit ne serait pas altéré. La Minoterie 2 a proposé ses laboratoires pour procéder aux essais et l'industrie pharmaceutique A a fourni le prémélange pour que les industriels mettent le dosage à l'essai et observent les résultats du produit fini. Ils ont effectué toute une série d'essais jusqu'à obtenir la préparation vitaminique recherchée.

L'industrie pharmaceutique A n'a pas été la seule à participer, l'industrie pharmaceutique B ayant été invitée au début du processus, mais celle-ci s'est retirée par la suite. Le ministère de la Santé avait déjà travaillé avec l'industrie A à plusieurs reprises et les responsables s'étaient toujours montrés prêts à assister aux réunions avec les industriels, à faire don des premiers échantillons et à travailler de concert avec le Ministère et les industriels jusqu'à obtenir le produit requis.

L'industrie pharmaceutique A a offert son appui en procédant à toute une série de contrôles touchant les aspects suivants : formulation, essais dans des conditions réelles, essais de stabilité de l'acide folique au moyen d'analyses chimiques démontrant la teneur en oligo-éléments du produit fini à distribuer à la population cible, et assurance de la qualité au sein de l'usine afin de garantir l'homogénéité du prémélange.

Bon nombre des doutes et des aspects à envisager sur le plan technique coïncidaient avec les sujets de préoccupation des fabricants de produits alimentaires dérivés de la farine. Au nombre des problèmes, ils signalaient notamment la perte d'oligo-éléments lors de la transformation de produits tels les pâtes, qui se fait à des températures très élevées. La production de pâtes nécessite de la semoule de blé et des doses spéciales d'oligo-éléments pour éviter leur perte au cours du séchage. La Minoterie 2 a demandé que l'on réduise la teneur en fer de la semoule, et ce conformément aux normes des États-Unis et afin d'éliminer la présence de points noirs dans les pâtes. Le ministère de la Santé y a consenti.

Pour garantir la stabilité des oligo-éléments, il fallait des enrobages pour recouvrir certaines vitamines et empêcher ainsi leur volatilisation sous l'effet de hautes températures. L'industrie pharmaceutique avait mis au point la technologie nécessaire pour y remédier.

Le ministère de la Santé avait sélectionné des meuniers comme acteurs clés pour atteindre son objectif d'enrichissement de la farine, alors que les minoteries elles-mêmes s'occupaient d'intégrer les intérêts des producteurs alimentaires. Cet élément a donné plus de poids à la proposition et à l'impact de la politique d'enrichissement, car il permet de rajuster la formule pour obtenir des produits dérivés de la farine enrichis en bonne et due forme. Des essais de thermotolérance ont été effectués dans des usines de production de pain et de biscuits.

« Nous transférons l'enrichissement indirectement à d'autres entreprises (...); je puis vous assurer que nul ne peut échapper à ses bienfaits » (RÉP. 18).

Le Regroupement des industries alimentaires a participé au processus et quelques exportateurs ont activement contribué aux essais. Dans les laboratoires de la Minoterie 2, ils participaient au microdosage, en vérifiaient l'adéquation dans le produit fini et offraient ensuite des échantillons à chacun des acteurs afin qu'ils puissent constater que le produit fini était conforme à la norme.

Contrairement aux minoteries, la Chambre costaricaine de l'industrie alimentaire a fait preuve d'une certaine réticence face à la proposition du gouvernement, du moins au départ. Cette réticence était surtout attribuable à l'image que l'on se faisait du gouvernement et de ses institutions, en plus des expériences vécues, particulièrement sous l'optique du conseil de direction du regroupement. Il y régnait un climat de méfiance à l'égard du travail effectué par le ministère de la Santé, qui était dévalorisé par la même occasion. On lui reprochait d'avoir négligé ses responsabilités et affaibli le marché, notamment par la bureaucratisation du processus d'inscription des nouveaux produits, l'absence de réglementation à l'endroit de la concurrence déloyale, ainsi que le manque de surveillance de l'étiquetage des produits importés et des dates de péremption. Le Ministère n'était pas perçu comme un organe

protecteur du consommateur ni des producteurs locaux, et on ne lui reconnaissait pas la capacité d'assumer ses fonctions de réglementation. On pensait que le gouvernement n'était pas au courant de la réalité de l'industrie et que ses propositions et interventions étaient systématiquement défavorables à la compétitivité industrielle. Ce regroupement s'attachait à l'époque à inciter les industries alimentaires à augmenter leur production et leur marge de bénéfices, et c'est dans cet esprit que le projet d'enrichissement de la farine de blé a été perçu comme un avantage pour les entreprises. *« Répondre à la demande du Dr X voulait dire s'éloigner du plan stratégique » (RÉP. 20).*

Voici quelques propos qui résument les premières impressions de ce regroupement :

« Regardez bien! On va nous imposer quelque chose que les entreprises devront respecter, sans que l'État n'y mette quoi que ce soit de sa part, où les coûts vont augmenter, et sans que nous sachions quelles en seront les répercussions » (...). « Pourquoi l'État ne s'occupe-t-il pas d'enrichir l'eau? C'est un service public, après tout... ». Il n'y a aucune raison d'obliger un groupe ou un secteur concret à augmenter une partie de ses coûts; ainsi, la première impression n'a pas été favorable » (RÉP. 20).

La méfiance régnait sous cette optique et les gens s'interrogeaient sur l'existence d'autres intérêts occultes, par exemple dans l'industrie pharmaceutique A, qui tenait à vendre ses produits. Cette impression s'est modifiée progressivement à mesure que l'équipe technique présentait des preuves et expériences à l'échelle mondiale. *« Ce type de travail a été un peu mieux accepté dès lors » (RÉP. 20).*

Une fois persuadés, les membres de ce regroupement ont cherché à obtenir un avantage quelconque pour les affiliés, telle la réglementation des importations de biscuits non enrichis. *« Nous voulions voir s'il était possible d'invoquer l'enrichissement comme prétexte pour créer un obstacle commercial » (RÉP. 20).* Mais le Ministère n'y a pas consenti et les règlements seraient exclusivement imposés sur les importations de farine de blé. Le regroupement a fini par céder et accepter la mesure :

« ... Nous avons constaté que toutes sortes d'idées farfelues étaient en train de circuler, par exemple que nous étions peut-être animés d'une malice indigène, que nous cherchions peut-être à tirer parti de l'enrichissement de la farine sur le plan économique et commercial, que les choses ne fonctionnaient pas de la sorte, etc. Nous avons donc commencé à céder à ce chapitre pour nous laisser persuader en définitive que l'enrichissement était important, adienne que pourra. Tous les « nuages » de la journée se sont dissipés » (RÉP. 20).

Pour le ministère de la Santé, il était essentiel que l'enrichissement de la farine de blé s'inscrive dans une politique de santé publique. C'est pourquoi, à l'étape des négociations, le Ministère ne pouvait permettre que la démarche soit utilisée pour pousser à la consommation des aliments enrichis, car cela créerait de nouveaux problèmes de santé pour la population.

Le rôle de surveillance assumé par l'équipe technique du ministère de la Santé a été bien valorisé par les entrepreneurs et l'expérience s'est avérée bonne pour les techniciens eux-mêmes :

« ... Nous n'avons jamais eu l'impression que l'orientation, du moins celle que le Dr X a donnée au processus, a été hostile ou imposante, mais au contraire, qu'elle était concertée et qu'il s'agissait de rallier nos efforts pour obtenir des résultats concrets à l'égard d'une diminution du problème du tube neural. (...) La relation du ministère de la Santé avec les entreprises privées a été très bien gérée et n'a jamais suscité la moindre polémique ou le moindre conflit. On s'attachait à chercher les aspects reconnus et réalistes qui s'avéraient nécessaires, objectivement parlant, pour obtenir le résultat pratique recherché ». (...) Les travaux ne se déroulaient pas dans un climat de surveillance « policière », mais dans la certitude que chacun était en train de faire le travail qui lui incombait » (RÉP. 19).

Sous l'optique du Dr X :

« Nous avons dû réviser la bibliographie (...). Le gérant de la Minoterie 2 nous a transmis des questions par courrier électronique à plusieurs reprises; nous avons répondu dans tous les cas, et le dialogue a été très fructueux sur le plan technique ». « ... le Ministère n'a jamais eu de

différend verbal ou par écrit avec l'industrie, et les avis reçus sur le thème de la vitaminisation ont toujours été très techniques, c'est-à-dire que l'on a conservé tous ses esprits à ce chapitre » (RÉP. 01).

