

CARMEN

Étude de cas canadienne – Projet CARMEN

Rapport final

Convergence des intervenants sur l'étiquetage nutritionnel :
À la recherche d'un consensus sur un enjeu complexe



Valeur nutritive	
par 125 mL (87 g)	
Teneur	% valeur quotidienne
Calories 80	
Lipides 0,5 g	1 %
saturés 0 g	
+ trans 0 g	0 %
Cholestérol 0 mg	
Sodium 0 mg	0 %
Glucides 18 g	6 %
Fibres 2 g	
Sucres 2 g	8 %
Protéines 3 g	
Vitamine A 2 %	Vitamine C 10 %
Calcium 0 %	Fer 2 %



Gouvernement
du Canada

Government
of Canada



**Organisation
panaméricaine
de la santé**

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

Promouvoir et protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique.

— Agence de la santé publique du Canada

Les opinions exprimées dans le présent rapport sont celles des auteures et ne reflètent pas nécessairement le point de vue de l'Agence de la santé publique du Canada ou de Santé Canada.

Publication autorisée par le ministre de la Santé

Étude de cas canadienne – Projet CARMEN
Rapport final

« *Convergence des intervenants sur l'étiquetage nutritionnel : À la recherche d'un consensus sur un enjeu complexe* »
est disponible sur Internet à l'adresse suivante :
<http://www.phac-aspc.gc.ca>

Also available in English under the title:

CARMEN Pilot Canadian Case Study
Final Report

“*Stakeholder Convergence On Nutrition Labelling: Building Consensus On A Complex Issue*”

La présente publication est également disponible sur demande sur disquette, en gros caractères, sur bande sonore ou en braille.

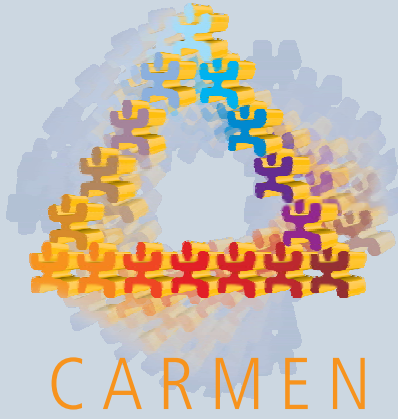
© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le ministre de la Santé, 2008

Papier : Cat.: HP5-58/2008

ISBN: 978-0-662-05576-1

PDF : Cat.: HP5-58/2008F-PDF

ISBN: 978-0-662-08519-5



Étude de cas canadienne – Projet CARMEN

Rapport final

Convergence des intervenants sur l'étiquetage nutritionnel :
À la recherche d'un consensus sur un enjeu complexe

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	1
Résumé	2
1. Contexte et justification	4
1.1 Contexte	4
1.2 Justification de l'étude	6
2. Méthodologie	9
2.1 Justification d'une approche de l'étude de cas	9
2.2 Cadre conceptuel	9
2.3 Collecte des données	12
2.4 Analyse des données	13
2.5 Limites	14
2.6 Approbation éthique	14
3. Constatations	15
3.1 Idées et facteurs contextuels	15
3.1.1 Le contexte institutionnel pour la politique de la nutrition du Canada	16
3.1.2 La nutrition en tant que priorité nouvelle	17
3.1.3 L'accent mis sur la promotion de la santé	20
3.1.4 Viser la compatibilité avec les États-Unis	22
3.1.5 L'engagement des citoyens	22
3.1.6 La collaboration intersectorielle à l'élaboration des politiques	23
3.2 Modèle interactif pour l'obtention d'un consensus sur l'élaboration des politiques	24
3.2.1 Innovation des processus	25
3.2.2 Obstacles à l'obtention d'un consensus	35
3.2.3 Champions	42
3.2.4 Convergence des intervenants	44
4. Conclusions	46
4.1 Capacité d'élaborer des politiques au niveau individuel	47
4.2 Capacité d'élaborer des politiques au niveau organisationnel	48
4.3 Capacité d'élaborer des politiques au niveau systémique	49
5. Leçons apprises et recommandations	50
5.1 Confirmation des constatations des études des politiques antérieures	50
5.2 Nouvelles leçons apprises	50
5.3 Recommandations relatives à la recherche future	51
ANNEXE 1 :	52
Cadre analytique — Étape de l'élaboration des politiques	
ANNEXE 2 :	53
Étude de cas canadienne – Projet CARMEN	
Guide d'entrevue des répondants clés	
ANNEXE 3 :	56
Étiquetage nutritionnel obligatoire :	
Guide pour l'emballage des aliments et des boissons au Canada	
ANNEXE 4 :	61
Collectivité d'élaboration des politiques en matière d'étiquetage nutritionnel – 1996;2002	

Remerciements



Les auteures remercient toutes les personnes ayant pris part à la présente étude, notamment les participants à la recherche, les représentants du gouvernement fédéral et les porte-parole de l'Organisation panaméricaine de la santé, dont les connaissances et l'expertise ont concouru au contenu du rapport de l'Étude de cas canadienne. Des remerciements spéciaux s'adressent aux membres du groupe de travail technique qui ont offert une orientation, une rétroaction judicieuse et des commentaires, du début à la fin.

Les efforts déployés par les équipes de recherche au Brésil et au Costa Rica ont contribué à garantir la réussite de ce processus de recherche innovateur et concerté qui permettra de mieux comprendre l'élaboration et l'approbation des politiques en matière de santé. Les auteures tiennent à souligner la contribution exceptionnelle des membres de l'équipe de recherche internationale.

Le Dr John Church (Centre for Health Promotion Studies, Université de l'Alberta) a assumé un rôle prépondérant dans l'élaboration du cadre conceptuel de l'Étude de cas canadienne. Les chercheurs remercient le Dr Church de son apport marquant à l'étude, particulièrement au début, et de son examen, à titre d'expert, de l'ébauche du rapport de l'Étude de cas.

En dernier lieu, les auteures tiennent à remercier la D^{re} Sylvie Stachenko, administratrice en chef adjointe de la santé publique, Agence de la santé publique du Canada, de son leadership visionnaire et de son soutien indéfectible à la mise en œuvre de ce projet de recherche international.



Le 12 décembre 2002, l'étiquetage nutritionnel obligatoire a été instauré au Canada. La portée du règlement a mis le Canada au premier rang de l'étiquetage nutritionnel, et l'initiative est largement considérée comme étant d'avant-garde du point de vue des politiques de la santé. Au cours des 20 prochaines années, les gains accrus pour les Canadiennes et les Canadiens atteindront environ 5 milliards de dollars en réductions de coûts directs et indirects liés au cancer, au diabète, à une maladie coronarienne et à un accident cérébrovasculaire¹.

En vertu du nouveau régime, les étiquettes de la plupart des aliments préemballés vendus au Canada doivent porter un tableau de la *Valeur nutritive*. Les intérêts et les besoins en matière de santé des consommateurs, alliés aux progrès récents dans le domaine de la nutrition, ont favorisé la conception et le contenu innovateurs du tableau de la *Valeur nutritive*. La réglementation obligatoire comprend des critères actualisés pour les allégations relatives à la teneur nutritionnelle visant à mieux donner suite aux questions de santé touchant les consommateurs. Pour la première fois au Canada, on permet les allégations santé liées au régime alimentaire qui font ressortir le lien entre certains éléments nutritifs et aliments, et la réduction des maladies du cœur, du cancer, de l'hypertension et de l'ostéoporose.

À ce jour, l'analyse et l'évaluation systématiques de l'élaboration des politiques en matière de prévention et de contrôle des maladies chroniques représentent un aspect négligé des initiatives de recherche². L'Étude de cas canadienne analyse les processus d'élaboration des politiques menant à l'approbation de la réglementation sur l'étiquetage nutritionnel obligatoire. Plus particulièrement, nous examinons les étapes d'élaboration et de prise de décisions du cycle des politiques et nous évaluons les principaux facteurs de réussite dans l'élaboration des politiques sur l'étiquetage nutritionnel. Dans le cadre de l'étude, nous mettons l'accent sur les interactions entre les divers intervenants dans cette sphère des politiques, y compris les représentants des ministères ou organismes du gouvernement fédéral, les organisations non gouvernementales, les scientifiques de l'industrie et les consommateurs afin d'expliquer la nature intersectorielle de l'élaboration des politiques.

Le règlement de 2002 aborde trois thèmes interreliés (c.-à-d. l'étiquetage nutritionnel, les allégations relatives à la teneur en éléments nutritifs et les allégations relatives à la santé). De façon importante, le processus d'élaboration des politiques pour ces initiatives « a suivi des voies concertées distinctes de documentation, de consultation et de rétroaction d'experts et d'intervenants »³. Toutefois, résultat inattendu, les règlements sur l'étiquetage nutritionnel, les allégations relatives à la teneur en éléments nutritifs et les allégations relatives à la santé ont été fusionnés en une « série de mesures » exhaustives dans la publication de la *Gazette du Canada*, Partie II (1^{er} janvier 2003).

¹ Santé Canada. *Gazette du Canada*, Partie II, Règlement modifiant le Règlement sur les aliments et drogues (étiquetage nutritionnel, allégations relatives à la teneur en éléments nutritifs et allégations relatives à la santé). 1^{er} janvier 2003. Accessible à : <http://canadagazette.gc.ca/partII/2003/20030101/pdf/g2-13701.pdf>. Accès : 16 octobre 2006.

² Organisation mondiale de la santé. (2004). *Policy development and noncommunicable disease prevention: The road from Kaunas*, Copenhague, Danemark, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.

³ Mémoire au ministre, *Modification du Règlement sur les aliments et drogues*, annexe 1172 sur *Les allégations et l'étiquetage nutritionnel* (non daté), Santé Canada, p. 1.

Au cours de la recherche, nous avons effectué une vaste étude des documents et réalisé une synthèse du processus d'élaboration des politiques sur l'étiquetage nutritionnel, suivies d'entrevues semi-structurées avec 24 répondants clés du gouvernement, de l'industrie, du milieu universitaire, des associations de professionnels de la santé, d'organisations non gouvernementales et de groupes de défense des intérêts des consommateurs. La collecte des données s'est amorcée en juillet 2005 et a pris fin au début de janvier 2006.

Les conclusions de l'Étude de cas fournissent de solides données probantes selon lesquelles le processus d'élaboration des politiques sur l'étiquetage nutritionnel était complexe, souvent chaotique et imprévisible, entravé par un manque de ressources humaines et financières et subissait les contrecoups négatifs des cloisonnements politiques. En dépit des obstacles redoutables et des échéanciers très serrés, une importante convergence s'est manifestée chez les intervenants, ce qui a facilité le processus d'élaboration de politiques innovatrices. La convergence des intervenants sur l'étiquetage nutritionnel était en grande partie attribuable à trois facteurs principaux : 1) un cadre stratégique commun sur la santé de la population adopté par tous les participants aux consultations; 2) l'émergence de « champions » forts dans le secteur des politiques de la santé du gouvernement fédéral; et 3) la mise en œuvre d'un processus d'élaboration de politiques innovatrices supervisé par un comité consultatif intersectoriel sur l'étiquetage nutritionnel.

