



Conseil économique et social

Distr. limitée
8 novembre 2001
Français
Original: anglais

Pour suite à donner

Fonds des Nations Unies pour l'enfance

Conseil d'administration

Deuxième session ordinaire de 2001

10-14 décembre 2001

Point 5 de l'ordre du jour provisoire*

Recommandation de financement par prélèvement sur les ressources extrabudgétaires**

Programme concernant les micronutriments pour la sous-région andine et le Paraguay

Résumé

Le présent document contient une recommandation concernant le financement, par prélèvement sur les ressources extrabudgétaires d'un programme multinational sur les micronutriments couvrant la Bolivie, la Colombie, l'Équateur, le Paraguay, le Pérou et le Venezuela, pour lequel aucune recommandation concernant un financement sur la masse commune des ressources n'est formulée. La présente proposition de programme a pour objet de donner plus d'ampleur ou de compléter un programme en cours. La Directrice générale *recommande* au Conseil d'administration d'approuver le financement par prélèvement sur les ressources extrabudgétaires d'un montant de 4 000 000 de dollars pour la période 2002-2006, sous réserve du versement de contributions à des fins spéciales

* E/ICEF/2001/12.

** Les chiffres figurant dans le présent document sont définitifs et tiennent compte des soldes non engagés au titre de la coopération au programme fin 2000. Ils figureront dans l'état récapitulatif des engagements recommandés pour les programmes à financer par prélèvement sur la base commune des ressources et à l'aide de fonds supplémentaires pour 2001 (E/ICEF/2001/P/L.73).



La situation des enfants et des femmes

1. Selon l'Organisation panaméricaine de la santé/Organisation mondiale de la santé (OPS/OMS), environ 40 % de la population totale de la région Amérique latine souffre de carences en micronutriments dont 30 millions de carences en iode et 95 millions de carences en fer. En 2000, les cinq pays andins (Bolivie, Colombie, Équateur, Pérou et Venezuela) avaient atteint l'objectif fixé par le Sommet mondial pour les enfants d'une élimination quasi totale des troubles dus à une carence en iode (TCI) en tant que problème de santé publique. Le maintien de la qualité dans la production et la consommation de sel iodé et la poursuite des efforts visant à éliminer les TCI exigent un suivi et un contrôle continus et minutieux des processus, car l'incidence de ces derniers peut facilement augmenter, si le système se relâche et le suivi devient moins efficace. On l'a vu dans le cas de la Bolivie, où le niveau d'iodation du sel est tombé de 90 % en 1996 à 33 % en 1998 pour remonter à 66 % en 2001.

2. Au Paraguay, les TCI constituent un problème endémique. Du fait de l'absence de sources de sel sur son territoire, le Paraguay importe 100 % de ses besoins d'Argentine, du Brésil et du Chili. Mais comme ce sel est importé à l'état brut, sa teneur en iode n'est pas suffisante pour les besoins du pays. En 1988, une enquête a montré que 48,6 % de la population du pays présente au moins un trouble dû à une carence en iode. En 1994, le Gouvernement paraguayen a décidé que tout le sel destiné à la consommation humaine et animale devrait être iodé. Malgré la complexité qu'implique la surveillance d'une chaîne d'importation et de vente au détail compliquée, la consommation de sel iodé est passée de 65 % en 1995 à 82,6 % en 2000. Une déclaration présidentielle a fixé comme objectif l'élimination quasi totale des TCI en 2001.

3. Selon les statistiques nationales présentées par les cinq pays andins lors de l'examen annuel du programme qui a eu lieu en 2000, de 40 à 60 % des femmes enceintes et jusqu'à 70 % des enfants de moins de 2 ans souffrent d'anémie. La lutte contre les carences en fer n'a guère progressé au cours des cinq dernières années dans la sous-région andine et au Paraguay. Les statistiques nationales indiquent que l'anémie affecte 75,8 % des enfants de 6 à 11 mois en Bolivie (1998), 36,7 % des enfants de 12 à 23 mois en Colombie (1995), 65 % en Équateur (1997), 78,6 % au Pérou (1996) et 52 % des enfants de 6 à 36 mois au Venezuela (1997). Soixante pour cent des femmes enceintes souffraient de carences en fer en Équateur en 1997, 33,7 % au Paraguay en 1994 et 40,9 % au Venezuela en 1997. La lutte contre les carences en fer est plus compliquée que celle contre les TCI, du fait que le problème se rencontre dans l'ensemble de la population alors que l'on a des concentrations géographiques pour les CTI, et aussi en raison de l'insuffisance de méthodes de surveillance pour identifier et localiser le problème. Aucune législation sur l'enrichissement des aliments en fer n'a encore été passée par les cinq pays de la sous-région andine.