On peut affirmer que le type de relation qui s'est établie entre l'équipe technique et les industriels a permis à ces derniers de vivre une expérience différente avec des entités gouvernementales. Cette dynamique a réussi à rompre avec les attitudes défensives et l'opposition, voire avec la bureaucratisation du processus de la part de l'équipe technique. D'où les diverses affirmations recueillies lors des entrevues indiquant que le processus s'était avéré très fluide.

« C'est la confiance qui a permis que le projet se déroule de manière fluide et expéditive » (RÉP. 19).

La rédaction du décret

Pour les industriels, le processus s'est caractérisé par une grande transparence et tout le monde était renseigné au fur et à mesure : « nous étions tous parfaitement au courant » (RÉP. 18). Les acteurs ont eu accès aux divers avant-projets du décret et ils ont pu les réviser, ce qui les a progressivement engagés à en respecter le contenu. Ainsi, au moment de la parution de la norme, les industriels étaient préparés pour sa mise en œuvre.

« ... il se passe ici des choses inédites (...) la politique du gouvernement et du ministère de la Santé m'a toujours semblée très bonne dans ce contexte (...), les problèmes étaient résolus dans des délais raisonnables et à des coûts abordables (...) j'étais très content de tout cela. (...) il me semble, quant à moi, que tout s'est très bien passé; il y avait tout un processus d'information et de formation à l'intention de ceux qui avaient la responsabilité de mettre les choses en œuvre et nous étions tous d'accord pour le faire » (RÉP. 18).

Selon une conseillère internationale qui a participé au processus :

« Tout était extrêmement bien concerté... Quand le décret a été publié, les industriels étaient déjà en train d'enrichir leurs produits. Ils n'ont pas attendu que tout soit prêt pour être de la partie. Tout semblait très logique et se justifiait en soi » (RÉP. 15).

Selon l'optique de la Direction des affaires juridiques du ministère de la Santé :

« le dossier a été très transparent, sans la moindre pression ni opposition de la part d'aucun des acteurs » (RÉP. 10).

En rétrospective, le ministère de la Santé de l'époque fait les réflexions suivantes :

« ... pour qu'un train puisse avancer, il faut commencer par le mettre en marche et, pour cela, il faut du carburant. Nous avons tous constitué l'équipe et comme j'étais seul à pouvoir prendre la décision en tant que chef de groupe, je l'ai prise et nous avons rédigé le décret approprié » (RÉP. 04).

Le ministère de la Santé comptait sur la crédibilité et l'appui du président de la République, qui s'identifiait de près à la cause de la santé et participait à des activités du secteur, donnant fréquemment son avis.

Le décret a été rédigé par l'une des membres de l'équipe technique du ministère de la Santé avec l'appui de la représentante du MEIC pour les besoins de révision de la structure du libellé et les procédures à suivre pour son entrée en vigueur. Le libellé s'inspirait de décrets rédigés au Guatemala, pays qui avait déjà modifié l'enrichissement de la farine de blé. Quant aux éléments techniques du décret, on s'est également inspiré de la participation à des ateliers de l'Amérique centrale sur la vitamínisation d'aliments. Le processus suivi pour la rédaction du décret est schématisé au Diagramme 4.

Le Décret exécutif n° 26371-S déroge au Décret n° 18 et établit un règlement pour l'enrichissement de la farine de blé de qualité alimentaire. Ce règlement impose l'enrichissement de la farine de blé au fer et à l'acide folique et sa reconstitution à base de thiamine, riboflavine et niacine. La différence par rapport au Décret n° 18 réside dans une augmentation du dosage des oligo-éléments, l'élimination du calcium et l'ajout de l'acide folique, tel qu'illustré au Tableau 1.

Ce décret s'applique à la farine et à la semoule de blé destinées à la consommation

nationale, quelle que soit leur provenance, soit du pays soit de l'étranger. Il a exigé la mise à hauteur de l'équipement industriel, notamment à la Mlnoterie 1, qui a dû se procurer de nouveaux appareils de dosage conformes à la norme.

Diagramme 4 : Approbation de la politique

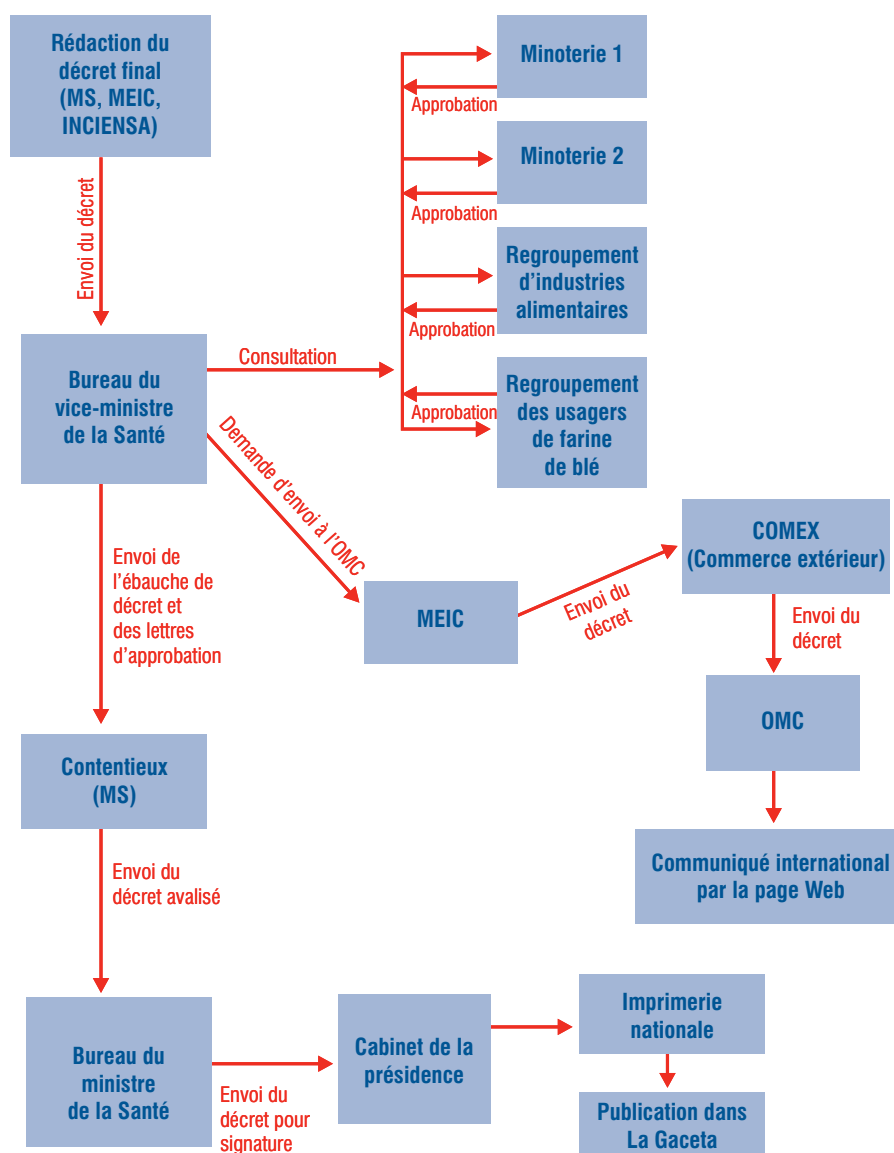
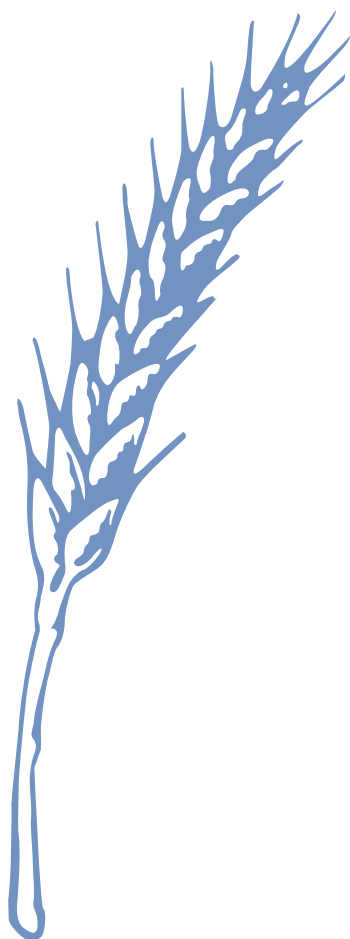