Les conclusions de l'étude placent les constatations dans un cadre qui illustre la capacité d'élaborer des politiques (CEP) à trois niveaux : individuel, organisationnel et systémique. D'après les données probantes, la CEP élevée au niveau individuel et systémique, combinée à la CEP moyenne au niveau organisationnel, a donné lieu à la convergence des intervenants sur les formulations des questions et, en dernier ressort, à l'adoption des politiques. Les lacunes au chapitre de la CEP, particulièrement au niveau organisationnel, comprenaient les obstacles à l'obtention des ressources requises pour l'application de la nouvelle réglementation obligatoire. La dichotomie entre l'élaboration des politiques et leur mise en œuvre donne à penser que, bien qu'il y ait eu convergence à l'étape de l'élaboration des politiques, l'étape de la mise en œuvre peut présenter des défis (p. ex. l'application de la réglementation sur l'étiquetage nutritionnel).

En présentant les leçons apprises, nous confirmons les constatations des études des politiques antérieures, notamment que le choix du moment est essentiel à l'élaboration de politiques fructueuses et que les décideurs doivent pouvoir agir rapidement lorsque l'occasion se présente. Les nouvelles leçons apprises grâce à l'Étude de cas canadienne indiquent que, lorsque l'organisation possède une faible capacité d'élaborer des politiques, en partie en raison du manque de ressources ou d'une restructuration, les décideurs doivent mettre en œuvre des pratiques stratégiques de gestion du changement pour surmonter les obstacles organisationnels. Nous recommandons, entre autres, une étude de suivi portant sur l'examen du processus de mise en œuvre de l'étiquetage nutritionnel de même que des résultats à court et à moyen termes.

En résumé, le titre de l'Étude de cas canadienne « *Convergence des intervenants sur l'étiquetage nutritionnel : À la recherche d'un consensus sur un enjeu complexe* » tient compte des solides données probantes illustrant que le processus de l'étiquetage nutritionnel est une innovation très fructueuse en matière de politiques.

1. Contexte et justification



1.1 Contexte

Le 12 décembre 2002, l'étiquetage nutritionnel obligatoire a été instauré au Canada. Le nouveau règlement en vertu de la *Loi sur les aliments et drogues* exige que les étiquettes de la plupart des aliments préemballés vendus au Canada portent un tableau de la *Valeur nutritive* énumérant la valeur calorique et la teneur en 13 nutriments principaux d'une quantité spécifique d'aliments (se reporter à la figure 1). Les principaux nutriments comprennent la quantité de gras, gras saturés et *trans*, de cholestérol, de sodium, de glucides, de fibres, de sucres, de protéines, de vitamines A et C, de calcium et de fer.

Figure 1 : Exemple du tableau de la *Valeur nutritive*

Valeur nutritive	
par 125 mL (87 g)	
Teneur	% valeur quotidienne
Calories 80	
Lipides 0,5 g	1 %
saturés 0 g	
+ trans 0 g	0 %
Cholestérol 0 mg	
Sodium 0 mg	0 %
Glucides 18 g	6 %
Fibres 2 g	8 %
Sucres 2 g	
Protéines 3 g	
Vitamine A 2 %	Vitamine C 10 %
Calcium 0 %	Fer 2 %

La réglementation sur l'étiquetage nutritionnel comprend des critères actualisés pour les allégations relatives à la teneur en éléments nutritifs visant à mieux répondre aux besoins en matière de santé des consommateurs. En outre, pour la première fois au Canada, on permet les allégations santé liées au régime alimentaire qui font ressortir le lien entre certains nutriments ou aliments et la réduction des maladies cardiaques, du cancer, de l'ostéoporose et de l'hypertension. Par conséquent, les entreprises peuvent reconnaître l'existence d'un lien entre le régime alimentaire et une maladie sur les étiquettes des aliments et dans les publicités pourvu que l'aliment soit admissible à l'allégation en satisfaisant aux critères de composition précisés. D'après les données déclarées en 2006, parmi les 2 014 Canadiennes et Canadiens visés par l'étude à l'échelle nationale, 77 % tenaient compte des étiquettes des aliments, qu'ils décrivaient comme la « source d'information nutritionnelle la plus populaire », au moins une fois, et 32 % ont indiqué qu'une allégation relative à la nutrition ou à la santé avait attiré leur attention⁴.

Avant 2002, l'utilisation de l'étiquetage nutritionnel était volontaire au Canada, et approximativement 50 % des aliments préemballés affichaient l'information nutritionnelle.

⁴ Conseil canadien des aliments et de la nutrition (octobre 2006). *Nutrition : évolution et tendances VI*. Disponible à www.cfcn.ca/events/agm.asp (en anglais seulement).

Toutefois, l'information était irrégulière, souvent illisible pour les consommateurs, et la présentation n'était pas normalisée :

[Traduction] [Sur les étiquettes], on pouvait prétendre à un contenu faible en gras sans dévoiler la teneur élevée en sodium. Il était difficile de savoir si le terme « léger » supposait une teneur plus faible en lipides, une texture légère ou une coloration plus faible⁵.

Aux États-Unis (É.-U.), la promulgation de la *Nutrition Labelling and Education Act*, en 1990, rendait obligatoire une étiquette nutritionnelle innovatrice et accrue pour pratiquement tous les aliments. Les Canadiennes et les Canadiens voyageant aux É.-U. découvraient les nouvelles étiquettes nutritionnelles sur les emballages de produits alimentaires et ils ont commencé à militer en faveur de changements au Canada.

[Traduction] « Nous aimons croire que notre système de santé est supérieur à celui des É.-U., mais lorsqu'il est question d'information préventive, nous venons loin en deuxième place. À l'instar de nombreuses autres personnes, j'ai un problème de cholestérol et je ne souhaite pas prendre de médicaments sur ordonnance pour atténuer le problème; il serait très profitable de retrouver cette information sur les emballages comme c'est le cas aux É.-U. » Alliance pour la réforme de l'étiquetage des produits alimentaires, 5 juillet 1999

En vertu de la nouvelle réglementation (2002), l'industrie alimentaire canadienne disposait d'un délai de trois ans pour afficher le tableau de la *Valeur nutritive* sur les emballages, et les petites entreprises (c.-à-d. celles dont les ventes étaient inférieures à un million de dollars par année) avaient un délai de cinq ans pour se conformer aux dispositions. Des exemptions s'appliquent à divers aliments et boissons, y compris les fruits et légumes frais, la viande et la volaille crues (sauf si elles sont hachées), les grains de café, les feuilles de thé, les herbes et épices, les boissons alcoolisées et les produits préparés à partir d'ingrédients où les aliments sont vendus (p. ex. les produits de boulangerie). Les exemptions ont été autorisées en partie afin d'assouplir les exigences pour les petites entreprises.

La réglementation sur l'étiquetage nutritionnel découle d'un processus des politiques publiques de quatre ans qui supposait la recherche en consommation, des conseils éclairés et une vaste consultation avec les principaux secteurs, notamment les consommateurs, les organismes de santé et l'industrie alimentaire. En 2002, la ministre de la Santé a qualifié de « gigantesque entreprise » le processus fortement axé sur la collaboration et supervisé par les membres d'un comité consultatif externe⁶.

Le règlement adopté en 2002 aborde trois thèmes interreliés (c.-à-d. l'étiquetage nutritionnel, les allégations relatives à la teneur en éléments nutritifs et les allégations relatives à la santé). Il importe de souligner que le processus d'élaboration des politiques pour ces initiatives « a suivi des voies concertées distinctes de documentation, de consultation et de rétroaction d'experts et d'intervenants »⁷. Toutefois, résultat imprévu, les règlements sur l'étiquetage nutritionnel, les allégations relatives à la teneur en éléments nutritifs et les allégations relatives à la santé ont été fusionnés en une « série de mesures » exhaustives dans la publication de la *Gazette du Canada*, Partie II (1^{er} janvier 2003).

⁵ Beck, L. (9 novembre 2005). « Food companies must serve up nutrition facts », *The Globe And Mail*, p. A17.

⁶ Nutrition Labelling. (2 janvier 2003). *Ministerial*, p. 3.

⁷ Mémoire au ministre, Modification du Règlement sur les aliments et drogues, annexe 1172 sur Les allégations et l'étiquetage nutritionnel (non daté), Santé Canada, p. 1.

1.2 Justification de l'étude

En 2004, un rapport de l'Organisation mondiale de la santé portant sur le contexte mondial de réglementation entourant l'étiquetage nutritionnel et les allégations relatives à la santé concluait :

[Traduction] L'étiquetage nutritionnel peut être un moyen efficace d'aider les consommateurs à choisir des aliments sains malgré certaines indications selon lesquelles l'effet sur le régime alimentaire et la santé publique des allégations relatives à la santé ne suffit pas. La réglementation peut jouer un rôle crucial pour renforcer la possibilité que l'étiquetage nutritionnel et les allégations relatives à la santé fassent la promotion de la santé (p. 57)⁸.

Toutefois, le rapport met en garde au sujet de la conception et de la mise en œuvre des cadres réglementant l'étiquetage nutritionnel qui doivent faire partie d'une approche intégrée visant à réduire la prévalence des maladies chroniques liées à l'alimentation tant auprès de chaque personne que de l'ensemble de la population.

Sur la scène internationale, la portée de la réglementation adoptée en 2002 a placé le Canada au premier rang de l'étiquetage nutritionnel, et l'initiative est largement reconnue comme innovatrice d'un point de vue des politiques de la santé. Les décideurs et les protecteurs des consommateurs prévoient d'importantes diminutions à long terme des maladies chroniques liées à l'alimentation, d'où une réduction des coûts de soins de santé, grâce à la nouvelle réglementation.

En 2000, le gouvernement fédéral a calculé la valeur de l'initiative d'information nutritionnelle, recueillie sur 20 années, et a estimé à environ 5 milliards de dollars les réductions de coûts directs et indirects liés au cancer, au diabète, à une maladie coronarienne et à un accident cérébrovasculaire⁹. Par rapport aux 300 millions de dollars qu'il en coûte à l'industrie, Santé Canada a déclaré que l'étiquetage nutritionnel obligatoire pourrait permettre de réaliser d'importantes économies de coûts. Les données sur la rentabilité, avec la portée de la réglementation publiée dans la *Gazette du Canada*, Partie II (1^{er} janvier 2003), attirent l'attention du milieu international : les décideurs recherchent des renseignements sur le processus d'élaboration des politiques innovatrices.

Actuellement, à l'échelle mondiale, l'étiquetage nutritionnel et les sujets connexes ayant trait à la compétitivité, à l'information des consommateurs et à la réglementation constituent des enjeux politiques « brûlants ». Un document consultatif (2006) publié par la Commission européenne (direction générale « Santé et protection des consommateurs ») sur l'étiquetage mentionne ce qui suit :

[Traduction] Dans les pays de l'UE, de nombreuses règles touchent l'étiquetage, et un débat animé a cours au sujet de l'utilisation appropriée des étiquettes et des meilleurs paramètres d'étiquetage (...). Dans la mesure du possible, il faut définir une approche générale logique pour l'étiquetage¹⁰.

⁸ Hawkes, C. (2004). *Nutrition labels and health claims: The global regulatory environment*, Genève, Suisse, Organisation mondiale de la santé.

⁹ Santé Canada. *Gazette du Canada*, Partie II, *Règlement modifiant le Règlement sur les aliments et drogues* (Étiquetage nutritionnel, allégations relatives à la teneur en éléments nutritifs et allégations relatives à la santé), ouvrage déjà cité, p. 386.