4. Les carences en vitamine A dans la sous-région andine ne sont pas élevées : le taux faible est de moins de 10 % et le taux modéré de 10 à 20 %. L'accès facile à des aliments enrichis en vitamine A et leur abondance expliquent peut-être pourquoi, en Bolivie, Colombie et Équateur les carences en vitamine A ne sont que faibles à modérées parmi les enfants de moins de 3 ans. Selon le Ministère bolivien de la santé publique, 11,3 % des enfants de 12 à 71 mois présentaient une carence en vitamine A en 1991, la proportion étant de 14,8 % pour les nourrissons de 12 à

23 mois en Colombie en 1996 et de 17,4 % pour le même groupe d'âge en Équateur en 1995. Le Pérou a les chiffres les moins bons des cinq pays avec 37 % d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'une carence en vitamine A.

5. Les Gouvernements des six pays sont attachés à la poursuite du programme sous-régional sur les micronutriments, qui leur permet de maintenir la réalisation de l'objectif du Sommet mondial pour les enfants d'éliminer les TCI. Il convient de soutenir cet engagement des gouvernements de la sous-région andine et du Paraguay en faveur d'actions en matière de micronutriments, d'autant plus que ces pays commencent à obtenir des résultats positifs dans leur lutte contre les carences en fer et en vitamine A. Il est essentiel de poursuivre ce programme dans les six pays, étant donné les effets nocifs de ces carences sur le développement mental et intellectuel et la croissance des enfants qui en souffrent.

6. La crise économique qui touche actuellement certains de ces pays pourrait affecter les efforts et l'engagement politique des gouvernements, s'agissant d'atteindre l'objectif de l'élimination des carences en fer et en vitamine A, car le programme n'est pas encore autonome. Tous les pays disposent d'un cadre juridique en faveur de l'élimination des TCI et des carences en fer et en vitamine A, mais dans presque tous il reste à prendre en compte les besoins financiers. Une prolongation du programme sur les micronutriments est nécessaire pour en renforcer les quatre éléments et mettre davantage l'accent sur la qualité des processus et la couverture requise.

Coopération au programme, 1995-2001

7. Le précédent programme multinational sur les micronutriments concernant les cinq pays andins a été lancé grâce à un financement du Gouvernement belge. Il a porté sur les problèmes des carences en iode, fer et vitamine A. Le Paraguay s'est joint au programme en 1997.

8. Au cours de cette période de coopération, le programme a milité auprès de l'industrie du sel pour obtenir son adhésion à l'objectif d'une iodation universelle du sel dans les cinq pays et a fourni des conseils en matière de technique d'iodation et de formation de professionnels de la santé et de personnels de l'industrie du sel sur les bienfaits de la consommation de sel iodé. Les évaluations extérieures qui ont eu lieu de 1996 à 1999 pour certifier la lutte contre les TCI dans les cinq pays andins ont reconnu que l'industrie du sel a continué à participer aux réunions annuelles de suivi et à soutenir le programme. À la réunion « Sel 1999 », tenue en Colombie à la fin de 1999, les cinq gouvernements et les représentants de l'industrie du sel qui y ont participé se sont engagés à éliminer les TCI et élaborer un plan durable à cette fin.

9. Le programme a financé la surveillance épidémiologique des TCI, notamment sur le plan de la standardisation des méthodes et des moyens utilisés dans les laboratoires de contrôle. Comme la garantie de qualité constitue un élément essentiel pour la réussite d'un programme d'élimination des TCI, on a mis l'accent tout particulièrement sur les procédures employées par les divers laboratoires pour vérifier la présence d'iode dans le sel et les urines, en tant que moyen de contrôle de la qualité des produits et des renseignements fournis. Grâce aux réunions annuelles de laboratoires au niveau sous-régional, un réseau de laboratoires a été établi, lequel est aujourd'hui composé de 69 laboratoires appartenant aux cinq pays et au

Paraguay. Ce réseau sert désormais de centre de référence pour l'assistance technique et les échanges d'informations entre laboratoires.