Tableau I : Niveaux d'enrichissement selon le décret

Nutriments	Décret N° 18 (1958)		Décret N° 26371-S (1997)	
	Minimum (mg/kg)	Maximum (mg/kg)	Farine de blé (mg/kg)	Semoule de blé (mg/kg)
Tiamine	4,4	5,5	6,0	6,0
Riboflavine	2,6	3,3	4,0	4,0
Niacine	35,2	44,0	55,0	55,0
Fer (élémentaire)	28,7	36,4	60,0	60,0 (minimum)
Calcium (ion)	1 100,0	1 377,8	—	—
Acide folique	—	—	1,5	1,5



VII. CONCLUSIONS

La formulation, la négociation et la prise en charge de la politique en matière de farine enrichie à l'acide folique ont été possibles grâce au concours de diverses conditions favorables et à la contribution de divers acteurs. Force est de souligner la manière dont un petit groupe de techniciens a réussi à tisser des alliances et à mobiliser des acteurs pour atteindre un but. L'équipe a su tirer parti des conjonctures favorables et créer un climat de confiance, de participation et de consensus. Elle y est arrivée en s'inspirant de données scientifiques, d'essais probants réalisés dans d'autres pays et d'expériences nationales également réussies. Ce petit groupe technique s'appuie sur un acquis de plusieurs décennies dont bénéficiait le ministère de la Santé. Tout cela lui donne la crédibilité voulue pour agir et lui permet de diriger le processus avec succès. À l'Annexe 4, on trouvera une synthèse des intentions, des capacités, des besoins, des alliances et des conflits parmi les divers acteurs sociaux qui s'étaient ralliés pour formuler cette politique.

À la Figure 5, on trouvera un schéma du degré d'implication des divers acteurs au processus de formulation de la politique. La figure est organisée en cercles concentriques, et les acteurs les plus impliqués sont indiqués au centre tandis que ceux qui ont appuyé le processus de manière plus marginale sont en périphérie. Les acteurs présentés dans les cercles de couleur verte indiquent une participation dynamique pour l'obtention d'un résultat positif au niveau de la formulation de la politique. Ceux qui sont présentés dans des cercles incolores ont officiellement participé aux négociations en vue d'établir la politique, mais non pas à sa formulation. L'acteur présenté en rouge s'est opposé au processus au départ mais il a fini par se prononcer en faveur de l'initiative. La dimension des cercles révèle également le degré d'importance des acteurs dans les négociations.

Voici ce qu'a répondu l'une des autorités sanitaires à la question de savoir à qui il fallait attribuer la réussite de cette politique :

« Cela a été possible grâce au travail en équipe (...) si je dois attribuer la réussite à quelqu'un, je dirais que c'est au Ministère, un ministère central qui a su assumer le leadership, pour le volet technique comme pour le volet politique. Les décisions prises n'auraient pas pu voir le

jour sans l'importante contribution technique des fonctionnaires responsables du secteur de la surveillance nutritionnelle, avec tout ce que cela comporte au niveau des travaux de collecte de données, de recherche et d'analyse. Il s'agit vraiment d'une réussite du Ministère (...) et ce fut une mesure de santé publique avant tout » (RÉP. 05).

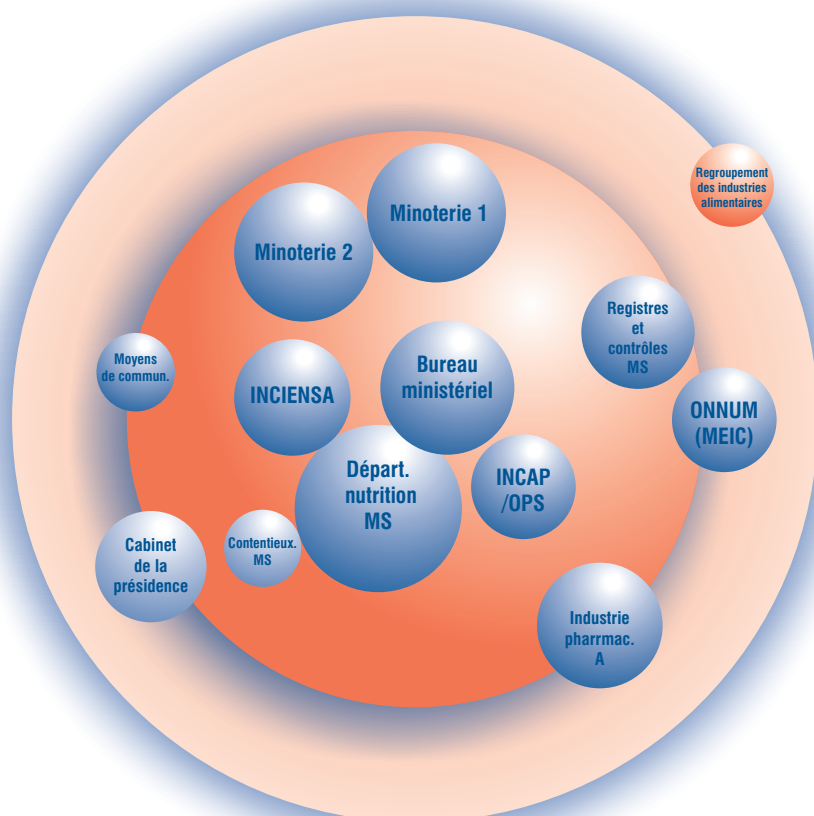
Reprenons les propos d'une autre informatrice du secteur public :

« ... selon moi, ils (les membres de l'équipe technique) étaient l'élément moteur en tête et ils avaient derrière eux l'engrenage qu'il fallait pour les appuyer » (RÉP. 13).

Selon les industriels :

« la coordination du ministère de la Santé nous a permis de conclure des ententes avec nos concurrents. (...) La coordination avec l'industrie s'est avérée appropriée » (RÉP. 17).

Diagramme 5 : Participation des acteurs dans la formulation de la politique



Historiquement parlant, la Minoterie 1 avait toujours participé à l'enrichissement de la farine, mais elle se contentait d'appliquer les règlements, alors que, cette fois-ci, elle participait pour la première fois à l'élaboration de la politique proprement dite. C'était là une différence importante. Selon l'un des répondants : « c'était la première fois que l'entreprise participait de près à un processus politique en matière de santé » (RÉP. 17).

C'était là une innovation en matière de prise de décision : l'équipe technique avait réussi à créer les conditions nécessaires pour une interaction différente entre les secteurs public et privé. Il n'était plus possible d'adopter des politiques d'imposition ou de réglementation du commerce comme dans les décennies antérieures où elles étaient conçues par l'État, d'où la nature indispensable des processus de concertation et de persuasion de tous les intervenants en vue de pouvoir bâtir une politique ensemble.

À ce chapitre, l'équipe technique qui dirigeait le processus avait été un précurseur par rapport à ce que l'on appellera plus tard la « responsabilité sociale ». Il s'agissait de faire en sorte que les entrepreneurs renoncent à une vision selon

laquelle il leur suffisait de payer leurs impôts pour s'acquitter de leurs responsabilités et qu'ils assument un engagement plus poussé vis-à-vis de la société en s'impliquant activement dans la conception et la mise en œuvre de certaines politiques.

Évidemment, il aurait été impossible d'envisager une mesure sanitaire comme l'enrichissement ou la vitaminisation des aliments sans tenir compte du processus d'industrialisation nécessaire à la production d'aliments et du développement industriel sur le plan technologique. C'est pourquoi l'enrichissement exigeait l'engagement du secteur commercial et sa volonté d'assurer un suivi rigoureux de l'observation des normes.

Selon une conseillère internationale, l'équipe technique a réussi à mettre au point une expertise très valorisée dans le domaine :

« ... ce n'est pas tout le monde qui maîtrise l'art de négocier, et la négociation y est pour beaucoup dans le cas qui nous occupe (enrichissement de la farine) » (RÉP. 15).

Dans ce contexte, l'équipe technique a également réussi à intégrer la notion de « défense des droits » et à la mettre en pratique.

« ... Je me souviens qu'ils (les membres de l'équipe technique) ont commencé à incorporer de nouveaux concepts très intéressants comme la question de la défense des droits, par exemple. La défense des droits est un élément très pratique qui prend tout son sens du moment que l'on a une idée stratégique claire de ce que l'on prétend accomplir, car se porter à la défense des droits signifie dès lors sensibiliser une collectivité, comme celle des entrepreneurs, qui détient un pouvoir économique ainsi que les secteurs de la structure de l'État qui se chargent en définitive de rédiger le décret » (RÉP. 16).