¹⁰ Commission européenne. (2006). *Labelling: Competitiveness, consumer information and better regulation for the EU*, Direction générale « Santé et protection des consommateurs », p. 1.

Le rapport revendique la mise au point d'une approche globale de l'étiquetage qui répond aux critères suivants : [Traduction]

- fournir aux consommateurs l'information requise leur permettant de choisir des aliments qui, outre le fait qu'ils soient sains, sont également salubres et durables;
- favoriser un milieu favorable à la concurrence dans lequel l'industrie peut utiliser l'étiquetage pour mettre en évidence les bienfaits de ses produits auprès des consommateurs;
- veiller à ce que l'information soit présentée de manière uniforme, compréhensible et transparente;
- tenir compte de règles et de cadres communs visant à réduire au minimum les obstacles au commerce, lorsque c'est possible¹¹.

Le document de consultation de la Commission européenne aborde l'étiquetage nutritionnel en soulignant qu'il est actuellement facultatif : [Traduction] « (...) Il devient obligatoire lorsque l'allégation nutritionnelle est faite dans l'étiquetage, la présentation ou la publicité d'un produit alimentaire » (p. 7). Les directives actuelles donnent un aperçu de la présentation normalisée de l'étiquetage nutritionnel, mais les auteurs insistent : [Traduction] « il convient de se pencher sur des questions plus fondamentales relatives à l'étiquetage nutritionnel ». De plus, ils concluent que [Traduction] « Le système actuel (...) n'est pas efficace (...) il doit être changé, mais il n'y a pas d'entente quant à la meilleure marche à suivre »¹².

Orienté plus particulièrement sur l'étiquetage nutritionnel, le rapport de 2006 recense une série de questions stratégiques principales que la Commission européenne doit aborder avant d'aller de l'avant. Par exemple, l'étiquetage nutritionnel devrait-il être obligatoire? Quelle est la quantité nécessaire de renseignements? Peut-on fournir l'information nutritionnelle sous d'autres formes? À quel endroit devrait être apposée l'étiquette nutritionnelle? Dans quelle mesure la présentation de l'information est-elle importante?

Il est révélateur que le processus d'élaboration des politiques canadiennes ayant mené à l'étiquetage nutritionnel obligatoire ait étudié les mêmes questions que celles actuellement soulevées par la communauté internationale et de nombreux autres milieux. Le présent rapport explique les constatations recueillies dans le cadre de l'Étude de cas canadienne en 2005-2006. L'étude avait pour but de répondre à trois principales questions de recherche :

1. Quels étaient les processus d'élaboration et d'approbation des politiques sur l'étiquetage nutritionnel, les allégations relatives à la teneur en éléments nutritifs et les allégations relatives à la santé?
2. Quels étaient les principaux facteurs et conditions influant sur l'élaboration et l'approbation des politiques sur l'étiquetage nutritionnel, les allégations relatives à la teneur en éléments nutritifs et les allégations relatives à la santé?
3. Quelles étaient les leçons marquantes apprises au sujet de la conception et de la mise en œuvre des approches intersectorielles en matière d'élaboration et d'approbation des politiques?

Les constatations de l'Étude de cas présentées dans le rapport fournissent des réponses pertinentes, opportunes et, espérons-le, utiles aux questions posées par la Communauté européenne ainsi que d'autres partenaires internationaux dans le domaine de la santé et de la nutrition. De plus, la recherche est claire sur les pratiques prometteuses se rapportant à la

¹¹ Commission européenne, ouvrage déjà cité, p. 2.

¹² Commission européenne, ouvrage déjà cité, p. 7.

conception et à la mise en œuvre d'approches intersectorielles d'élaboration et d'approbation des politiques. Pour conclure, premièrement, les capacités sont examinées par rapport au processus d'élaboration des politiques sur l'étiquetage nutritionnel à trois niveaux (individuel, organisationnel et systémique). Deuxièmement, nous résumons les leçons marquantes apprises et présentons les recommandations axées sur les domaines futurs d'enquête et de recherche sur les politiques.

2. Méthodologie



La présente section du rapport de l'Étude de cas donne un aperçu de la méthodologie, l'accent étant mis sur les thèmes suivants : la justification d'une approche de l'étude de cas; le cadre conceptuel; la collecte des données; l'analyse des données; les limites; et l'approbation éthique.

2.1 Justification d'une approche de l'étude de cas

Selon Kishchuk¹³, chercheur canadien ayant mené six études de cas exhaustives et une analyse de l'ensemble des cas de la mobilisation des régions en matière de santé de la population, l'étude de cas est une stratégie axée sur la compréhension de la dynamique présente au sein des milieux¹⁴ (Eisenhardt, cité dans Kishchuk, 2001) en accomplissant les tâches suivantes :

- l'analyse globale des systèmes d'action, par la compréhension des actions, des événements et des processus en termes de leur contexte et de leurs interactions et en les abordant dans diverses perspectives¹⁵ (Snow et Anderson, cité dans Kishchuk, 2001);
- la triangulation de multiples sources de données de façon à saisir la nature complexe et polydimensionnelle des situations à l'étude¹⁶ (Campbell, cité dans Kishchuk, 2001);
- l'utilisation d'un concept d'étude de cas ouvert et évolutif menant à la découverte de conclusions imprévues et fortuites¹⁷ (Snow et Anderson, cité dans Kishchuk, 2001).

Dans l'Étude de cas canadienne, un groupe de travail technique (GTT) a donné des conseils sur la conception de la recherche y compris le processus d'échantillonnage. Le GTT a également participé à l'interprétation des conclusions, et les membres ont formulé des commentaires relativement à la structure du rapport final de l'Étude de cas. Parmi les membres du GTT, mentionnons un coordonnateur des politiques, des experts en méthodes qualitatives et en recherches et évaluations des politiques sur la santé et la nutrition de même que des décideurs et des analystes des politiques.

2.2 Cadre conceptuel

Tous les ordres de gouvernement ont participé de façon ininterrompue aux choix à faire entre les options concurrentes. Le résultat obtenu, ou la politique publique, est le plan d'action (ou parfois le défaut d'agir) que choisit un gouvernement. Nous savons que le processus visant à faire des choix franchit de nombreuses étapes différentes, et les analystes des politiques ont appelé ces étapes, le cycle des politiques¹⁸. Le cycle des politiques comporte cinq étapes,

¹³ Kishchuk, N. (2001). *Études de cas pour la mobilisation régionale de l'approche santé de la population*, Ottawa (Ontario), Santé Canada, bureaux régionaux, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, p. 3.

¹⁴ Eisenhardt, K. (1989). « Building theories from case study research », *Academy of Management Journal*, 14(4).

¹⁵ Snow, D. et L. Anderson. (1991). « Researching the homeless: The characteristics, features, and virtues of the case study », dans J. Feagin, A. Orum et G. Sjoberg (dir.), *A case for the case study*, University of North Carolina Press.

¹⁶ Campbell, D. (1979). « Degrees of freedom and the case study » dans T. Cook et C. Reichardt (dir.), *Qualitative and quantitative methods in evaluation research*, Beverly Hills, CA, Sage.

¹⁷ Snow, D. et L. Anderson, ouvrage déjà cité.

¹⁸ Howlett, M. et M. Ramesh. (1995). *Studying public policy: Policy cycles and policy subsystems*, Toronto (Ontario), Oxford University Press, p. 11.

notamment l'établissement du programme, l'élaboration des politiques, la prise de décisions, la mise en œuvre et l'évaluation. D'après certains analystes, l'étape de l'établissement du programme serait la plus importante du cycle, puisqu'elle prépare la voie aux événements ultérieurs. C'est à cette étape du cycle que les gouvernements, ou les ministères plus particulièrement, décident généralement de prendre des mesures à l'égard d'une question. La manière dont la question est formulée, ou conçue, influera sur la structure de la politique qui se dégage. Il a été établi que l'accord rapide entre les intervenants à l'égard de la formulation commune d'une question (p. ex. la nutrition comme un enjeu de santé) facilite le processus d'élaboration des politiques.

À chaque étape du cycle, les politiciens et les décideurs du gouvernement portent des jugements de valeur et choisissent parmi les solutions de rechange. Parfois, il s'agit d'un processus assez simple qui consiste à se fonder sur les décisions antérieures (politique graduelle). Dans d'autres cas, un événement extraordinaire ou une crise entraînera un changement de programme afin que l'on puisse régler la crise. Pour ce qui est des politiques sur l'étiquetage nutritionnel, le gouvernement fédéral misait sur son engagement de longue date à l'égard de la salubrité des aliments et il s'efforçait d'aider les consommateurs à faire des choix alimentaires sains.

Dans le monde réel de la politique, l'élaboration des politiques n'est pas toujours aussi bien organisée que cette approche par étapes¹⁹ le donnerait à penser. Des facteurs tels que les changements au sein du gouvernement, le manque de ressources, la bureaucratie ou les événements majeurs peuvent provoquer un changement dans les priorités du gouvernement et les intérêts du milieu politique. Néanmoins, le cycle des politiques représente un outil descriptif utile en indiquant que différents processus peuvent être à l'œuvre à différentes étapes dans le processus d'élaboration des politiques. Les échéanciers condensés, les étapes du cycle des politiques et les exemples de mesures se rapportant à l'Étude de cas canadienne figurent dans le tableau 1.

¹⁹ Nota : Une approche par étapes comprend un ensemble ordonné de catégories permettant de classer les processus stratégiques ou les mesures, et détermine les facteurs pouvant inciter le passage d'une catégorie à la suivante.

Tableau 1. Échéanciers condensés, étapes du cycle des politiques et exemples de mesures se rapportant à l'Étude de cas canadienne

Échéanciers	Étapes du cycle des politiques	Étapes du processus
1988	Établissement du programme	P. ex. Les lignes directrices sur l'étiquetage nutritionnel (Ligne directrice de la Direction des aliments numéro 2, le 30 novembre 1989) ont été publiées, mettant fin à un processus amorcé en 1983
1990	Établissement du programme	P. ex. Les <i>Recommandations sur la nutrition... Un appel à l'action</i> (Santé Canada, 1990) comprenaient des recommandations particulières relatives à l'étiquetage des aliments.
1993	Établissement du programme	P. ex. <i>The Future of Nutrition Labelling in Canada Discussion Paper</i> (Santé et Bien-être social Canada, 1993) visait à favoriser les discussions entre les divers intervenants.
1996	Établissement du programme	P. ex. Le plan national d'action sur la nutrition intitulé <i>La nutrition pour un virage santé : voies d'action</i> (Comité directeur conjoint, 1996), demandait d'améliorer l'information sur les étiquettes d'aliments, etc.
1998	Établissement du programme	P. ex. Le <i>Document de politique - Produits nutraceutiques/aliments fonctionnels et les allégations relatives aux effets sur la santé liées aux aliments</i> . (Santé Canada, 1998) recommandait que les allégations de réduction du risque apposées aux aliments soient permises.
1993-1998	Élaboration des politiques et prise de décisions	P. ex. Consultations sur les allégations relatives à la teneur en éléments nutritifs (Documents de consultation en 1993, 1996 et 1998 et réunions spéciales des intervenants).
1998	Élaboration des politiques	P. ex. Lancement de l'examen de la politique sur l'étiquetage nutritionnel et création du Comité consultatif sur l'étiquetage nutritionnel.
2000	Élaboration des politiques et prise de décisions	P. ex. L'annonce ministérielle de l'intention d'aller de l'avant comprenait l'étiquetage obligatoire des aliments préemballés.
2001	Prise de décisions	P. ex. Publication préalable des modifications proposées dans la <i>Gazette du Canada</i> , Partie I (16 juin 2001).
2003	Prise de décisions	P. ex. Publication des modifications du <i>Règlement sur les aliments et drogues</i> concernant l'étiquetage nutritionnel, les allégations relatives à la teneur en éléments nutritifs et les allégations relatives à la santé <i>Gazette du Canada</i> , Partie II (1 ^{er} janvier 2003).
2002-2006	Mise en œuvre (période de transition seulement)	P. ex. Délai de mise en conformité de trois ans pour les entreprises ayant des ventes supérieures à un million de dollars au Canada et de cinq ans pour celles ayant des ventes inférieures à un million de dollars. L'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA) est responsable de la conformité.