10. Les activités d'information, d'éducation et de communication (IEC) visant à promouvoir la demande et la production de sel iodé ainsi qu'un engagement politique durable pour l'élimination des TCI et autres carences en micronutriments ont joué un rôle essentiel dans cet effort. Ces activités ont porté principalement sur les zones montagneuses à haut risque des cinq pays. On a fait appel aux moyens de communication de masse, notamment à la radio et à la télévision, ainsi qu'aux efforts de promotion individuels du personnel de santé. Les activités de communication en matière d'éducation et de développement ont soutenu l'augmentation de la consommation de sel iodé parmi la population des cinq pays sous le slogan : « Sal yodada, la sal de la vida » (« Sel iodé, sel de vie »).

11. Au Paraguay, le programme s'est attaché à garantir l'accès à du sel convenablement iodé dans les zones rurales à haut risque se trouvant à altitude élevée. On y a ainsi diffusé une certaine connaissance de l'importance de la consommation de sel iodé de même que dans les régions à forte consommation de sel brut, telles que celle San Pedro, où l'on ne semble guère s'attacher à l'élimination des carences en iode.

12. Comme cela est mentionné plus haut, les cinq pays de la sous-région ont atteint l'objectif du Sommet mondial pour les enfants d'une élimination quasi totale des TCI. Il convient d'imputer ce progrès au soutien des gouvernements nationaux, des producteurs de sel et de l'UNICEF dans le cadre du programme multinational sous-régional sur les micronutriments, ainsi que de l'OPS/OMS, de Kiwanis International, de l'Initiative micronutriments du Canada et des gouvernements donateurs. La Bolivie a été le premier pays sur lequel il a été certifié en 1996 qu'il avait pratiquement éliminé les TCI en tant que problème de santé publique. La Colombie et le Pérou ont suivi en 1998 et l'Équateur et le Venezuela en 1999. La production de sel iodé pour la consommation humaine est passée en Équateur de 90 à 95 % de 1990 à 2000 et au Pérou de 35 à 95 % de 1992 à 1999. En 1999, 73,9 % du sel produit en Colombie était iodé et 90% au Venezuela. La disponibilité de sel iodé dans les magasins paraguayens est passée de 43 % en 1995 à 85 % en 2000. La consommation de sel iodé est passée de 61 % en 1994 à 96 % en 1999 au Pérou et de 65 % en 1999 à 82,6 % en 1999 au Paraguay. Au Venezuela, la consommation de sel iodé s'établissait à 94 % en 1999 et en Colombie à 78,3 % en 2000. L'élimination des TCI en tant que problème de santé publique s'est faite de manière extrêmement économique puisque les études indiquent que dans la région andine le coût par habitant de l'iodation du sel se situe entre de 0,02 et 0,08 dollar par an.

13. Bien que le problème reste sérieux, les pays ont fait des progrès importants en matière de lutte contre les carences en fer. Les cinq pays andins et le Paraguay ajoutent désormais du fer à la farine de blé grâce aux activités de sensibilisation et à l'appui technique du programme. En outre, le Venezuela enrichit également la farine de maïs, qui y fait l'objet d'une forte consommation. Les cinq pays disposent d'un cadre juridique qui soutient cet enrichissement et définit les procédures à suivre et la quantité de fer à ajouter. En outre, du personnel des ministères de la santé a été formé pour surveiller la qualité de la farine de blé. Des activités spéciales d'information, d'éducation et de communication visant à promouvoir la consommation d'aliments enrichis aux micronutriments ont été entreprises et l'appui

des médias a été obtenu pour la diffusion gratuite de messages sur les micronutriments.

14. Dans le cadre d'une stratégie connexe, des suppléments de fer ont été fournis aux femmes enceintes et jeunes enfants des zones rurales et des zones marginalisées urbaines des cinq pays et du Paraguay. Des alliances ont été établies avec des organisations non gouvernementales (ONG) locales et des groupes confessionnels pour atteindre davantage de personnes par la distribution de suppléments de fer par leurs réseaux de santé et leurs systèmes de distribution et la diffusion d'informations importantes sur les carences en micronutriments et la manière de les surmonter. Toutefois, en raison du coût élevé de cette supplémentation et des problèmes rencontrés dans la distribution, la couverture a été réduite. Il y a aussi eu une résistance culturelle à la prise de pilules de fer, reçues comme des « médicaments » susceptibles d'être nocifs et de faire grossir les bébés non encore nés. Cette question fait l'objet d'activités d'information, d'éducation et de communication visant à sensibiliser la population aux bienfaits de la consommation de fer et aux effets négatifs de l'état de santé de la population, notamment des femmes et des enfants.