Un élément fondamental qui permet d'orienter la tâche de défense des droits est l'approche relative aux droits, le droit à la santé étant le pivot de toutes les mesures prises dans ce domaine. À cet élément s'ajoute celui de la responsabilité sociale, et tous deux devaient se traduire par des pratiques institutionnelles et sociales qui se sont

matérialisées dans le cadre de cette expérience d'enrichissement de la farine.

Cela dit, il importe de signaler que, dans le processus de formulation, de négociation et d'approbation de la politique, les grands absents ont été justement les bénéficiaires de la politique. On a en effet négligé de consulter des communautés et certains groupes représentatifs de la population et on s'est contenté de les renseigner au moyen d'une conférence de presse (le 27 mai 1997) une fois que le décret était déjà rédigé. En se prévalant du principe de bienfaisance, le ministère de la Santé a pris la décision sans consulter la population car il pensait que la mesure n'allait faire de tort à personne et que les gens comptaient sur lui pour prendre ce type de décision en leur nom. C'est ce qui ressort clairement des propos des autorités sanitaires :

« ... car le ministère de la Santé le disait, il disait qu'il allait faire beaucoup de bien, car nous jouissons d'une approbation quasi tacite à l'égard de toutes les mesures de ce genre que nous prenons » (RÉP. 04).

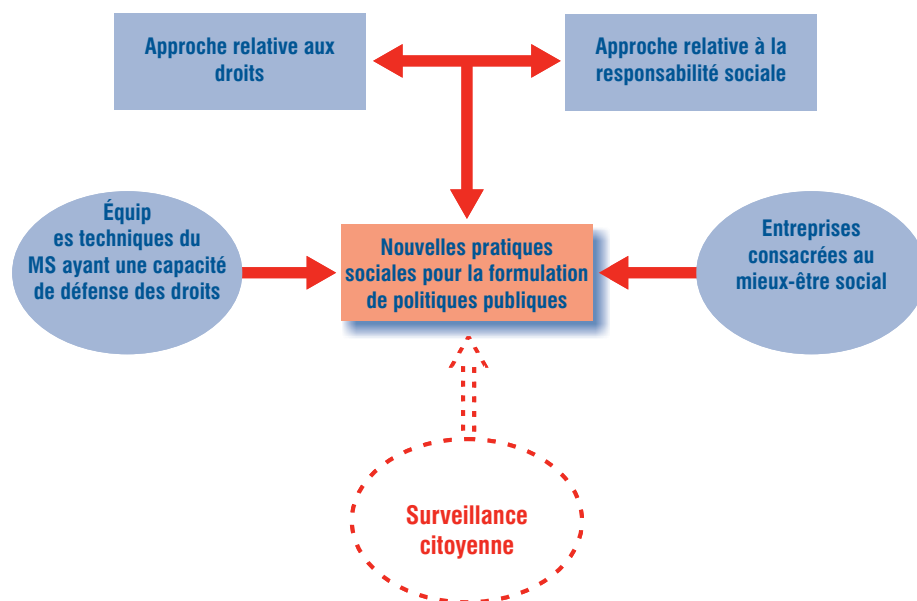
Selon l'optique des autorités sanitaires, on est parti de l'idée d'un « avantage prouvé » n'impliquant aucune conséquence négative à craindre, et c'est pourquoi on a estimé que l'essentiel était d'informer la population, et non pas de la convaincre. On se fondait également sur une vision de gestion efficace : « pour que ce type d'intervention soit viable, il faut chercher des acteurs clés au lieu de se dépenser inutilement ».

Dans cette décision, on faisait néanmoins abstraction de l'approche touchant les droits de la personne au sens le plus large, selon laquelle c'est à l'État qu'il incombe de mettre en œuvre et de surveiller l'exigibilité du droit. D'où l'importance de créer les conditions nécessaires pour inciter la population à exercer elle-même une véritable surveillance et devenir une véritable alliée du gouvernement dans le suivi et la surveillance technique du procédé d'enrichissement. C'est ce qui « crée le tissu social », comme le fait valoir le répondant 16. On en trouve l'explication dans les caractéristiques sociales et politiques du pays : « Nous avons un État social très développé (...), nous avons une vision très étatisée » (RÉP. 16).

Ces caractéristiques peuvent néanmoins s'avérer positives. Néanmoins, dans la mesure où l'État costaricain s'en tient aux exigences du libre marché et à la tendance à établir un État minimal, la population risque fort de se trouver dépourvue de mesures de protection, car elle ne possède ni l'expérience ni la capacité organisationnelle nécessaire pour défendre les droits qu'elle a délégués à l'État social depuis de nombreuses années.

La Figure 6 propose une schématisation de ce à quoi devrait ressembler l'articulation des approches relatives à la défense des droits et à la responsabilité sociale en vue de l'adoption de nouvelles pratiques en matière de formulation de politiques publiques.

Diagramme 5 : *Articulation des approches et nouvelles pratiques pour la formulation de politiques publiques*



Par ailleurs, les organismes de coopération internationale ont fourni un apport précieux en ce qui a trait à la facilitation du processus. Nous pensons particulièrement à l'INCAP, qui s'est chargé de faciliter le flux de l'information et des connaissances en plus de fournir de l'assistance technique et d'avoir contribué à l'apprentissage technique et politique dans le pays et dans la région. On a également acquis de l'expertise en renforçant la capacité technique promue par l'INCAP, avec une vision régionale pour la formation de cadres techniques, en favorisant l'échange d'expériences et

en offrant des services d'experts-conseils. L'INCAP a également mis sur pied un organe décisionnel engagé et responsable relevant des principaux dirigeants sanitaires de chaque pays.

Citons les propos d'un fonctionnaire d'un organisme international qui a été interviewé :

« ... Je crois que le fait que l'organisme de coopération vienne se substituer aux institutions gouvernementales est en train de faire du tort aux États nationaux, car cela ne produit pas une capacité institutionnelle. J'estime que les apports à faire à ce chapitre résident plutôt dans la défense des droits politiques, une rétroalimentation conceptuelle et le réseautage. Il faut en outre qu'il soit très clair que ce sont les institutions gouvernementales ou les institutions sociales qui se chargent d'entreprendre les initiatives. Les

organismes de coopération sont uniquement des organes de facilitation qui permettent de produire ces capacités institutionnelles, que ce soit dans le domaine juridique, dans le domaine des programmes, voire dans le domaine du droit » (REP. 16).

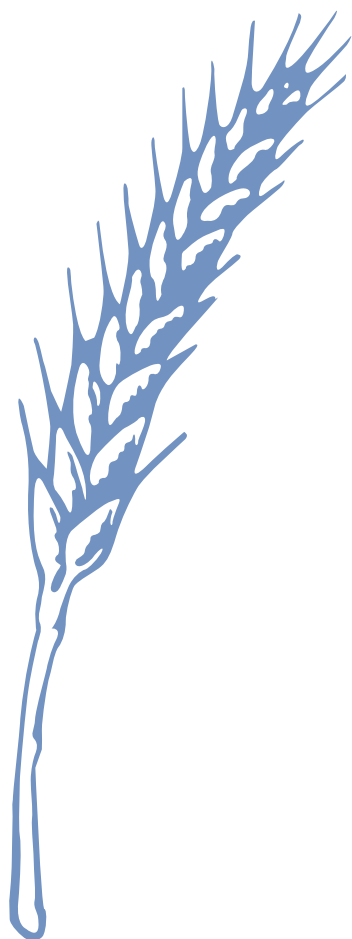
Par ailleurs, les réunions internationales promues par les organismes internationaux, auxquelles participent les gouvernements aussi bien que les entreprises privées, ont servi à échanger

des expériences, stimulant par là le développement de technologies et un apprentissage mutuel.

Selon le point de vue d'un fonctionnaire d'un organisme international :

« Chacun des pays fait valoir son expérience, ses progrès technologiques, les leçons qu'il a tirées ainsi que les problèmes ou les obstacles auxquels il est confronté et les autres pays apprennent de son vécu; cela permet au fur et à mesure d'uniformiser et de normaliser les politiques en matière de santé dans la région et contribue à établir des normes internationales tout en favorisant le flux du savoir et de l'information » (RÉP. 16).

De l'expérience de formulation, négociation et approbation d'une politique comme celle qui nous occupe, nous pouvons tirer des leçons qui contribueront aux objectifs de l'Observatoire des politiques relatives aux maladies non transmissibles dans notre pays et dans le reste de la région.