Dans la présente étude de cas, nous mettons l'accent sur les étapes menant à la décision d'imposer une nouvelle réglementation sur l'étiquetage nutritionnel, notamment les trois premières étapes du cycle des politiques. Toutefois, nous reconnaissons également que les questions liées aux étapes ultérieures du cycle peuvent avoir eu une incidence sur le processus d'élaboration des politiques. Notre cadre conceptuel pour l'analyse des trois premières étapes de l'élaboration des politiques fédérales sur la nutrition est exposé à l'annexe 1 (Cadre analytique — Étape de l'élaboration des politiques). Les processus officiels et non officiels, la nature et l'accessibilité des données probantes, alliés à la capacité en ressources des intervenants ont tous un impact sur l'élaboration des politiques. Le cadre reconnaît implicitement qu'un des buts principaux de la formulation des politiques est de parvenir à un consensus (p. ex. la convergence des intervenants) quant à la meilleure manière d'aborder une idée de politique.

2.3 Collecte des données

La collecte des données s'appuyait sur de multiples sources d'information. Les stratégies comprenaient a) l'examen et la synthèse des documents et b) les entrevues des répondants clés. La force toute particulière de l'étude de cas tient à sa capacité de traiter un large éventail de données probantes²⁰. Les techniques de collecte des données multiples servaient à la vérification de la crédibilité ou de la validité interne (triangulation) de sorte que l'on pouvait vérifier les données obtenues à l'aide d'une méthode par rapport à celles obtenues par une autre méthode²¹. Les stratégies de collecte des données sont décrites dans la section suivante.

■ Examen et synthèse des documents

Les données recueillies dans le cadre de l'examen des documents étaient liées aux quatre questions générales de recherche pour l'étude de cas et aux concepts clés enchâssés dans le « Cadre analytique — Étape de l'élaboration des politiques » (annexe 1). L'examen des documents a été grandement facilité par le système exemplaire de gestion des dossiers et les protocoles de tenue des dossiers employés à Santé Canada. On a étudié divers types de données probantes comme il est indiqué dans le tableau 2.

Tableau 2. Types de données probantes

Types de données probantes	Exemples de l'Étude de cas canadienne
Recherche	Articles examinés par les pairs
Connaissances et information	Données non officielles (documents ou rapports du gouvernement); rapports de consultation; rapports de recherches en consommation; test de l'impact sur les entreprises (TIE); dossiers officiels de Santé Canada; Internet
Idées et intérêts	Opinions et points de vue (« connaissance approfondie » des particuliers, groupes, réseaux); reportages des médias
Politique	Information pertinente au programme du gouvernement (p. ex. Résumé de l'étude d'impact de la réglementation); Hansard (registre parlementaire)
Économie	Études de rentabilité

Source: Adapté de *Types of Evidence and How They Are Used in Policy Making* (Bowen et Zwi, 2005)²².

■ Entrevues des répondants clés

On a eu recours à un guide d'entrevue semi-dirigée (annexe 2) pour obtenir des renseignements auprès des répondants clés. Les entrevues ont été réalisées en personne ou au téléphone, selon le souhait exprimé par les répondants. Des chercheurs qualifiés ont mené les entrevues qui étaient enregistrées sur bande et transcrites par une secrétaire expérimentée à la recherche. Les répondants clés étaient invités à examiner l'exactitude de la version préliminaire des entrevues enregistrées sur bande et, au besoin, à revoir ou à inclure des données supplémentaires (vérification par les membres). Lorsque les répondants clés apportaient des changements, la transcription corrigée servait dans tous les rapports de données.

²⁰ Yin, R. K. (1989). *Case study research: Design and methods*, Newbury Park, CA, Sage.

²¹ Miles, M. B. et A. M. Huberman. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. (2^e éd.) Thousand Oaks, Ca, Sage.

²² Bowen, S. et A. B. Zwi. (2005). « Pathways to "evidence-informed" policy and practice: A framework for action » [version électronique], *PLoS Medicine*, 2(7), p. 600-605.

Chaque entrevue durait approximativement une heure et demie. S'ils le souhaitaient, les répondants obtenaient à l'avance une copie des questions d'entrevue. Tous les répondants clés ont signé un formulaire de consentement éclairé indiquant qu'ils comprenaient la nature de leur participation à l'étude. Le cas échéant, le service du contentieux du lieu de travail des répondants clés examinait les documents relatifs au consentement. Les répondants étaient assurés de l'anonymat et du fait que les constatations rapportées seraient générales et non pas attribuées à des personnes en particulier.

■ Sélection des répondants clés

Les répondants clés sont sélectionnés en fonction de leur expertise dans les domaines pertinents à l'étude de cas. Marshall et Rossman²³ soulignent que les répondants clés [Traduction] « seront plus enclins à répondre aux demandes de renseignements touchant un vaste contenu et à une proportion élevée de questions ouvertes, délicates, intelligentes qui leur permettent de faire appel à leurs connaissances et à leur imagination » (p. 83).

Dans l'étude de cas, le sondage cumulatif a permis d'identifier les répondants clés²⁴. Au moyen de cette technique, on posait d'abord deux questions aux membres du GDT et à d'autres membres : « Qui sont les spécialistes des processus d'élaboration des politiques sur l'étiquetage nutritionnel ou les allégations relatives à la teneur en éléments nutritifs ou les allégations relatives à la santé au Canada? » et « Qui sont les personnes les plus compétentes ou appropriées pour agir en tant que répondants clés dans une étude sur les processus d'élaboration des politiques sur l'étiquetage nutritionnel, les allégations relatives à la teneur en éléments nutritifs et les allégations relatives à la santé? » Les personnes qui étaient hautement recommandées de façon constante prenaient une importance particulière. Selon Patton (1987), le procédé d'échantillonnage divergera au départ puisque de nombreuses sources précieuses sont mentionnées, pour ensuite converger lorsque quelques noms clés reviennent encore et encore (p. 56).

Au total, on a réalisé 21 entrevues des répondants clés entre septembre 2005 et janvier 2006 auxquelles ont participé 24 personnes (c.-à-d. certaines entrevues comprenaient plus d'une personne). Les répondants clés étaient affiliés aux secteurs suivants : le gouvernement fédéral (secteur de la santé); le gouvernement fédéral (secteur autre que celui de la santé); les gouvernements provinciaux et les administrations régionales (secteur de la santé); les organisations non gouvernementales; les associations de professionnels de la santé; les groupes de défense des intérêts des consommateurs; l'industrie alimentaire; les associations professionnelles; et le milieu universitaire. Des 24 répondants clés ayant participé à l'entrevue, quatre personnes ont soit pris leur retraite, soit changé d'employeur depuis leur participation active à l'initiative sur l'étiquetage nutritionnel.

2.4 Analyse des données

Les chercheurs ont effectué l'analyse²⁵ du contenu des données, ce qui suppose qu'elles ont été lues plusieurs fois, et le codage ouvert a permis de repérer les tendances et les thèmes observés. Le codage ouvert suppose l'examen détaillé des données, leur répartition en catégories distinctes, la comparaison des similitudes et des différences et les questions posées au sujet du phénomène à l'étude²⁶. L'équipe de recherche a eu recours

²³ Marshall, C. et G. B. Rossman. (1995). *Designing qualitative research*. (2^e éd.), Thousand Oaks, CA, Sage.

²⁴ Patton, M. Q. (1987). *How to use qualitative methods in evaluation*. (2^e éd.), Newbury Park, CA, Sage.

²⁵ Berg, B. L. (1995). *Qualitative research methods for the social sciences*, Boston, MA, Allyn and Bacon.

²⁶ Strauss, A. et J. Corbin. (1989). *Qualitative research methods*, Newbury Park, CA, Sage.

à l'identification inductive systématique des thèmes dans les données afin de classer par catégories les formes d'idées et de concepts qui ressortaient. Un programme logiciel d'analyse des données qualitatives (c.-à-d. le NVivo6) s'est révélé utile pour le tri des données.

Les réponses aux questions d'entrevue, les notes d'entrevue et d'autres données, y compris celles résultant de l'examen des documents, étaient codées en fonction des quatre principales questions de recherche, des concepts enchâssés dans le « Cadre analytique — Étape de l'élaboration des politiques » (annexe 1) et des autres thèmes dégagés au cours de la recherche.

2.5 Limites

À l'opposé de la recherche épidémiologique, il n'existe aucune méthodologie qualitative simple permettant de généraliser les résultats au-delà des ensembles d'unités d'analyse employés dans l'étude. Dans la présente étude de cas, la triangulation renforçait la validité externe. L'adoption d'un cadre conceptuel commun (annexe 1) revêtait également son importance. Les livres de codes et les séances de comptes rendus utilisés pour régler les questions de codage ont favorisé une cohérence accrue. En outre, nous avons établi une piste de vérification pour documenter la procédure que nous avons suivie pour en arriver aux conclusions finales.

Un problème a été constaté : la tendance des répondants clés à oublier certains détails (p. ex. les dates, les titres des documents, etc.) se rapportant au processus de l'étiquetage nutritionnel. Même si les personnes étaient généralement bien préparées pour l'entrevue en profondeur, les trous de mémoire posaient parfois problème. Cela n'est pas surprenant étant donné que la plupart des répondants clés avaient mis fin à leur participation en 2002. Le vaste processus d'examen des documents s'est révélé irremplaçable pour « fournir » les données probantes manquantes ou combler les « lacunes » constatées durant les entrevues des répondants clés.

2.6 Approbation éthique

L'approbation éthique de l'Étude de cas canadienne a été obtenue auprès de l'Institute of Technology Research Ethics Board de l'Université de l'Ontario (n° de dossier 04-020) et du Comité d'éthique de la recherche, Bureau de l'expert scientifique en chef, Santé Canada (n° de dossier 2005-0007).

3. Constatations



Dans la section 3, les constatations de l'étude de cas sont commentées sous deux thèmes très importants : (3.1) Idées et facteurs contextuels et (3.2) « Modèle interactif pour l'obtention d'un consensus sur l'élaboration des politiques ». Chaque thème est divisé en sous-thèmes pour expliquer les constatations pertinentes. Dans la présentation des constatations, les italiques sont utilisés seulement pour les renseignements recueillis dans le cadre des entrevues des répondants clés. Les caractères ordinaires servent à la présentation des constatations associées à l'examen et à la synthèse des documents. Pour rehausser la transférabilité des constatations, les principales observations ou leçons apprises ont été placées dans une série d'encadrés « innovation en matière de politiques »²⁷ figurant dans la section 3.