15. Dans le cadre de la lutte contre les carences en vitamine A, des suppléments de cette vitamine ont été distribués dans les dispensaires à l'occasion des vaccinations normales en Équateur, au Pérou et au Venezuela. En Bolivie, cette supplémentation était couverte par le système d'assurance médicale de base, ce qui a facilité l'accès généralisé aux suppléments de vitamine A pour les femmes et les enfants qui en avaient besoin. Ces activités ont été accompagnées de programmes de promotion à la radio et de distributions de brochures, qui ont permis de réaliser des progrès importants. En Bolivie, le pourcentage de femmes enceintes qui ont bénéficié de cette supplémentation est passé de 35 à 52 % de 1996 à 1999 et celui des enfants de 6 mois à 5 ans de 35 à 66 %. La Colombie n'a pas mené de supplémentation en vitamine A, ayant décidé par décret en 1999 d'enrichir le sucre en vitamine A. Mais la loi n'a pas été acceptée par l'industrie sucrière et a été abrogée en 2000. En Équateur, parmi les 530 communautés rurales et urbaines marginalisées extrêmement pauvres, le pourcentage d'enfants de 12 à 36 mois à avoir bénéficié d'une supplémentation en vitamine A est passé de 60 à 93,8 %. La situation du Venezuela en ce qui concerne les carences en vitamine A n'est pas claire; des études ont été lancées pour mesurer l'ampleur du problème et identifier les zones cibles.

16. Les stratégies plus générales suivies en matière d'enrichissement ont eu moins de succès. La Bolivie a bien enrichi son huile en vitamine A et le Venezuela sa farine de maïs, mais cela n'a pas été possible pour le sucre en raison du coût élevé du processus d'enrichissement qui a entraîné son rejet par l'industrie sucrière. Cela s'est produit malgré les efforts intenses de sensibilisation pour obtenir le soutien de cette industrie. Une raison connexe a été la faiblesse des activités d'information, d'éducation et de communication pour la promotion de la consommation d'aliments enrichis en vitamine A. Cette question sera abordée dans le programme proposé.

Les fruits de la coopération passée

17. Le cycle de programme précédent a permis de tirer plusieurs leçons positives. Au niveau de la gestion, il a démontré que ses quatre éléments pouvaient être mis en oeuvre simultanément. La supplémentation nutritionnelle pour les groupes à haut risque, l'enrichissement des aliments, la surveillance épidémiologique et les

activités d'information, d'éducation et de communication ont été menés simultanément grâce à un engagement politique fort. La coordination du programme au niveau sous-régional a été couronnée de succès malgré les difficultés inhérentes au fait de conduire des activités par-delà les frontières nationales. Cette coordination régionale a permis de procéder à des échanges de données d'expérience et d'assistance technique aux réunions annuelles de suivi, et cela s'est révélé utile pour tous les pays concernés; les contacts avec les donateurs et la mobilisation des ressources se sont faits par un seul canal; et le contrôle de la qualité de l'iodation du sel a été normalisé dans les laboratoires de chaque pays. En raison de l'intérêt et de l'engagement forts des gouvernements à réaliser l'objectif du Sommet mondial pour les enfants d'éliminer les TCI, il a été possible d'établir des alliances avec d'autres partenaires essentiels pour cet effort et pour les activités visant à éliminer les autres carences en micronutriments. On peut citer à cet égard les producteurs privés de sel et de blé, les autorités nationales et locales, les ONG locales, le secteur de l'enseignement, les médias, les institutions internationales et les ONG. Au niveau technique, le bien-fondé de la stratégie d'enrichissement des aliments a été confirmé. Elle est économique, tout en garantissant une consommation de masse, si ce sont les produits appropriés qui sont enrichis. Dès le départ, l'enrichissement doit être lié à un plan de suivi afin d'assurer le contrôle de la qualité et de permettre des ajustements efficaces.