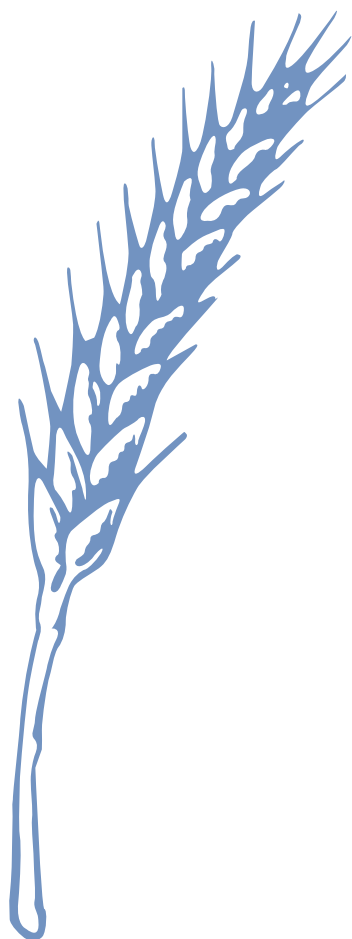


VIII. LEÇONS APPRISES

- Même si des initiatives d'enrichissement des aliments permettent de réduire l'incidence ou la prévalence d'un problème de santé, il ne s'agit pas de renoncer à la mesure dès la disparition des problèmes qu'il s'agissait de régler en premier lieu. L'expérience nous apprend en effet que ces problèmes peuvent se manifester à nouveau dès qu'on renonce à la mesure de santé en question. C'est donc là une leçon apprise pour la surveillance épidémiologique et il faut envisager la durabilité d'une mesure dans le temps.
- Comme nous le constatons dans le cas qui nous occupe, le fait de disposer de preuves d'un problème de santé est une condition sine qua non pour la formulation d'une politique. Cela permet de convaincre les divers acteurs de la nécessité de s'impliquer, de les appuyer et de mesurer les avantages et l'impact de la politique au fil du temps.
- À cet égard, l'absence d'investissement dans des études épidémiologiques sous prétexte qu'elles ne sont pas considérées comme une priorité ou encore qu'elles sont perçues comme un luxe constitue une faiblesse. Il est indispensable d'affecter des ressources permanentes aux recherches épidémiologiques car elles permettent de disposer d'informations actualisées pour la rétroalimentation des personnes qui prennent les décisions en matière de santé.
- Le rôle de l'Administration de la santé est renforcé grâce à des initiatives comme celles que nous avons étudiées ici, car elles démontrent sa capacité de faire appel aux diverses institutions et de décréter les mesures, optimisant par là les résultats en faveur de la santé publique.
- L'alliance entre les techniciens et les politiciens s'avère fondamentale pour la formulation de politiques publiques. Les techniciens apportent leur connaissance de la réalité et leur expérience, tandis que les politiciens permettent l'articulation des divers acteurs sociaux, donnant ainsi leur appui aux recommandations techniques.
- L'alliance entre le secteur public et le secteur privé est un véritable atout pour

l'éventuelle résolution de problèmes de santé. C'est pourquoi le secteur public doit miser sur l'atteinte d'un compromis et inciter l'entreprise privée à s'impliquer dans le mieux-être social.

- La formulation d'une politique publique réussie dépend d'un travail d'équipe en bonne et due forme. Le processus de formulation n'est pas assumé par une seule institution. Il exige la convergence et la participation de diverses institutions.
- La fragmentation des responsabilités d'exécution d'une politique parmi plusieurs acteurs sociaux, du secteur public aussi bien que privé, s'avère une formule plus efficace que celle de l'attribution à un seul acteur, car le pouvoir d'opposition est plus fort quand il est concentré dans un minimum d'acteurs.
- Si les rôles que doivent jouer chacun des acteurs sont bien clairs, le processus de formulation de la politique est d'autant facilité. La transparence en ce qui a trait à l'intention de la politique permet, quant à elle, de dissiper les doutes et la méfiance que suscitent habituellement les nouvelles politiques proposées.
- Des arguments techniques fondés sur des preuves scientifiques et la communication affirmative assurent la cohérence et le bien-fondé nécessaires face au secteur privé.

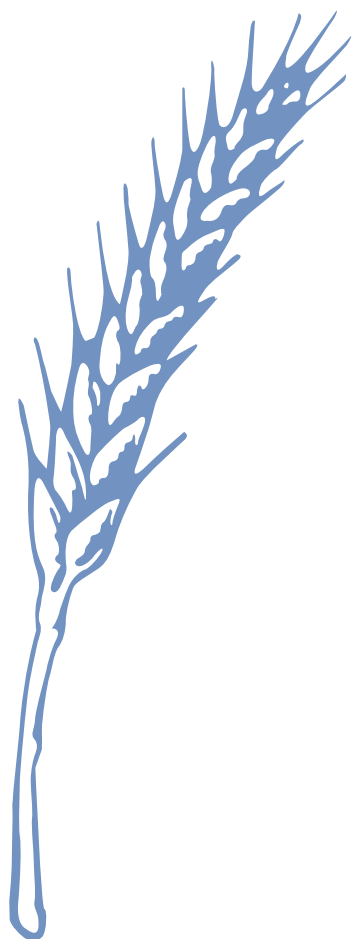


IX. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Agence de la santé publique du Canada et Organisation panaméricaine de la santé (2005). *Projet de rapport de la méthodologie*. Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé sur les politiques relatives aux maladies non transmissibles, 18 mars.
- Ayala, J. (1997). *Economía Pública. Una guía para entender al Estado*. Facultad de Economía, UNAM. Mexico.
- Castro, C. (1997). *Yodización de la sal: la experiencia de Costa Rica en la reducción del bocio endémico*. Serie Monitoreo y Evaluación # 4, UNICEF, San José, Costa Rica.
- Clotey, C. (2005). *Framework and methodology for analyzing comprehensive policy initiatives on chronic diseases*. Draft 2. Centre de collaboration de l'OMS sur les politiques relatives aux maladies chroniques non transmissibles, Agence de la santé publique du Canada, 28 septembre.
- Déclaration de La Paz (1996). 6^e conférence des épouses de chefs d'État et de gouvernement des Amériques. Bolivie.
- FAO (1992). Conférence internationale sur la nutrition : une réaffirmation de l'engagement à améliorer la nutrition. Rome.
- FAO (1996). Sommet mondial de l'alimentation, Rome, Italie, du 13 au 17 novembre.
- Gobierno de Costa Rica (1997). *Plan de Seguridad Alimentaria Nutricional de Costa Rica 1997-2001*. Secretaría de la Política Nacional de alimentación y Nutrición. San José, Costa Rica.
- Güendel, L. (1997). *La Reforma de las Políticas de Salud: entre la sostenibilidad y el estancamiento*. En Costa Rica: Las políticas de salud en el umbral de la reforma. Serie de Políticas Sociales UNICEF. San José, Costa Rica. P. 67-127.

- Instituto Nacional de Estadística y Censos (2001). *IX Censo Nacional de Población y V de Vivienda. Resultados Generales*. San José, Costa Rica.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (2005). *Estadísticas de Población*. San José, Costa Rica.
- Maignón, T. (1992). *Las políticas sociales. Discusión Teórica, Conceptual y Metodológica*. OPS/OMS, Programa de Desarrollo de Políticas de Salud. Serie de Informes Técnicos N° 4. Washington, USA.
- Martín-Baró, I. (1989). *Sistema, grupo y poder. Psicología social desde Centroamérica (III)*, UCA Editores. San Salvador, El Salvador.
- Ministerio de Salud (1996). *Informe Anual 1995*. San José, Costa Rica.
- Ministerio de Salud (1997). *Análisis del Estado Nutricional de la Población Costarricense 1995-1996*. Departamento de Nutrición y Atención Integral, Sección de Vigilancia Nutricional. San José, Costa Rica.
- Ministerio de Salud (1999). *Política Nacional de Salud 1998 – 2002*. Ministerio de Salud. San José, Costa Rica.
- Ministerio de Salud (2000). *Programa CARMEN. Módulo 1: Una guía educativa para reducir cuatro factores de riesgo de la enfermedades no transmisibles*. Dirección de Desarrollo de la Salud. San José, Costa Rica.
- Ministerio de Salud (2002). *Análisis Sectorial de Salud Costa Rica*. San José, Costa Rica.
- Ministerio de Salud (2002). *Metodología para desarrollar la Política Nacional de Salud 2002 – 2006*. Dirección de Desarrollo de la Salud. Mimeógrafo. San José, Costa Rica.
- Ministerio de Salud (2004). *Plan Nacional de Alimentación y Nutrición 2004-2008*. SEPAN. San José, Costa Rica.
- Ministerio de Salud (2005). *Memoria Institucional*. San José, Costa Rica.
- Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud, Organización Panamericana de la Salud (2005). *Protocolo del Estudio de caso: Formulación de la Política de Fortificación de Harina de Trigo con Ácido Fólico*. Observatorio de Políticas de Enfermedades no Transmisibles. San José, Costa Rica.
- Ministerio de Salud, Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (1996). *Encuesta Nacional de Nutrición. Fascículo 2: Micronutrientes*. San José, Costa Rica.
- Ministerio de Salud, Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (1997). *Encuesta Nacional de Nutrición 1996. Fascículo 1: Antropometría*. Costa Rica.
- Ministerio de Salud, Ministerio de Ciencia y Tecnología, Universidad de Costa Rica (2004). *Agenda Nacional de Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud 2005-2010*. Ministerio de Salud, San José, Costa Rica.
- Ministerio de Salud. Correspondencia de 1995-1997 de Sección de Vigilancia, Departamento de Nutrición.
- Miranda, G. (1997). *Crisis y perspectivas del sector salud hacia el siglo XXI: la reforma del sector salud*. En *Costa Rica: Las políticas de salud en el umbral de la reforma*. Serie de Políticas Sociales UNICEF. San José, Costa Rica. Pág 129-170.