3.1 Idées et facteurs contextuels

Il est de plus en plus reconnu que le bagage génétique, le statut sociodémographique, les croyances culturelles, l'environnement, le lieu (la proximité des ressources sociales) et les conditions économiques générales peuvent influencer sur la santé des personnes. Cette connaissance ayant été intégrée aux débats sur les politiques, les décideurs ont consacré des ressources accrues à la prise en compte des déterminants socio-environnementaux généraux de la santé. Par conséquent, il importe d'examiner les facteurs contextuels pour déterminer a) la perception des problèmes liés aux politiques; b) la nature ou la force de la base de données probantes; et c) la gamme ou la diversité des outils d'intervention qui conviennent le mieux pour faire face aux changements qui surviennent dans l'environnement politique^{28,29,30}.

Par ailleurs, les idées représentent des renseignements divers sur lesquels se fondent les décideurs pour reconnaître un enjeu et déterminer la meilleure intervention. Outre la prise en compte des facteurs contextuels, les valeurs constituent une source importante d'information, particulièrement au niveau politique. Les valeurs présentent la sagesse collective de la société résultant de l'interaction constante entre ce dont les gens sont témoins dans leur environnement et ce qui, selon eux, devrait idéalement se produire. Naturellement, les gens ont des valeurs différentes au sujet des réalités et des possibilités face aux idées politiques.

La section 3.1 aborde les principaux facteurs contextuels ayant façonné les processus d'élaboration des politiques sur l'étiquetage nutritionnel, les allégations relatives à la teneur en éléments nutritifs et les allégations relatives à la santé entre le milieu des années 1990 et la fin de 2002. On y présente les idées et les intérêts des personnes, des groupes et des réseaux clés qui sont expliqués davantage à la section 3.2 (Modèle interactif pour l'obtention d'un consensus sur l'élaboration des politiques).

Dans la section 3.1, les constatations sont présentées sous les titres suivants : Le contexte institutionnel pour la politique de la nutrition du Canada; La nutrition en tant que priorité

²⁷ Nota : L'idée s'inspire des travaux antérieurs de Sutton, R. (1999). *The policy process: An overview*. Londres, R.-U., Chameleon Press, p. 1-32.

²⁸ Weller, G. R. (1980). « The determinants of Canadian health policy », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 5(3), p. 405-418.

²⁹ Angus, D. et coll. (1995). *Pour un système de soins de santé viable au Canada*, Ottawa (Ontario), Université d'Ottawa.

³⁰ Evans, R. G. et G. L. Stoddart. (1994). « Producing health, consuming health care », dans R. G. Evans, M. L. Barer et T. R. Marmor (dir.), *Why are some people healthy and others not?* New York, Aldine De Gruyter, p. 4-27.

nouvelle; L'accent mis sur la promotion de la santé; Viser la compatibilité avec les États-Unis; L'engagement des citoyens; et La collaboration intersectorielle dans l'élaboration des politiques.

3.1.1 Le contexte institutionnel pour la politique de la nutrition du Canada

Un aperçu du contexte institutionnel pour la politique de la nutrition du Canada est présenté en deux parties, soit la partie A, qui met l'accent sur le ministère fédéral — Santé Canada, et la partie B, qui met l'accent sur le mandat de l'Agence canadienne d'inspection des aliments.

Partie A : Le ministère fédéral — Santé Canada

Santé Canada est le ministère fédéral responsable d'aider les Canadiennes et les Canadiens à maintenir et à améliorer leur santé, tout en respectant les choix individuels et les circonstances. Pour réaliser cette mission, les décideurs de Santé Canada :

- fondent leur travail sur la recherche scientifique de qualité supérieure;
- consultent régulièrement les Canadiennes et les Canadiens pour déterminer quels sont les soins de santé qui conviennent le mieux à leurs besoins à long terme;
- informent les Canadiennes et les Canadiens sur la prévention de la maladie afin de les protéger des dangers évitables;
- encouragent les Canadiennes et les Canadiens à s'occuper sérieusement de leur santé en adoptant un mode de vie sain qui inclut l'activité physique et la saine alimentation³¹.

De plus, à Santé Canada, les décideurs maintiennent que la prévention et la promotion de la santé « peuvent réduire les coûts en soins de santé et améliorer la qualité de vie à long terme ». Dans cette optique, le Ministère favorise et appuie les partenariats avec les chercheurs à l'échelle du pays et à l'étranger tout en collaborant avec dix provinces et trois territoires pour évaluer comment le système de santé canadien peut être amélioré et pour assurer sa durabilité pour l'avenir.

À Santé Canada, la Direction générale des produits de santé et des aliments se concentre sur la réglementation des produits alimentaires et s'efforce de fournir aux consommateurs des renseignements qui leur permettront de faire des choix alimentaires sains. Dans le contexte d'un vaste mandat relatif à la santé, le gouvernement fédéral a manifesté un solide engagement financier visant à aider le consommateur à faire des choix alimentaires sains. En 2000, par exemple, il a engagé approximativement 256 millions de dollars sur quatre ans pour le programme de la protection de la santé de Santé Canada. Ces fonds ont été attribués aux initiatives de salubrité de l'environnement, à la surveillance et au contrôle des maladies, à la protection de la santé, au contrôle des maladies chroniques et des maladies infectieuses de même qu'à la recherche sur les médicaments et produits alimentaires. Parallèlement, le gouvernement a également insisté sur son nouvel engagement à l'égard de la consultation publique sur la protection de la santé et la salubrité des aliments.

Cet engagement constituait un aspect important de la nouvelle stratégie de gestion publique du gouvernement fédéral qui a été amorcée à la fin des années 1980 dans le but d'améliorer la prestation de services aux Canadiennes et aux Canadiens tout en accentuant la consultation publique sur les initiatives de politiques publiques. La nouvelle gestion publique est une composante essentielle du cadre dans lequel évoluait Santé Canada durant l'élaboration des politiques sur l'étiquetage nutritionnel. En vertu des

³¹ Santé Canada. *À propos de Santé Canada*. Accessible à : http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/index_f.html. Accès : 16 juillet 2007.

nouvelles lignes directrices sur la gestion publique, le gouvernement fédéral a cherché à optimiser la participation du public à l'élaboration de ses programmes. S'inspirant des réformes antérieures en Grande-Bretagne et en Nouvelle-Zélande, l'initiative canadienne visait à améliorer la prestation de services publics aux Canadiennes et aux Canadiens tout en renforçant la responsabilité à l'égard du public. Elle comprend la nouvelle importance accordée à la participation des citoyens individuels et des groupes de consommateurs à l'élaboration et à la prestation des services publics, y compris l'information relative à la santé.

Partie B : L'Agence canadienne d'inspection des aliments

Les responsabilités de l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA) en matière d'application de la loi sont complémentaires au mandat de Santé Canada de fournir de l'information sur la nutrition aux Canadiennes et aux Canadiens et de protéger la salubrité des aliments. L'ACIA, qui relève directement du ministre de l'Agriculture et de l'Agroalimentaire, a été créée en avril 1997 pour appliquer les normes de salubrité des aliments et de qualité nutritionnelle. L'organisme fédéral administre les programmes d'inspection et est responsable d'appliquer les normes de qualité nutritionnelle établies par Santé Canada. En ce qui a trait à l'étiquetage nutritionnel, il incombe à l'ACIA d'appliquer les dispositions réglementaires sur l'étiquetage nutritionnel, les allégations relatives à la teneur en éléments nutritifs et les allégations relatives à la santé. Pour réaliser ce mandat, l'ACIA forme des inspecteurs qui sont responsables de surveiller la conformité avec la réglementation dans l'ensemble du pays, et collabore avec l'industrie pour appuyer le processus de mise en œuvre.

3.1.2 La nutrition en tant que priorité nouvelle

Il ressort nettement des constatations de l'étude de cas que la nutrition est de plus en plus considérée comme une priorité nouvelle au gouvernement fédéral. Les régimes alimentaires de beaucoup de Canadiennes et de Canadiens contribuent à la forte incidence des maladies chroniques liées à la nutrition, y compris la maladie cardiovasculaire, le diabète, l'ostéoporose, l'obésité et le cancer, qui entraînent de nombreux cas de mort prématurée et d'invalidité. En 2003, le fardeau économique du mauvais régime alimentaire au Canada était estimé à 6,6 milliards de dollars par année, y compris 1,3 milliard de dollars en coûts directs des soins³². Par conséquent, le rôle des choix d'aliments convenables et d'une saine habitude de vie dans la réduction de l'incidence de ces maladies multifactorielles est significatif.

[Traduction] « Nous savons que le régime alimentaire et l'activité physique viennent au deuxième rang après la consommation du tabac pour ce qui est du risque auquel sont exposés les Canadiennes et les Canadiens de contracter de graves maladies chroniques. » (CBC Radio, transcriptions, *The Current*, 3 janvier 2003, entrevue avec la D^{re} Karen Dodds, directrice générale, Direction des aliments, Santé Canada)

Aujourd'hui, avec les solides observations scientifiques de l'importance du régime alimentaire dans la modification du risque de contracter des maladies chroniques et l'intérêt croissant des consommateurs à l'égard du lien entre le régime alimentaire et une saine habitude de vie, la politique de la nutrition est devenue hautement prioritaire pour le gouvernement fédéral.

Comme on l'a décrit plus tôt dans le rapport, l'étude porte sur trois processus distincts d'élaboration des politiques menant à la publication du règlement dans la *Gazette du Canada*,

³² Santé Canada, Section des recherches économiques et de l'analyse, Division de la recherche stratégique, Direction de la politique stratégique, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique. (2003). *Totalisations personnalisées*, Ottawa (Ontario), Santé Canada.

Partie II (1^{er} janvier 2003). L'étiquetage nutritionnel et les allégations relatives à la teneur en éléments nutritifs ont d'abord été mis en œuvre à la fin des années 1980 au moyen de différents outils d'intervention réglementaires et non réglementaires :

Les compagnies ont été encouragées à fournir volontairement l'étiquetage nutritionnel. Afin de compléter les résultats obtenus par le cadre réglementaire, Santé Canada a appuyé les initiatives non réglementaires dans le but de réduire les risques à la santé liés à l'alimentation et encourager de saines habitudes alimentaires (p. 383)³³.

L'approche volontaire à l'égard de l'étiquetage nutritionnel a été en partie fructueuse, mais les décideurs de Santé Canada ont conclu qu'« il existe une disparité dans le contenu et le style de présentation » et que « ce genre de lacune dans le système peut être mieux traité par un règlement qui exigera l'étiquetage nutritionnel sur tous les aliments préemballés et clarifiera la présentation de l'information nutritionnelle pour le consommateur (p. 383) ».

En définissant les allégations relatives à la teneur en éléments nutritifs, les décideurs ont considéré la possibilité d'utiliser des lignes directrices volontaires plutôt que des dispositions réglementaires obligatoires. Comme des lignes directrices ne seraient efficaces que dans le contexte d'un système d'approbation des allégations avant la mise en marché, la stratégie a été rejetée parce que le système serait lent, inefficace et onéreux. Quant aux allégations relatives à la santé liées au régime alimentaire, un nouveau règlement était nécessaire « puisque de telles allégations n'ont jamais été permises pour les aliments vendus au Canada ». Selon les décideurs, le règlement était nécessaire afin d'établir une approche uniforme et encourager le consommateur à faire confiance aux allégations (p. 384).