18. Certaines leçons négatives ont également dû être tirées. Un programme multinational progresse de manière inégale lorsque les faiblesses institutionnelles et l'instabilité politique entraînent une discontinuité dans la fourniture par les gouvernements des ressources humaines et financières nécessaires. Sur le plan de la programmation et de la gestion, le suivi et l'évaluation du programme sont difficiles lorsque les données ne sont pas homogènes et que ne sont pas suffisamment mis à jour les indicateurs de carences en vitamine A et en fer, tels que le niveau des carences en micronutriments, la consommation individuelle d'aliments à enrichir et le niveau naturel de micronutriments dans l'alimentation. La première mesure à prendre dans le cadre du prochain programme de coopération est d'effectuer des recherches pour mettre à jour les données afin de définir des objectifs mesurables. La stratégie d'enrichissement des aliments, bien que réussie, est complexe et doit être gérée minutieusement pour établir un équilibre entre les préoccupations d'ordre technique, de coût et d'acceptabilité sociale. Le micronutriment utilisé doit être compatible avec l'aliment, de manière à ne pas en modifier l'odeur, le goût ou l'aspect. Les facteurs de coût, comme on l'a vu avec l'industrie sucrière, peuvent entraîner un rejet de la part du producteur, même lorsque l'opération est techniquement faisable et socialement acceptable. Le fer présente un problème différent. Comme il n'existe pas de source d'alimentaire unique dont l'enrichissement peut aboutir au niveau de consommation de masse requis, il faut identifier plusieurs aliments. La supplémentation alimentaire en remplacement ou complément de l'enrichissement des aliments a également parfois présenté des difficultés, comme dans le cas du fer, en raison de son coût et de la résistance culturelle.

Coopération recommandée au programme, 2002-2006

Montant estimatif des dépenses annuelles

(En milliers de dollars des États-Unis)

	2002	2003	2004	2005	2006	Total
Ressources extrabudgétaires						
Enrichissement des aliments	70	70	70	70	70	350
Supplémentation alimentaire	100	130	170	155	145	700
Information, éducation et communication	150	200	150	150	150	800
Surveillance épidémiologique	320	300	270	250	250	1 390
Coordination au niveau régional	155	155	150	150	150	760
Total	795	855	810	775	765	4 000

But et objectifs du programme

19. Le but du programme multinational sur les micronutriments est de contribuer aux efforts des Gouvernements des cinq pays andins et du Paraguay en vue de prévenir la malnutrition « cachée » des enfants et des femmes, due à des carences en iode, fer et vitamine A. Dans ce cadre, le programme vise notamment à lutter contre les TCI en vue d'assurer leur élimination durable, à prévenir et réduire les cas d'anémie due à des carences en fer parmi les jeunes enfants et les femmes et à éliminer les carences en vitamine A chez les enfants des zones rurales et urbaines extrêmement pauvres de ces pays.

20. Pour y parvenir, le programme sous-régional entend contribuer : a) au renforcement et à la durabilité de tous les processus d'iodation du sel dans les six pays de manière à ce que tout le sel produit soit conforme aux normes, que du sel iodé soit consommé par les ménages à tous les niveaux et que le Paraguay parvienne à éliminer les TCI; b) à une supplémentation en fer dont bénéficieront au moins 80 % des femmes enceintes et 80 % des nourrissons de chaque pays et une supplémentation accrue en vitamine A afin d'atteindre au moins 80 % des enfants de moins de 3 ans dans les zones à haut risque identifiées dans chaque pays; c) à la diffusion au grand public d'informations sur les carences en micronutriments en tant que problème majeur de santé publique, afin d'assurer qu'au moins 75 % des familles aient une connaissance de base de l'importance de la consommation de micronutriments essentiels; et d) à une plus grande efficacité des systèmes de surveillance épidémiologique et du contrôle de la qualité de l'enrichissement des aliments par au moins 80 % des laboratoires des six pays. Dans le même temps, on poursuivra les efforts pour améliorer les processus d'enrichissement des aliments en fer.

Stratégie du programme

21. Le programme proposé maintient les quatre principaux éléments du programme antérieur.

22. **Enrichissement des aliments.** La prévention des TCI par iodation du sel continuera à constituer l'élément principal de cette stratégie. On soutiendra le renforcement du processus d'iodation. On s'efforcera à cet égard de maintenir l'alliance et les relations de coopération établies avec les producteurs de sel de la région andine. Dans certains pays, il est nécessaire de réduire les coûts de l'élément d'enrichissement en en réduisant la quantité à ajouter au sel ou en réduisant les taxes à l'importation sur les produits d'enrichissement. Dans quelques pays, les normes nationales prévoient l'addition de 30 à 100 ppm d'iode, alors que les normes internationales n'en exigent que 15; il existe aussi une norme internationale en matière de teneur en iode des urines. On continuera à fournir une formation et de l'assistance technique pour assurer que le sel iodé produit soit conforme aux normes de qualité permettant de satisfaire les besoins de la population. Diverses activités d'information, d'éducation et de communication seront menées en vue de développer la demande et la consommation de sel iodé au niveau des ménages. Ce faisant, on recherchera la participation active de plusieurs secteurs des pouvoirs publics, des organisations civiques, des producteurs de sel, des écoles, des médias, des scientifiques et des travailleurs agricoles. On effectuera des recherches en vue d'identifier l'importance des carences à l'origine de TCI chez les enfants d'âge scolaire afin de mieux surveiller la teneur en iode du sel et d'assurer l'élimination durable des TCI. Le programme veillera aussi à ce que les questions d'emballage et de marquage et les besoins connexes soient pris en compte.