- Morice, A. (1998). *Análisis de la situación de las enfermedades crónicas no transmisibles en Costa Rica*. INCIENSA. Tres Ríos, Costa Rica.
- Purcallas, D. (1979). *Transformación estratégica en Recursos Humanos en Salud*. PASCAP. OPS/OMS.
- OMS/OPS (Sfe). *Cien años de salud – Costa Rica Siglo XX*. Capítulo 8. Alimentación y nutrición.
- Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Edit. Universidad de Antioquia. Colombie.
- OPS (1975). *Formulation de politiques de santé*. Centre panaméricain de planification de la santé. Programme de développement des politiques de santé de l'OPS. Série 7. Washington, États-Unis.
- Taylor, S. y Bogdan, R. (1998). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Ediciones Paidós Ibérica. Buenos Aires, Argentine.
- OPS (1997). *Protocole et directives. Ensemble de mesures pour la réduction multifactorielle des maladies non transmissibles*. Programme d'intervention intégrée de portée nationale pour les maladies non transmissibles (CARMEN/CINDI).
- Villasuso, J. (1998). *Política económica y social en tiempos de la transformación estructural*. En *Política social y descentralización en Costa Rica*. Serie de Políticas Sociales UNICEF. San José, Costa Rica.
- OPS et Agence de la santé publique du Canada (2005). *Observatoire des politiques relatives aux maladies non transmissibles de CARMEN : Composante de l'étude de cas, phase I*. Centre de collaboration de l'Organisation mondiale de la santé sur les politiques relatives aux maladies chroniques non transmissibles. Rapport méthodologique. Washington, D.C.
- OPS/OMS (Sfe). *La prévention des défauts du tube neural à l'aide de l'acide folique*. Centre de contrôle et de prévention des maladies.
- Oszlack, O et O Donnell, G. (1974). *Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación*. Document CEDES/G.E.CLACSO/ 4. Buenos Aires, Argentine.
- Proyecto Estado de la Nación (1997). *Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible: un análisis amplio y objetivo de la Costa Rica que tenemos a partir de indicadores más actuales*. San José, Costa Rica.



X. ANNEXES

Annexe I : Guide pour la révision et l'analyse documentaire et l'entrevue approfondie

Concept fondamental	Aspects clés	Questions clés
1. Contexte	- Situation politique, sociale et économique au Costa Rica au moment de la formulation de la politique - Incidence du contexte national et international au moment de la formulation de la politique - Tranches de population concrètes devant bénéficier de la politique	- Que s'est-il passé à l'échelle nationale et internationale dans le domaine politique, économique et social qui aurait pu avoir une incidence sur la formulation d'une politique d'enrichissement de la farine à l'acide folique? - Quelles étaient les priorités dans le domaine de la santé au moment où est apparue l'initiative de la farine de blé enrichie à l'acide folique? - Quels ont été les facteurs qui ont permis d'inscrire au programme la question de la farine de blé enrichie à l'acide folique? - Quelle était la population qu'il s'agissait de favoriser par l'enrichissement de la farine à l'acide folique?
2. Ideas	- Gestion de l'information en vue de la détermination du problème de déficit en folates parmi la population et de la définition d'une politique en la matière. - Information existante, qui la présente et à qui a-t-elle été présentée.	- Quelles informations et/ou expériences existaient au pays en ce qui a trait à l'enrichissement des aliments avant qu'il soit proposé d'enrichir la farine de blé à l'acide folique? - Qui avait connaissance de l'enrichissement des aliments à l'acide folique? De quelles informations disposait-on dans ce contexte? - Quelles ont été les sources d'information qui ont permis de visualiser le problème nutritionnel du déficit en folates comme un problème de santé publique? - Existait-il des idées, des valeurs et des stratégies différentes en ce qui a trait à la manière de régler ces problèmes nutritionnels? Quelles étaient-elles? Qui les défendait? - Quelle était la stratégie d'information utilisée pour la formulation de la politique? Qui s'est occupé des besoins de promotion face aux autorités

Concept fondamental	Aspects clés	Questions clés
3. Intérêts et conflits stratégiques	- Personnes, groupes, organisations et institutions ayant participé à la formulation de la politique - Éléments ayant favorisé ou entravé la formulation et l'approbation de la politique - Apports de ces divers groupes - Groupes ayant dirigé la formulation et l'approbation de la politique - Processus d'interaction entre les diverses institutions ou organisations pendant la formulation et l'approbation de la politique	10. Quelles personnes, institutions ou organisations ont été identifiées comme étant des acteurs clés pour la formulation et l'approbation de la politique relative à la farine de blé enrichie à l'acide folique? 11. Quelles sont les personnes qui ont dirigé le processus de formulation et d'approbation de la politique? 12. Quels ont été les aspects qui ont favorisé ou entravé la formulation et l'approbation de cette politique? 13. Quels intérêts et conflits étaient présents lors de la formulation et de l'approbation de cette politique?
4. Institutions	- Expérience des institutions ou organisations en ce qui a trait aux politiques publiques sur l'enrichissement des aliments - Stratégies des institutions ou organisations pour établir des priorités en ce qui a trait aux besoins sanitaires de la population cible - Mécanismes de participation de ces institutions ou organisations à la formulation et à l'approbation des politiques - Processus et structure formelle de prise de décision au sein des institutions ou organisations	14. Quelle expérience avaient les institutions et organisations participantes en ce qui a trait à l'enrichissement d'aliments à base d'oligo-éléments? 15. Quels sont les mécanismes institutionnels qui ont favorisé ou entravé le processus de formulation et d'approbation de la politique d'enrichissement de la farine de blé à l'acide folique? 16. Dans quelle mesure la mission de chaque institution ou organisation participante a-t-elle favorisé ou entravé la formulation et l'approbation de la politique d'enrichissement de la farine de blé à l'acide folique? 17. Quel est le processus et la structure formelle de prise de décision en ce qui a trait aux politiques publiques au sein des institutions et organisations participantes? 18. Quelles ont été les stratégies utilisées par les personnes qui dirigeaient le processus pour avoir accès à des structures formelles de prise de décision au niveau institutionnel et organisationnel et exercer leur influence pour l'approbation de cette politique?

Concept fondamental	Aspects clés	Questions clés
5. Instruments politiques	- Options envisagées pour la politique - Politique choisie et critères de sélection - Politique et législation existante au moment de la formulation - Ressources politiques disponibles au moment de la formulation	19. Quelles étaient les options qui s'offraient pour formuler une politique en vue de parer au déficit en folates dans la population? 20. Pourquoi a-t-on choisi la farine enrichie à l'acide folique comme meilleure option pour faire face à ce problème nutritionnel? 21. De quels instruments juridiques disposait le ministère de la Santé pour la formulation et l'approbation d'une politique d'enrichissement de la farine de blé à l'acide folique? 22. Quelles autres ressources les institutions et organisations ont-elles utilisées pour formuler et approuver cette politique?
6. Plan d'action de la politique	- Existence d'un plan d'action - Jalons du plan d'action - Acteurs ayant participé à l'élaboration du plan d'action - Éléments ayant favorisé ou entravé le plan d'action	23. Existe-t-il un plan d'action pour l'enrichissement de la farine de blé à l'acide folique? 24. Quels jalons sont identifiés dans l'énoncé du plan d'action? 25. Qui a participé à l'élaboration de ce plan d'action? 26. Quelles institutions et organisations participent-elles à ce plan d'action et quelles sont les responsabilités attribuées à chacun des secteurs? 27. Quels sont les éléments qui ont favorisé ou entravé le processus de formulation du plan d'action? 28. Dans quelle mesure ce plan d'action répond-il au but recherché au départ du processus de formulation de la politique?