Dans la présente étude, les répondants clés ont convenu que le document de 1996 intitulé *La nutrition pour un virage santé : voies d'action*³⁴ (en abrégé, *Plan d'action pour la nutrition*) fournissait un contexte pour l'élaboration des politiques à l'échelon fédéral, particulièrement dans le domaine de l'étiquetage nutritionnel, des allégations relatives à la teneur en éléments nutritifs et des allégations relatives à la santé. Des actions clés ont été précisées, notamment: l'amélioration de l'utilité de l'étiquetage nutritionnel, l'augmentation de sa disponibilité et l'éducation sur son utilisation. Le rapport concluait surtout que « les habitudes alimentaires, qui aident à réduire le risque de développer des maladies chroniques, seraient renforcées si les aliments étaient étiquetés de manière à faciliter un choix éclairé »³⁵.

[Traduction] « La recherche continue montre que les Canadiennes et les Canadiens se préoccupent de la nutrition. En réalité, 76 % des consommateurs nous ont récemment confié qu'ils considéraient la nutrition comme étant importante lorsqu'ils achètent des aliments. » Séance d'information de Santé Canada, Terry Dean, Heart & Stroke Association, 2 janvier 2003)

Des répondants clés ont critiqué le *Plan d'action pour la nutrition* (1996), le qualifiant de « trop générique » ou « flou ». Ils ont également exprimé leur déception ou frustration du fait que

³³ Santé Canada. *Gazette du Canada*, Partie II, *Règlement modifiant le Règlement sur les aliments et drogues* (Étiquetage nutritionnel, allégations relatives à la teneur en éléments nutritifs et allégations relatives à la santé), ouvrage déjà cité, p. 383.

³⁴ Comité directeur conjoint. (1996). *La nutrition pour un virage santé : voies d'action*, accessible à : http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/pol/nutrition_health_agenda-nutrition_virage_sante_f.html. Accès : 25 août 2006.

³⁵ Santé Canada. *Gazette du Canada*, Partie II, *Règlement modifiant le Règlement sur les aliments et drogues* (Étiquetage nutritionnel, allégations relatives à la teneur en éléments nutritifs et allégations relatives à la santé), ouvrage déjà cité, p. 367.

les actions clés énoncées dans le *Plan d'action pour la nutrition* n'avaient pas été mises en œuvre à ce jour. Toutefois, les répondants clés étaient d'accord : le document de politique dénotait un engagement de la part du gouvernement d'aller de l'avant avec l'étiquetage nutritionnel. De plus, la publication du document tombait pile : elle coïncidait avec l'idée politique (c.-à-d. l'étiquetage nutritionnel) figurant à l'« écran radar » politique, en partie grâce à la défense d'une cause et à l'intérêt accru des consommateurs³⁶.

En réfléchissant à l'importance des principaux documents d'orientation, y compris *The Future of Nutrition Labelling in Canada* (Santé et Bien-être social Canada, 1993), plusieurs répondants clés remarquaient que l'intérêt premier des décideurs était axé sur l'étiquetage nutritionnel et les allégations relatives à la teneur en éléments nutritifs. À l'opposé, des répondants clés se rendaient compte que l'industrie s'intéressait beaucoup plus aux allégations relatives à la santé. Par exemple :

[Traduction] (...) *L'étiquetage nutritionnel et les allégations relatives à la teneur en éléments nutritifs constituaient réellement les priorités [de Santé Canada]. Les allégations relatives à la santé correspondaient à l'aspect touchant l'industrie parce que les responsables savaient que s'ils devaient lui imposer l'étiquetage nutritionnel, il serait utile que l'industrie puisse également bénéficier d'un élément positif dans le cadre de la démarche (...)*

Il importe de souligner que cette perception de la part de certains intervenants (citée ci-dessus) n'est pas conforme aux constatations de l'étude de cas qui expliquent la démarche ayant donné lieu à la convergence des intervenants sur une question de politique complexe. La notion, adoptée par des répondants, est examinée plus en détail dans la section 3.2.4, sous le titre « Un tabouret à trois pattes? ».

En 2003, avec la publication du nouveau règlement dans la *Gazette du Canada*, Partie II (1^{er} janvier 2003), le *Résumé de l'étude d'impact de la réglementation* (REIR) exprimait clairement les objectifs de l'étiquetage nutritionnel au Canada :

1. Fournir un système de transmission de l'information sur la teneur en éléments nutritifs de l'aliment dans une présentation normalisée qui permet la comparaison entre les aliments et évite la confusion chez les consommateurs en ce qui a trait à la valeur nutritive et à la composition d'un aliment au moment de l'achat.
2. Permettre aux consommateurs de choisir convenablement les aliments qui permettent de réduire le risque de développer des maladies chroniques, et de gérer leur régime alimentaire en regard des maladies chroniques reconnues importantes pour la santé publique.
3. Encourager la disponibilité des aliments contribuant à des régimes alimentaires qui réduisent le risque de développer des maladies chroniques.
4. Viser la compatibilité avec le système des États-Unis et poursuivre le travail menant à l'acceptation mutuelle par le Canada et les États-Unis de leurs exigences respectives sur l'étiquetage nutritionnel (p. 367).

En réfléchissant longuement à la priorité accordée à la nutrition au niveau fédéral aujourd'hui,

³⁶ Nota : D'après la *Gazette du Canada*, Partie II, ouvrage déjà cité, « Les lignes directrices de l'étiquetage nutritionnel ont été introduites au Canada en 1988, à la suite d'un processus qui a commencé en 1983. L'application du système, intégralement ou en partie, était volontaire, à quelques exceptions près. Les lignes directrices sur l'étiquetage nutritionnel (Ligne directrice de la Direction des aliments numéro 2, le 30 novembre 1989) en régissaient la présentation, l'information sur la teneur en éléments nutritifs (liste de base et éléments nutritifs optionnels) et la déclaration de quantité de la portion (p. 366) ».

les répondants s'accordaient pour dire que la nutrition était passée d'une priorité faible à moyenne au milieu des années 1990 à une priorité moyenne à élevée en 2006. À preuve, un répondant clé a cité le budget fédéral de 2005 :

Dans le budget le plus récent, un important montant était réservé à une stratégie de prévention des maladies chroniques qui suppose une saine alimentation et la prévention de l'obésité (...) une campagne médiatique nationale sur la promotion de la nutrition devrait commencer d'un jour à l'autre. Le Guide alimentaire fait l'objet d'une révision (...) cela indique que la nutrition est devenue une priorité.

D'autres ont mentionné la restructuration à Santé Canada qui a mené à la création du Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition. On a invoqué ce fait nouveau comme preuve supplémentaire que le gouvernement accordait davantage de priorité à la nutrition aujourd'hui qu'il y a 10 ans :

(...) c'est ce que laisse entendre la mise en place du Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition (...) une prise de position énergique (...) le fait qu'il existe toujours, en dépit de la création de l'Agence de la santé publique du Canada (...) un organisme n'a pas tout simplement éliminé l'autre (...) il aurait pu disparaître (...) la nutrition se démarque désormais dans les intérêts du gouvernement (...)

Il y a innovation en matière de politiques lorsque (...) des nouveaux documents stratégiques (p. ex. *The Future of Nutrition Labelling in Canada* [Santé et Bien-être social Canada, 1993]; *La nutrition pour un virage santé : voies d'action* [1996]) tracent la voie future et établissent un plan d'action approprié.

3.1.3 L'accent mis sur la promotion de la santé

Les données probantes de l'étude de cas donnent à penser que le rôle éventuel de l'étiquetage nutritionnel pour [Traduction] « aider les consommateurs à faire des choix alimentaires éclairés et à changer les habitudes alimentaires pour réduire le risque de contracter des maladies chroniques³⁷ » constituait un puissant levier stratégique. Grâce aux médias, les Canadiennes et les Canadiens devenaient perspicaces en matière de nutrition et ils exigeaient plus de renseignements pour faire des choix alimentaires sains (Aperçu, 16 juin 2001). Partant, les organismes de défense des droits des consommateurs et les professionnels de la santé se sont fait de plus en plus entendre au sujet du besoin d'améliorer l'étiquetage nutritionnel. La recherche a révélé que les Canadiennes et les Canadiens éprouvaient des difficultés à comprendre les étiquettes des aliments, car la terminologie était exagérément complexe, floue et incomplète (Institut national de la nutrition, 1992)³⁸. Des consommateurs connaissaient bien le tableau de la valeur nutritive des États-Unis et ils ont manifesté leur intérêt à l'égard d'un système similaire d'étiquetage nutritionnel au Canada.

³⁷ Mémoire au ministre, Modification du Règlement sur les aliments et drogues, annexe 1172 sur *Les allégations et l'étiquetage nutritionnel* (non daté), Santé Canada, p. 1.

³⁸ Tandemar Research. (1992). *Consumer use and information of nutrition information on food package labels*, Ottawa (Ontario), Institut national de la nutrition.

[Traduction] « (...) Les consommateurs demandaient des améliorations (...) [l'étiquetage nutritionnel] était en grande partie dicté par les consommateurs ». (Entrevue à la radio, 19 février 2002, D^{re} Margaret Cheney, Santé Canada)

Dès le début, les décideurs ont soutenu qu'un étiquetage nutritionnel amélioré, allié à un cadre éducatif général, atténuerait la confusion des consommateurs lorsqu'ils lisent les étiquettes et appuieraient des choix alimentaires éclairés. La prémisse était que le consommateur avait le droit de savoir ce qu'il mangeait. Par conséquent, l'information sur l'étiquette devait être scientifiquement exacte et compréhensible. Les professionnels de la santé ont insisté sur le fait que le nouveau règlement serait efficace dans la mesure où il serait appuyé par un programme d'éducation. Voici ce que recommandait un porte-parole de la région de York :

[Traduction] Santé Canada prend l'initiative en veillant à une stratégie d'éducation du public pour le nouvel étiquetage. Nous recommandons une campagne médiatique visant à sensibiliser davantage le public (lettre, région de York, 13 septembre 2001).

Le Conseil de santé de Toronto a adopté un rapport incitant le ministre de la Santé : a) à rendre obligatoire l'étiquetage nutritionnel sur tous les aliments au Canada et b) à allouer des ressources à l'élaboration d'un vaste plan d'éducation des consommateurs afin de s'assurer que les Canadiennes et les Canadiens peuvent comprendre les étiquettes des aliments et s'en servir pour faire des choix alimentaires sains (*The Interest Meter*, non daté).

Selon les décideurs de Santé Canada, le fait de lier le processus d'élaboration des politiques sur l'étiquetage nutritionnel à une stratégie d'éducation générale visant les professionnels de la santé, les consommateurs et l'industrie constituait un facteur de réussite essentiel :

[Traduction] (...) L'éducation a été reconnue comme étant importante dès le début (...) les gens s'affairaient à l'aspect éducatif en même temps que le règlement progressait. Et je pense que cela est très important (...) le fait de bénéficier d'un soutien et d'un engagement manifestes à l'égard de l'éducation, de la communication ainsi que des ressources.