23. En ce qui concerne l'enrichissement des aliments en fer, le programme mettra l'accent sur le renforcement du processus d'enrichissement de la farine de blé dans les cinq pays andins et de la farine de pays au Venezuela. En outre, on identifiera d'autres types d'aliments à enrichir dans les six pays, puisqu'un seul aliment ne suffit pas pour obtenir la couverture nécessaire. Ces autres aliments devront être à bas prix et disponibles pour une consommation de masse. Sur la base de l'expérience réussie du Venezuela, des efforts seront entrepris et un soutien sera fourni pour enrichir la farine de maïs dans les autres pays. On fera des recherches sur la possibilité d'enrichir le riz.

24. On poursuivra les efforts en vue d'enrichir le sucre en vitamine A. La Bolivie continuera à enrichir l'huile. On effectuera des recherches pour établir le niveau des carences en vitamine A dans chaque pays. En fonction des résultats, le programme aidera chaque pays à identifier des types d'aliments appropriés pour les enrichir en vitamine A.

25. **Supplémentation.** Ce programme portera sur le fer et la vitamine A. La supplémentation en fer et en vitamine A sera utilisée comme une mesure d'urgence à court terme pour les groupes à haut risque et souffrant de carences sévères en micronutriments. Les zones à haut risque et les groupes ciblés pour les interventions seront déterminés après que des études sur les carences en fer et en vitamine A auront été menées dans les six pays et que les données auront été mises à jour. On développera les efforts visant à lier la supplémentation en vitamine A aux vaccinations en Équateur, au Pérou et au Venezuela et fera des essais pour que la supplémentation en vitamine A soit couverte par les systèmes d'assurance médicale de base, comme en Bolivie. La Colombie identifiera la zone qui sera ciblée et assurera la supplémentation en vitamine A pour les femmes et enfants exposés à des carences.

26. **Information, éducation et communication.** Malgré les efforts menés dans le cadre du programme antérieur pour mieux faire connaître les carences en iode, fer et vitamine A et leurs effets sur la santé de la population, notamment pour ce qui est des enfants et des femmes, le grand public des différents pays concernés n'a que faiblement pris conscience du fait que les carences en micronutriments constituent un problème prioritaire de santé publique. Cela met en relief la nécessité d'accélérer les activités d'information, d'éducation et de communication au cours de la période couverte par le programme. Il faut aussi soutenir l'engagement politique et les alliances existantes, tout en en créant de nouvelles pour développer la connaissance et la compréhension des dangers et des effets négatifs des carences en micronutriments et renforcer l'engagement de s'attaquer à ces problèmes dans chaque pays.

27. Les activités d'information, d'éducation et de communication seront renforcées également dans leur finalité fondamentale, qui est de modifier les coutumes et les attitudes en matière d'alimentation. Le thème central sera de souligner l'importance d'une diversification de l'alimentation, en mettant l'accent tout particulièrement sur la consommation de sel iodé et d'aliments enrichis en fer et en vitamine A. On cherchera notamment à promouvoir la consommation de suppléments de fer parmi les femmes enceintes ou qui viennent d'accoucher et les nourrissons courant un risque. On s'efforcera d'identifier des auditoires cibles, tels que les dirigeants politiques, les décideurs, certains secteurs des pouvoirs publics, les agents sanitaires, les professionnels de la santé, les enseignants, les parents, les élèves et les producteurs de sel. Il sera fait recours à un allié important, les médias, pour diffuser largement certains messages, y compris pendant les heures de diffusion de service public, assurées par les médias nationaux dans chaque pays. Des études portant sur les connaissances, les attitudes et les pratiques seront menées pour évaluer l'impact des activités d'information, d'éducation et de communication pour ce qui est de créer et de développer la prise de conscience des carences en micronutriments et de l'importance de la consommation de sel iodé et d'aliments enrichis. Le programme contribuera à l'élaboration d'une stratégie sociale de commercialisation du sel iodé, des suppléments en micronutriments et des aliments potentiellement enrichis.