Annexe 2 : Lettre à l'intention des répondants et répondantes clés

DATE: _____

TITRE DE L'ÉTUDE : Formulation de la politique d'enrichissement de la farine à l'acide folique — Le cas du COSTA RICA

Madame/Monsieur _____ (nom du répondant ou de la répondante clé) :

Dans le cadre d'un projet concernant divers pays ainsi que l'Organisation panaméricaine de la santé, le ministère de la Santé, la Caisse costaricaine d'assurance sociale et l'Institut costaricain de recherche et d'enseignement en nutrition et en santé, nous vous demandons par la présente de participer à une recherche où il s'agira d'analyser et de comparer le processus de formulation et d'approbation des politiques publiques dans trois pays : le Canada, le Brésil et le Costa Rica.

L'étude de cas pour le Costa Rica se fonde sur l'analyse du « **processus de formulation de la politique d'enrichissement de la farine à l'acide folique** » qui a pour objet d'étudier la formulation, la négociation et l'approbation de la politique en question en vue de produire des preuves scientifiques pour la formulation de politiques publiques en santé.

Les personnes qui participeront à cette recherche sont celles qui, à la suite d'une recherche poussée sur la question de l'enrichissement de la farine de blé se seront identifiées comme « répondantes clés » de par leur participation active, leurs connaissances, leur expérience et les travaux qu'elles auront effectués sur le thème de la politique d'enrichissement de la farine à l'acide folique dans le pays. La contribution de ces personnes à la reconstruction du processus est extrêmement importante pour cette étude.

Si vous acceptez de collaborer avec nous, nous vous saurions gré de nous réserver du temps pour une entrevue afin de connaître votre optique en tant qu'acteur ou actrice participant au processus de formulation et d'approbation de la politique.

L'entrevue aura une durée d'environ 90 minutes et se déroulera à une heure et un emplacement qu'il faudra déterminer. Compte tenu des caractéristiques de l'étude, plus d'une rencontre pourrait s'avérer nécessaire pour l'atteinte de l'objectif de l'entrevue. Les entrevues seront menées par deux chercheurs compétents; le premier mènera l'entrevue tandis que l'autre prendra des notes. Les entrevues seront enregistrées sur audiocassette à condition que vous y consentiez. Ce type de stratégie permet aux chercheurs de tirer un parti optimal de votre contribution, mais si vous souhaitez que certains de vos commentaires ne soient pas enregistrés, vous pouvez le faire savoir aux chercheurs. Les entrevues seront ensuite transcrites par des personnes compétentes. Nous vous demanderons ensuite de relire la transcription de votre entrevue afin de confirmer qu'elle reproduit fidèlement vos contributions. Vous pourrez corriger ou ajouter toute information que vous estimerez pertinente.

L'information que vous nous fournirez sera de nature confidentielle, tout comme vos renseignements personnels. Une fois que la conversation sera transcrite et que vous l'aurez révisée, le contenu des cassettes sera effacé et vous ne serez dès lors plus identifié par votre nom dans les transcriptions, mais par un code.

Les résultats de l'analyse des maladies non transmissibles que nous passerons en revue seront comparés à ceux obtenus d'autres études menées au Brésil et au Canada et ils pourront être diffusés et publiés dans des rapports ou des documents scientifiques d'intérêt national et international.

La participation à cette étude ne vous occasionnera aucun frais, pas plus qu'elle ne présentera de risques ou d'avantages pour vous, d'après ce que nous avons pu déterminer; il est néanmoins entendu que votre contribution sera d'un concours précieux pour le développement de la santé publique du pays.

Vous participez à l'étude à titre volontaire et vous avez le droit de ne pas participer ou de vous retirer du processus à n'importe quel moment. Vous aurez aussi accès aux résultats finaux des recherches.

Pour plus de précisions sur cette étude, veuillez communiquer avec la coordonnatrice de l'étude en composant les numéros fournis ci-après.

En vous remerciant à l'avance de votre collaboration, je vous prie d'agréer, Madame/Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

La coordonnatrice du projet,

Melany Ascencio, M.Sc.
Unidad de Estudios Estratégicos
Dirección de Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud
Ministerio de Salud
Tél. : 257 31 18
didt-uee@netsalud.sa.cr

Annexe 3 : Formulaire de consentement éclairé

DATE: _____

TITRE DE L'ÉTUDE « Étude internationale pour l'établissement d'un observatoire des politiques en santé »
— Le cas du COSTA RICA

Je soussigné(e) _____, affirme avoir parcouru et compris les explications offertes dans la lettre qui précède, concernant l'étude sur les politiques en santé menée par l'OPS, le ministère de la Santé, la CCSS et l'INCIENSA. Cette étude cherche à analyser et à comparer le processus de formulation et d'approbation de politiques en santé dans trois pays : le Canada, le Brésil et le Costa Rica. L'étude de cas pour le Costa Rica porte sur l'analyse du « **processus de formulation, négociation et approbation de la politique d'enrichissement de la farine à l'acide folique** ».

Il est entendu que je vais participer à une entrevue qui durera environ 90 minutes, et qui sera enregistrée et transcrite. De plus, et si je le désire, je peux obtenir à l'avance une copie des thèmes à traiter lors de l'entrevue. Je suis également au courant du fait qu'à la suite de l'entrevue, je serai prié(e) de relire la transcription pour vérifier l'information, faire des corrections ou ajouter des commentaires. Je comprends également que l'information que je fournirai est de nature confidentielle et que l'analyse de cette information sera comparée à celle obtenue lors d'études analogues au Brésil et au Canada. Je sais également que les résultats de cette étude seront diffusés et publiés à l'échelle nationale et internationale.

J'ai été informé(e) de l'absence de tout risque ou avantage lié à ma participation à cette étude et que je n'aurai aucun frais à engager. Je sais également que je peux décider de ne pas participer à cette étude ou de me retirer à tout moment.

J'ai parcouru et compris la lettre d'information et le présent formulaire de consentement. Je sais par ailleurs que je peux communiquer avec la coordonnatrice du projet en composant les numéros de téléphone indiqués si je veux obtenir davantage d'information sur le déroulement des recherches.

OUI, je consens à participer à cette étude en qualité de répondant/répondante clé.

NOM DU RÉPONDANT/DE LA RÉPONDANTE	N° D'IDENTITÉ	SIGNATURE
NOM DU TÉMOIN	N° D'IDENTITÉ	SIGNATURE
Melany Ascencio, M.Sc.		
NOM DE LA COORDONNATRICE	N° D'IDENTITÉ	SIGNATURE

Melany Ascencio, M.Sc.
Unidad de Estudios Estratégicos
Dirección de Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud
Ministerio de Salud
Tél. : 257 31 18
didt-uee@netsalud.sa.cr

Notes :

Le document original que vous aurez signé vous sera remis et une copie sera conservée par les coordonnateurs de l'étude.

Le document résultant de cette recherche est à votre disposition au cas où vous désireriez le consulter.

Annexe 4 : Intentions, capacités, besoins, alliances et conflits des divers acteurs au moment de la formulation de la politique

Acteur	Intentions	Capacités	Besoins	Alliances et conflits
Autorités du ministère de la Santé	Les autorités sanitaires du nouveau gouvernement relèvent le défi de renforcer les soins primaires moyennant des programmes de prévention et de promotion de la santé. Le plan du gouvernement (1994-1998) qui oriente les travaux en matière de santé a identifié comme priorité la lutte contre l'anémie attribuable à un déficit en fer.	• Direction de la santé • Pouvoir de faire appel aux divers secteurs • Pouvoir de déterminer les priorités en santé et les interventions connexes • Pouvoir d'attribuer un budget aux activités en santé	Récupérer la « <i>crédibilité</i> » du ministère de la Santé. « <i>Le Ministère était foncièrement découragé</i> ». « <i>Il fallait mettre en marche la direction, faire jouer au Ministère le rôle qu'il est appelé à jouer</i> » (RÉP. 04)	Alliances : • Président de la République • Équipe technique du département de la nutrition • INCAP • Minoteries de blé Conflits : Les négociations auprès des boulangers en vue d'éliminer le bromate de potassium de la farine avaient suscité une certaine réticence et opposition. Celles-ci se sont déroulées parallèlement à la négociation de l'enrichissement de la farine à l'acide folique.