Des répondants clés ont déclaré que les stratégies éducatives sur l'étiquetage nutritionnel mises en œuvre par le gouvernement fédéral à ce jour avaient une « portée » limitée de même qu'une incidence restreinte. De plus, les stratégies n'étaient pas allées assez loin pour répondre aux besoins nutritionnels des populations vulnérables. Les constatations afférentes aux stratégies éducatives sont analysées dans la section 3.2.1 (Innovation des processus), sous le thème Collaboration intersectorielle — Explorer de nouveaux horizons.

Il y a innovation en matière de politiques lorsque (...) une idée politique complexe est réduite à un « énoncé » simple (p. ex. *l'étiquetage nutritionnel aide les consommateurs à faire des choix informés pour une alimentation saine*) qui touche un point commun chez les intervenants.

3.1.4 Viser la compatibilité avec les États-Unis

Le processus d'étiquetage nutritionnel avait un objectif principal : « viser la compatibilité avec le système des États-Unis et poursuivre le travail menant à l'acceptation mutuelle par le Canada et les États-Unis de leurs exigences respectives sur l'étiquetage nutritionnel »³⁹. Les décideurs ont débattu de la compatibilité à atteindre dans les limites d'un cadre technique en vertu de l'Accord de libre-échange nord-américain (ALÉNA). À ce jour, l'équivalence mutuelle sur l'étiquetage nutritionnel ne s'est pas encore concrétisée. Autrement dit, les éléments essentiels obligatoires de l'étiquetage nutritionnel canadien et américain diffèrent.

Au début du processus d'élaboration des politiques, les intervenants voulaient une approche « fait au Canada ». Le consensus a changé en faveur de la déclaration obligatoire d'une liste essentielle de calories et d'éléments nutritifs semblable au tableau de la valeur nutritive des États-Unis et présentée pareillement pour faciliter la lisibilité, l'uniformité, l'utilisation et la compatibilité. Il était impossible d'harmoniser tout à fait les approches canadienne et américaine de l'étiquetage nutritionnel. Par exemple, le Canada exige l'information bilingue sur l'étiquetage nutritionnel. Il y avait d'autres différences entre les deux pays, notamment la déclaration du gras trans et les critères pour « arrondir » la teneur en gras trans et en gras saturés à « 0 »⁴⁰.

3.1.5 L'engagement des citoyens

La détermination accrue du gouvernement fédéral à l'égard de l'engagement des citoyens (c.-à-d. la collaboration, le partenariat et la participation active de tous les citoyens à l'élaboration des politiques publiques) a joué un rôle dans la mise au point du processus d'élaboration des politiques sur l'étiquetage nutritionnel. En 1998, David Dodge, sous-ministre (SM) de la Santé a distribué une allocution rédigée par le greffier du Conseil privé intitulée « La parole est à vous : engager les Canadiens au changement »⁴¹. La correspondance, envoyée à tous les employés de Santé Canada, insistait sur [Traduction] « l'importance accrue de faire participer les citoyens aux aspects clés de nos secteurs d'activités ». Rappelant particulièrement le processus d'élaboration des politiques, le SM déclarait ce qui suit :

(...) nous devons veiller à ce que les citoyens aient un rôle clairement défini à jouer aux premières étapes du processus, qu'on fasse état de leur point de vue et qu'on en tienne compte au moment des décisions (p. 2).

Le SM concluait en rappelant aux employés que les décideurs du gouvernement – autant les élus que les fonctionnaires – ont l'obligation de mobiliser efficacement les citoyens, de les écouter et de faire preuve de responsabilité en leur expliquant comment leurs points de vue ont été intégrés dans le processus décisionnel.

³⁹ Santé Canada. *Gazette du Canada*, Partie II, *Règlement modifiant le Règlement sur les aliments et drogues* (Étiquetage nutritionnel, allégations relatives à la teneur en éléments nutritifs et allégations relatives à la santé), ouvrage déjà cité, p. 367.

⁴⁰ *Nota* : Au Canada, les critères pour arrondir la teneur en gras trans à « 0 » sont les suivants : a) l'aliment contient (i) moins de 0,2 g d'acides gras trans par quantité de référence et par portion déterminée ou (ii) par portion déterminée si l'aliment est un repas préemballé; et b) répond aux critères mentionnés à la colonne 2 en regard du sujet « faible teneur en acides gras saturés ». Aux États-Unis, le critère relatif au cholestérol correspond à moins de 0,5 g par quantité de référence.

⁴¹ Message de David A. Dodge, sous-ministre et d'Alan Nymary, sous-ministre délégué aux employés de Santé Canada. (27 octobre 1998). Santé Canada, p. 1 et 2.

Il y a innovation en matière de politiques lorsque (...) la culture et les normes d'une organisation favorisent l'innovation et la prise de risque (p. ex. faire participer activement les citoyens au processus d'élaboration des politiques publiques).

3.1.6 La collaboration intersectorielle à l'élaboration des politiques

Depuis le milieu des années 1990, Santé Canada a adopté l'approche de la santé de la population. Comme on l'énonce dans les *Stratégies d'amélioration de la santé de la population – Investir dans la santé des Canadiens*⁴² (1994), l'approche vise à maintenir et à améliorer la santé de toute la population en réduisant les écarts entre les groupes de population. Une caractéristique essentielle consiste à diriger les interventions visant à améliorer la santé au niveau des déterminants systémiques dont un bon nombre résident hors du système traditionnel des soins de la santé. En partant, il est essentiel de susciter la collaboration entre les multiples secteurs (p. ex. le gouvernement, les entreprises et le secteur bénévole), de la favoriser et de l'appuyer pour assurer la réussite de l'approche.

Dans le domaine des aliments et de la nutrition, on exige des politiques meilleures et plus efficaces qui font appel à une approche intégrée. Un rapport canadien intitulé *Integrating Food Policy with Growing Health and Wellness Concerns* (Cash, 2004)⁴³ mentionne que les choix alimentaires sont complexes. De plus, une panoplie de politiques dans les domaines de l'agriculture, du transport, de l'éducation, du chômage, du zonage, de la libéralisation du commerce et de la production de recettes influent sur ses choix. Cash insiste sur le besoin d'améliorer la coordination entre les administrations au chapitre de l'élaboration des politiques et le besoin d'examiner pratiquement toutes les politiques publiques selon une optique de la santé et de la nutrition.

D'autres chercheurs canadiens concluent que, au niveau fédéral, la création de partenariats intersectoriels avec d'autres ministères et organismes gouvernementaux est limitée (Kishchuk, 2001)⁴⁴. Comme le fait remarquer Rachlis (1999) : [Traduction] « l'organisation du gouvernement en ministères distincts met en péril l'action intersectorielle pour la santé »⁴⁵. Plus récemment, Lavis et ses collaborateurs (2001) mentionnent que le manque de capacité organisationnelle de transcender les limites des politiques non traditionnelles pour obtenir des politiques harmonisées entre les secteurs (c.-à-d. transcender les « cloisonnements politiques ») représente un obstacle grandissant au moment d'aborder les questions complexes répertoriées au moyen d'une approche axée sur la santé de la population⁴⁶.

Dans l'Étude de cas canadienne, la constatation selon laquelle il existe des cloisonnements politiques entre les ministères ou organismes fédéraux n'est pas inattendue. Toutefois, la conclusion selon laquelle il est possible de surmonter les faibles capacités intersectorielles d'élaborer des politiques au niveau organisationnel (c.-à-d. parmi les ministères et les

⁴² Santé Canada. (1994). *Stratégies d'amélioration de la santé de la population - Investir dans la santé des Canadiens*, Ottawa (Ontario), Santé Canada.

⁴³ Cash, S. (2004). *Integrating food policy with growing health and wellness concerns: An analytical literature review of the issues affecting government, industry, and civil society*, Ottawa (Ontario), Agriculture et Agroalimentaire Canada.

⁴⁴ Kishchuk, N., ouvrage déjà cité, p. 86.

⁴⁵ Rachlis, M. (1999). *Intersectoral action workshop: Background paper and evaluation report*. Edmonton (Alberta), Direction générale de la promotion et des programmes de la santé, région de l'Alberta et des Territoires du Nord-Ouest, Santé Canada, p. 22.

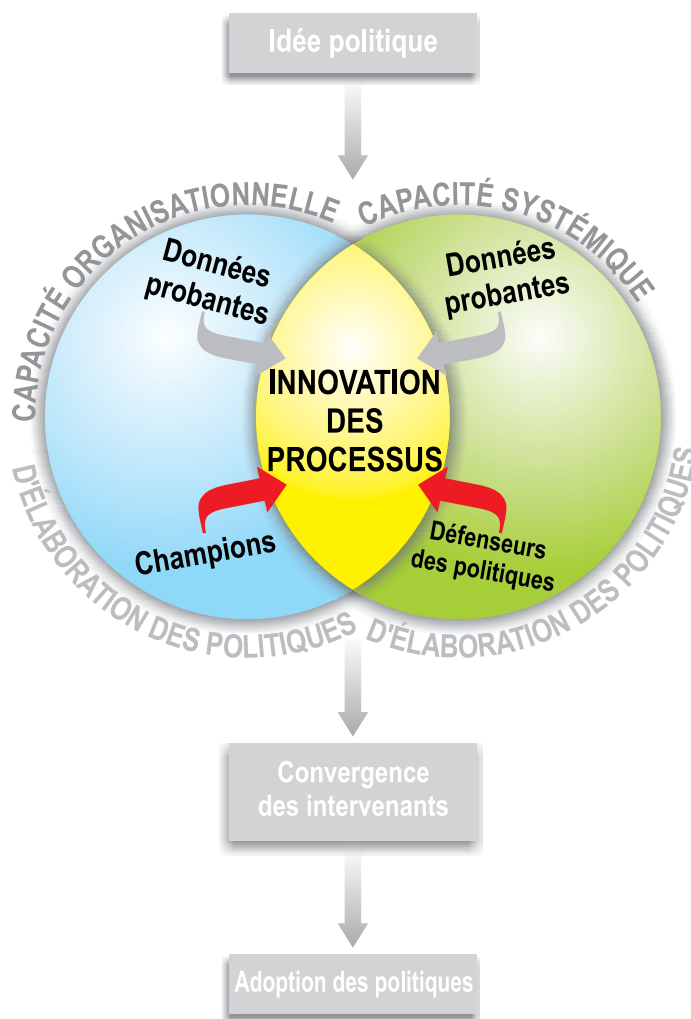
⁴⁶ Lavis, J. et coll. (2001). « Barriers to employment-related healthy public policy in Canada ». *Health Promotion International*, 16(1), p. 9-20.

organismes fédéraux et entre eux) grâce à des capacités accrues d'élaboration des politiques au niveau individuel ou systémique peut se révéler une nouvelle constatation. La question sera abordée dans la section 3.2.2 (Obstacles à l'obtention d'un consensus), sous le titre « Cloisonnements politiques ».

3.2 Modèle interactif pour l'obtention d'un consensus sur l'élaboration des politiques

Les chronologies condensées associées aux processus d'élaboration des politiques sur l'étiquetage nutritionnel, les allégations relatives à la teneur en éléments nutritifs et les allégations relatives à la santé ont été élaborées à partir de l'examen et de la synthèse des documents. Les données ont été validées avec celles qui ressortent des entrevues des répondants clés et, ensemble, elles étayent l'élaboration d'un modèle illustrant les composantes principales du processus d'élaboration des politiques (figure 2 : Un modèle interactif pour l'obtention d'un consensus sur l'élaboration des politiques). Le modèle est présenté dans la section 3.2 sous quatre sous-thèmes : Innovation des processus; Obstacles à l'obtention d'un consensus; « Champions »; et Convergence des intervenants.