28. **Surveillance épidémiologique.** Cet élément continuera à jouer un rôle essentiel dans le programme proposé. On continuera à soutenir le renforcement des systèmes de surveillance de la teneur en iode du sel et du suivi biologique. Cela permettra d'assurer l'efficacité du processus d'iodation et de faire en sorte que la teneur en iode recommandée soit constamment atteinte et que les TCI soient ainsi durablement éliminés. Dans un premier temps, on mettra à jour les indicateurs de base, tels que la prévalence des TCI et des carences en fer et en vitamine A dans chacun des pays pour ce qui est des femmes enceintes, des femmes qui viennent d'accoucher et des nourrissons. Les autres indicateurs essentiels seront la consommation d'aliments enrichis, la quantité d'éléments d'enrichissement dans l'alimentation et la couverture des activités de supplémentation en fer et en vitamine A. Dans chaque pays, la surveillance épidémiologique recevra un soutien pour contrôler la teneur en iode du sel et des urines et la consommation de sel iodé au cours de la première année du programme. Une formation sera dispensée au personnel des laboratoires, ainsi qu'au personnel des services publics et des ONG s'occupant de nutrition, pour l'analyse des problèmes et l'élaboration, la mise en oeuvre et le suivi d'actions contre les carences en micronutriments. La mise à jour

des renseignements de base permettra de disposer d'une information suffisante pour quantifier les objectifs, suivre de manière efficace la mise en oeuvre et faire les évaluations de départ et d'impact. Enfin, la mise en place d'un réseau électronique de télécommunications entre les laboratoires renforcera leur aptitude à échanger des données et à rechercher et fournir de l'assistance.

Collaboration avec les partenaires

29. Les alliances stratégiques sont la clef du succès du programme. Les groupes ayant une grande influence et un niveau de crédibilité élevé dans les communautés à risque présentent une importance vitale. Comme dans le cas de l'Église en Équateur, les alliances avec ces groupes stratégiques permettront de surmonter plus facilement les résistances culturelles du type de celles encore rencontrées dans le cas des suppléments en fer. Les médias sont également des alliés importants, dont le savoir-faire en matière d'élaboration et de diffusion de messages et de contrôle de leur impact permettra de mieux faire connaître les carences en micronutriments et leur effet nocif sur la santé des femmes et les enfants.

30. Les producteurs de sel et les autres fabricants d'aliments sont également des alliés critiques. Les liens solides qui existent avec l'industrie du sel seront maintenus et on s'efforcera de redynamiser les contacts avec l'industrie sucrière pour ce qui est de l'enrichissement du sucre en vitamine A. Dans les six pays, le programme collaborera avec les partenaires publics critiques, tels que les ministères de la santé, de l'industrie, du commerce, de l'agriculture et de l'éducation, ainsi qu'avec les instituts scientifiques et de recherche afin d'assurer l'application des mesures politiques, de la réglementation et de la législation et la mise en oeuvre effective et le suivi des éléments du programme.

31. L'UNICEF collaborera étroitement avec l'OPS/OMS, le Conseil international de lutte contre les troubles dus à la carence en iode et l'Initiative micronutriments du Canada en vue de l'élaboration de ce programme. Le projet de lutte contre les carences en iode sera à nouveau évalué par l'OPS/OMS et le Conseil international. Le programme sous-régional continuera à recevoir une assistance technique de l'OPS/OMS, de l'Initiative micronutriments et des membres de l'évaluation externe pour la certification des pays en matière de lutte contre les TCI. Le Programme alimentaire mondial jouera un rôle majeur, comme en Bolivie, dans les activités de formation et de supplémentation, surtout pour les carences en fer. On prévoit que Kiwanis International continuera à soutenir l'élimination durable des TCI.

Suivi et évaluation

32. On observe dans la sous-région andine et au Paraguay une grande diversité dans la couverture des systèmes nationaux de surveillance et des données disponibles pour mesurer les progrès réalisés en vue de la réalisation des objectifs du programme, que sont la quasi-élimination des TCI et des carences en vitamine A chez les enfants et celle de l'anémie due à une carence en fer chez les femmes enceintes.