Acteur	Intentions	Capacités	Besoins	Alliances et conflits
Département de la nutrition du ministère de la Santé	Veiller au bon état nutritionnel de la population au moyen de recherches mettant en relief la situation nutritionnelle costaricaine; surveiller les mesures destinées à améliorer l'état nutritionnel de la population.	- Groupe technique de surveillance nutritionnelle du ministère de la Santé habilité à diriger un processus de formulation, de négociation et d'approbation de politiques d'enrichissement des aliments - Connaissances en matière de nutrition - Expérience en recherche nutritionnelle - Expérience dans la négociation auprès d'industriels	- Appui politique, technique et économique pour mener à bien l'enquête nationale sur la nutrition et mettre au point les interventions les plus adéquates pour faire face aux problèmes de santé et à l'état nutritionnel de la population - Appui politique de l'entreprise privée pour résoudre les problèmes de santé mis en évidence par l'enquête - Critères techniques et technologiques pour garantir que le processus d'enrichissement sera conforme aux exigences	Alliances : - Autorités sanitaires - INCIENSA - INCAP - Industrie pharmaceutique A - Industries de la farine
Institut costaricain de recherche et d'enseignement en nutrition et santé (INCIENSA)	Appuyer le ministère de la Santé dans la surveillance épidémiologique et nutritionnelle et dans le contrôle des aliments enrichis	Laboratoires d'analyse des aliments depuis 1989. Ensuite, création du Centre national de référence et des oligo-éléments, qui travaille depuis 1997 à l'enrichissement des aliments	- Formation des ressources humaines - Financement des intrants pour les analyses de laboratoire exigées dans l'enquête sur la nutrition.	Alliances : - Relation étroite avec le MS, et avec le Département de la surveillance nutritionnelle - INCAP
Ministère de l'Économie et du Commerce (MEIC)	Réglementer les produits nationaux et les importations assujetties aux normes nationales	- Cadre juridique nécessaire pour la réglementation de l'industrie nationale. - Connaissance et expérience poussées dans le domaine de la réglementation.	Critères actualisés pour la réglementation de produits nationaux et d'importation.	Alliance : Ministère de la Santé

Acteur	Intentions	Capacités	Besoins	Alliances et conflits
Institut de nutrition de l'Amérique centrale et du Panama (INCAP)	Axé sur la « gestion du savoir » (RÉP. 14). Cherche à contribuer au développement de la science de la nutrition, à promouvoir son application et à renforcer la capacité des pays membres afin de résoudre leurs problèmes d'alimentation et de nutrition.	• Expérience dans la gestion et la mise en œuvre de recherches en nutrition dans la région • Connaissance technique de l'identification des déficits nutritionnels, de la population à risque et des mesures à prendre pour combler ces déficits • Capacité de constituer des cadres techniques d'experts en nutrition dans la région • Expérience au niveau de la formulation de politiques publiques • Ressources techniques et économiques pour pouvoir accompagner les processus de surveillance nutritionnelle dans les pays de la région • Service de science et technologie spécialisé en analyse biochimique • Conseil consultatif composé par les directeurs généraux de la santé de la région et un conseil de direction constitué par les ministres de la Santé de la région	• Donner suite aux ententes d'enrichissement d'aliments en Amérique centrale • Pouvoir compter sur les preuves d'expériences d'enrichissement effectuées dans un pays quelconque de la région afin de le prendre comme exemple et de chercher à instituer des mesures analogues dans le reste des pays	Alliances : • Groupes techniques en Amérique centrale • Autorités sanitaires

Acteur	Intentions	Capacités	Besoins	Alliances et conflits
Minoterie I	Produire de la farine de blé de bonne qualité à l'échelle nationale et assurer la confiance des consommateurs dans le produit national (« <i>qualité égale ou meilleure à la farine des États-Unis</i> » RÉP. 18). Dès le départ, on s'identifie aux politiques d'enrichissement et d'engagement à l'égard du mieux-être social : « <i>esprit de solidarité et de compréhension qui l'anime</i> » (RÉP. 17). « <i>Extrêmement sensible sur le plan social (...) une entreprise qui se préoccupe de la santé de la population</i> » (RÉP. 18)	• Expérience poussée dans la production de blé et l'enrichissement de la farine de blé • Formation sur la question de l'enrichissement des farines dans d'autres pays	• Une réglementation plus poussée des importations de farine au pays. Combattre la concurrence déloyale. • Augmenter la qualité du produit afin de mieux répondre à la concurrence internationale. « <i>Avec l'ouverture du marché la concurrence est forte, la qualité de la farine est un facteur compétitif important</i> » (RÉP. 18)	Alliances : • Depuis sa création, relation étroite avec le gouvernement (ministère de la Santé, CNP, MEIC) • Chambre des industries • Association internationale de producteurs de blé • Regroupement des industries alimentaires

Acteur	Intentions	Capacités	Besoins	Alliances et conflits
Minoterie 2	Chercher à être plus concurrentiel et plus attrayant pour les partenaires commerciaux et avoir ainsi accès à davantage de marchés internationaux.	• Laboratoire • Expérience dans la production de la farine de blé • Ressources techniques et technologiques pour l'enrichissement de la farine • Connaissance des inquiétudes à l'égard de l'enrichissement de la farine grâce à la participation à des congrès et à des assemblées internationales de meuniers, où il était question de l'importance de l'enrichissement	• Satisfaire les besoins de ses partenaires commerciaux • Enrichir la farine produite selon la norme USBA, afin que son partenaire commercial -qui est un producteur de pâtes - puisse exporter ses produits aux États-Unis • Établir le dosage adéquat des vitamines à ajouter à la farine et à la semoule de blé • Offrir un produit de meilleure qualité pour satisfaire les besoins du consommateur.	Alliances : • Partenaires commerciaux • Regroupement des industries alimentaires • Chambre des industries • Équipe technique

Acteur	Intentions	Capacités	Besoins	Alliances et conflits
Fabricants de pâtes	Produire des pâtes de qualité concurrentielle dans le marché international. Exporter des pâtes enrichies aux États-Unis conformément aux normes USBA.	• Ressources économiques pour la production et l'exportation de pâtes • Partenaire commercial important des minoteries	• Élargir leurs frontières commerciales en exportant des pâtes aux États-Unis • Disposer de semoule de blé pour la production de pâtes conformes aux normes de qualité établies aux États-Unis • Éviter que les oligo-éléments appliqués à la farine de blé causent des changements organoleptiques dans le produit et empêcher qu'ils se perdent quand ils sont soumis aux températures élevées nécessaires à la production des pâtes	Alliance : • Les minoteries

Acteur	Intentions	Capacités	Besoins	Alliances et conflits
Industrie pharmaceutique A	Entreprise consacrée à la fabrication de vitamines et d'autres nutriments.	• Division des vitamines chargée d'analyser l'activité biologique et métabolique des vitamines • Information sur les recherches scientifiques relatives au recours à l'acide folique pour diminuer l'incidence de troubles du tube neural • Information sur les activités d'enrichissement partout dans le monde • Répartition d'articles scientifiques parmi les gouvernements et les industries • Ressources économiques et techniques pour fournir un prémélange aux minoteries et accompagner le processus de dosage et de réglementation du mélange	• Vendre le prémélange aux minoteries nationales et régionales	Alliances : • Service de surveillance nutritionnelle du MS • Minoterie I

Acteur	Intentions	Capacités	Besoins	Alliances et conflits
Regroupement des industries alimentaires	Défendre les intérêts des industries nationales consacrées à la production de la matière première aussi bien que de l'alimentation. Sa préoccupation consiste à améliorer la compétitivité de l'industrie alimentaire. Les politiques publiques tel l'enrichissement des aliments « <i>ne faisaient pas partie de ses priorités</i> » (RÉP. 20)	• Représentation du secteur industriel alimentaire • Être au courant des besoins de ses clients dans les marchés, qu'il s'agisse de producteurs importants ou de petits producteurs	• Avoir un avantage compétitif sur les produits importés • Rendre les entreprises plus productives • Se démarquer de la Chambre des industries • Obtenir une politique gouvernementale favorable au secteur	Alliances : • Industries affiliées Conflits : • Au sein du regroupement, conflit entre les intérêts des producteurs de farine et les industries alimentaires qui avaient besoin de la farine pour la fabrication de leurs produits • Le gouvernement et ses institutions étaient perçus comme détachés de la réalité de l'industrie. Problèmes au niveau de la bureaucratie et des formalités exigées par le ministère de la Santé pour l'enregistrement et le contrôle des aliments