33. Mais, dans tous les cas, il est nécessaire d'établir des indicateurs de départ fermes pour la surveillance à moyen et à long terme des TCI et de la prévalence des carences en vitamines A et en fer et de leurs conséquences tant au niveau national que dans les zones et les communautés les plus affectées de chaque pays. La

proportion de nourrissons et d'enfants d'âge préscolaire présentant un goitre endémique (détectable par palpation et par le volume de la thyroïde) et les teneurs en iode des urines des enfants constitueront les principaux indicateurs cliniques et biochimiques qui permettront d'évaluer les progrès réalisés en ce qui concerne les TCI et les effets du programme. On surveillera également les indicateurs relatifs aux procédés, qui portent sur la concentration d'iode (au minimum 15 parties par million) au stade de la production, de la distribution et de la consommation (ménages) afin de parvenir à une iodation universelle du sel.

34. Les pourcentages d'enfants de moins de 6 ans souffrant de xérophtalmie et de carence en sérum vitamine A (moins de 10 mg/100 ml) constitueront les principaux indicateurs de résultat pour l'évaluation des progrès réalisés dans la lutte contre les carences en vitamine A, tandis que les pourcentages d'enfants de 6 à 59 mois et de femmes ayant accouché dans les 12 derniers mois, qui auront reçu des doses élevées de supplément de vitamines A – au cours des six derniers mois, dans le premier cas, et avant que le nourrisson n'atteigne huit semaines, dans le second – seront les indicateurs de base pour suivre la couverture du programme. Par ailleurs, la prévalence d'anémie chez les nourrissons, les femmes enceintes et les femmes en âge d'avoir des enfants, dont le taux d'hémoglobine est inférieur à 10 mg/dl, sera surveillée périodiquement pour évaluer les progrès réalisés en matière de réduction de l'anémie due à une carence en fer.

35. Divers moyens de vérification et mécanismes de suivi seront utilisés pour établir, analyser et interpréter les indicateurs mentionnés plus haut. Les indicateurs de résultat auront comme source principale de données les enquêtes périodiques auprès des ménages, les sites de surveillance ou postes sentinelles auprès des communautés et des districts et les tests cliniques/biochimiques effectués au niveau local dans les postes sanitaires et les dispensaires. Les postes sentinelles serviront à suivre la présence d'anémie et la prévalence de carences en iode chez les enfants d'âge scolaire. La surveillance de routine de l'enrichissement et de la teneur en iode, vitamine A et fer des aliments aux niveaux de la production, de l'importation et de la vente en gros et au détail incombera aux pouvoirs publics concernés (ministères de la santé, de l'agriculture, du commerce ou bureau national des normes).

36. Pour améliorer le processus de décision, la rentabilité et la qualité garantie des services dans le cadre du programme, un mécanisme de surveillance interne sera établi aux niveaux national, régional et local. Le contrôle du projet au niveau sous-régional et les examens annuels du programme feront partie des activités de suivi et d'évaluation.

Gestion du programme

37. Les institutions publiques identifiées par les pays participant au précédent programme multinational sur les micronutriments seront les principaux agents chargés de l'exécution dans les différents pays. Au niveau national, ces institutions veilleront à ce que les engagements du gouvernement soient respectés pour ce qui est du suivi et de l'application de la législation en matière d'enrichissement des aliments, de supplémentation et de surveillance épidémiologique. Elles veilleront aussi à ce que les ressources financières et humaines nécessaires soient fournies. Les ONG participant à la lutte contre les carences en micronutriments dans les différents pays prendront part à la mise en oeuvre et au suivi du programme.

38. Se fondant sur l'expérience accumulée au cours de la mise en oeuvre du programme multinational, le Groupe de coordination sous-régionale de l'UNICEF continuera à assurer la gestion et le suivi de la mise en oeuvre du programme proposé avec l'appui des points focaux des bureaux de l'UNICEF dans chaque pays. En outre, il assurera l'orientation, dirigera l'assistance technique vers les pays, mobilisera les ressources, mettra sur pied les réunions techniques et organisera la formation et les réunions d'examen annuel avec les partenaires du programme en vue d'évaluer les progrès réalisés dans la mise en oeuvre du plan d'action annuel et de préparer le plan d'action de l'année suivante. Le Groupe continuera à servir de centre de référence aussi bien pour les pays participants que pour les donateurs. Conjointement avec les organismes de contrepartie des gouvernements, il organisera en 2004 l'examen plus détaillé de milieu de programme, auquel participeront aussi les autres partenaires. Un comité technique consultatif composé de représentants de l'OPS/OMS, du Conseil international de lutte contre les troubles dus à la carence en iode et de l'Initiative micronutriments sera établi pour superviser le programme, lui fournir une assistance technique et le guider.