Figure 2 : « Un modèle interactif pour l'obtention d'un consensus sur l'élaboration des politiques »



3.2.1 Innovation des processus

Dans une note d'information rédigée dans les premiers jours du processus d'élaboration des politiques, un décideur principal de Santé Canada a proposé une « méthode unifiée » innovatrice pour l'étiquetage nutritionnel. On imaginait qu'un [Traduction] « partenariat avec les intervenants constitue le fondement du processus pour l'examen de l'étiquetage nutritionnel en vigueur et la mise au point d'un système qui sera utile et sensé pour les consommateurs, les professionnels de la santé et l'industrie⁴⁷. L'approche comportait des éléments particuliers : a) la consultation préalable avec les intervenants, b) la mise au point de prototypes c) la recherche des besoins des consommateurs, d) la consultation des intervenants, e) la mise en œuvre et f) l'éducation. De façon intéressante, l'évaluation de la politique n'était pas envisagée à l'époque.

Dans la section 3.2.1 (Innovation des processus), les sous-thèmes sont abordés sous les rubriques suivantes : Ratisser large; Critères du processus décisionnel; Création d'une base de données probantes; Processus « arrêt-départ »; et Collaboration intersectorielle — Explorer de nouveaux horizons.

[Traduction] « (...) l'étiquetage nutritionnel était une démarche formidable (...) c'était un tel changement par rapport à ce que nous faisons (...) elle faisait participer les gens dès le début (...) on a critiqué Santé Canada au sujet de son approche publique de sorte que le Ministère a mis au point une nouvelle procédure de consultation publique (...) (répondant clé de l'Étude de cas canadienne — projet CARMEN)

■ Ratisser large

Les processus d'élaboration des politiques sur l'étiquetage nutritionnel, les allégations relatives à la teneur en éléments nutritifs et les allégations relatives à la santé indiquaient une nouvelle orientation stratégique et une reconnaissance accrue au sein du gouvernement fédéral que les anciennes approches d'élaboration des politiques n'étaient pas aussi efficaces qu'elles auraient pu l'être. Au cœur de l'approche se trouvaient l'accent mis sur la vaste consultation des intervenants et l'engagement des citoyens, particulièrement en ce qui a trait à l'initiative sur l'étiquetage nutritionnel. Un répondant clé a eu cette réflexion : [Traduction] « (...) C'était à l'époque où le gouvernement et le Conseil du Trésor en particulier avaient accru le mandat pour la consultation (...) Ils ont réalisé beaucoup plus de consultations qu'ils ne l'avaient fait auparavant ».

Commentant le processus d'élaboration des politiques, un autre répondant a laissé entendre que sa réussite dénotait une nouvelle façon de mener des affaires au sein de l'appareil fédéral. Le répondant clé a confié que l'approche mise à l'essai durant l'initiative sur l'étiquetage nutritionnel est, depuis, [Traduction] « devenue la norme (...) il est reconnu qu'il serait possible d'améliorer comment nous nous y prenons pour faire progresser la situation, notre cheminement, notre mode de consultation dans le domaine de la réglementation et des aliments, de la salubrité des aliments et de la nutrition ».

Plusieurs décideurs de Santé Canada ont constaté une méthode d'élaboration des politiques qui s'est installée au fil du temps. Une caractéristique commune était l'engagement continu à l'égard de la vaste consultation des intervenants :

⁴⁷ Étiquetage nutritionnel des aliments. (21 novembre 1996). Séance d'information, point n° 5 de l'ordre du jour, DGPS/Comité de liaison des entreprises alimentaires, Santé Canada, p. 2.

[Traduction] « (...) il s'agissait de projets en cours qui suivaient un certain schéma (...) nous présentions des propositions, puis suivaient des consultations et des commentaires qui faisaient ensuite l'objet de discussions à la suite desquelles nos points de vue étaient déterminés. Nous devions obtenir l'approbation suivant les modalités en vigueur à la Direction des aliments, et la démarche était importante, jusqu'aux échelons supérieurs, puis nous passions à l'étape suivante (...) des consultations mixtes (...)

La consultation des intervenants prenait plusieurs formes, notamment la formation de groupes de travail d'experts; le recours à des animateurs contractuels aux réunions des intervenants; la recherche axée sur les consommateurs faisant appel aux technologies Web; des mises à jour ou des communiqués réguliers à l'intention des intervenants; et les communications avec les médias. À maintes reprises, les répondants clés ont mentionné les résultats positifs associés au recours aux animateurs contractuels dans le cadre des consultations des intervenants : [Traduction] « *Santé Canada a fait appel à des animateurs qui se sont révélés très efficaces pour faire progresser la situation (...) il s'agissait d'une politique d'envergure, et il ne fait aucun doute que des consultations s'imposaient* ».

Selon un décideur de Santé Canada, le volet engagement des citoyens visait à [Traduction] « sensibiliser le public au sujet de l'étiquetage nutritionnel; faire comprendre l'étiquetage nutritionnel; et donner une rétroaction sur l'élaboration de la politique » (courriel, 22 juillet 1999). L'approche comprenait des stratégies particulières : des communications avec les médias; un volet Internet permettant aux consommateurs d'exprimer leurs opinions sur le site Web de Santé Canada; et une diffusion régionale pour la mise en commun de l'information et des ressources dans l'ensemble du pays. Les répondants clés ont qualifié le processus d'engagement des citoyens comme étant innovateur et illustrant la prise de risque chez les décideurs de Santé Canada : [Traduction] « (...) *tout le volet engagement des citoyens faisait partie intégrante de la situation à l'époque. C'était là un aspect du contexte extrêmement crucial pour ce dossier* ».

« Les parties intéressées ont été invitées à fournir de la rétroaction aux modifications réglementaires proposées qui ont été publiées dans la *Gazette du Canada*, Partie I (...) Santé Canada a reçu environ 4 400 commentaires comprenant plus de 4 100 lettres, à la suite de sept campagnes de lettres et environ 250 commentaires d'intervenants individuels. La vaste majorité des commentaires appuyaient les modifications proposées. » (*Gazette du Canada*, Partie II, 1^{er} janvier 2003, p. 388)

De l'avis des décideurs, la vaste consultation des intervenants représentait un facteur habilitant principalement parce qu'elle [Traduction] « *permettait aux consommateurs, aux groupes en santé et à l'industrie de se parler directement pour expliquer les positions (...)* » Ils ont cependant fait valoir que, même si les initiatives de consultation étaient d'une grande portée, elles étaient également orientées. C'était une stratégie délibérée de [Traduction] « *tenir les discussions à l'écart* » d'autres sujets controversés, y compris, mais sans s'y limiter, les aliments génétiquement modifiés. Un répondant clé a souligné l'importance que les discussions demeurent axées sur l'étiquetage nutritionnel tout en ayant constamment à l'œil l'« écran radar » pour éviter les écueils. Il fallait parfois stratégiquement « démêler » les questions liées aux

politiques afin d'aller de l'avant. La citation qui suit illustre l'importance de formuler les questions dans le processus d'élaboration des politiques :

[Traduction] « (...) on craignait énormément que l'étiquetage des aliments génétiquement modifiés rattrape ce dossier. Notre SM (sous ministre) et notre SMA (sous ministre adjoint) étaient vraiment préoccupés par le fait que si nous nous enlisions dans une discussion sur les aliments génétiquement modifiés et leur étiquetage (...) l'enjeu commencerait à devenir embrouillé (...) c'était très stratégique de leur part (...) il s'agissait d'un merveilleux résultat de ce que le système devrait faire. Ils ont eu la lucidité de dire « faisons en sorte que ces enjeux [étiquetage nutritionnel et aliments génétiquement modifiés] restent distincts ».

Les processus de communication étaient renforcés par les relations de travail positives entre Santé Canada et la collectivité générale des intervenants. Le réseau de politiques existant a permis d'échanger points de vue et idées, et de clarifier les pensées au sujet des orientations stratégiques possibles. La triangulation des données indiquait que les composantes principales du processus d'étiquetage nutritionnel étaient compatibles avec le « modèle interactif » d'élaboration des politiques décrit dans la documentation (Nutbeam, 2003)⁴⁸. La prémisse sous-jacente, c'est que, étant donné la complexité de l'idée politique, la quête de connaissances doit transcender la recherche afin d'inclure un large éventail de sources comme le milieu politique et les intérêts. Cette constatation est reproduite dans « Un modèle interactif pour l'obtention d'un consensus sur l'élaboration des politiques » (figure 2) et souligne l'importance de prendre en considération de multiples formes de données probantes dans le processus d'élaboration des politiques.

Il y a innovation en matière de politiques lorsque (...) l'organisation convient que les anciennes façons de mener des affaires ne sont plus aussi efficaces qu'elles devraient l'être et que les décideurs devraient essayer de nouvelles approches.

■ Critères du processus décisionnel

Santé Canada employait un processus décisionnel fondé sur des critères qui supposaient l'obtention d'un consensus assorti d'une communication régulière, pertinente et suffisante avec les intervenants. Des personnes issues d'horizons très diversifiés étaient recrutées en vue des consultations d'un bout à l'autre du long processus : les universitaires et les représentants principaux d'associations professionnelles (p. ex. Produits alimentaires et de consommation du Canada); les organismes de défense des droits (p. ex. le Centre pour la science dans l'intérêt public); l'industrie (p. ex. l'Association canadienne des fabricants de grignotines); les organismes de consommateurs; les associations professionnelles; les groupes en santé; les experts en la matière; et les autres ministères du gouvernement fédéral (p. ex. Agriculture et Agroalimentaire Canada). Le Groupe fédéral-provincial-territorial sur la nutrition était particulièrement important, selon un répondant clé qui l'a qualifié de [Traduction] « groupe de rétroaction ».

Les décideurs de Santé Canada ont travaillé en collaboration étroite avec un comité consultatif (CC) externe durant le processus d'élaboration des politiques sur l'étiquetage nutritionnel. Les neuf membres du CC ont apporté [Traduction] « des connaissances

⁴⁸ Nutbeam, D. (2003). « How does evidence influence public health policy? Tackling health inequalities in England », *Health Promot J Australia* 14, p. 154-158.

diversifiées provenant de nombreux domaines et couvraient des points de vue nationaux, provinciaux et locaux⁴⁹. » Le CC comprenait des personnes ayant des liens solides avec des organisations ou des groupes représentant les intérêts du milieu de la santé, des consommateurs et des producteurs. Les constatations de l'Étude de cas confirmaient que les membres individuels du CC [Traduction] « (...) *ne représentaient pas en particulier une association, une organisation (...)* » Ils étaient plutôt considérés comme des spécialistes dans les domaines pertinents à l'initiative sur l'étiquetage nutritionnel ayant des liens avec la collectivité des intervenants clés.

Le CC avait pour mandat d'examiner les travaux connexes actuels; de se mettre d'accord sur un cadre d'analyses appropriées; de cerner les données manquantes; et de consulter ou de sonder les groupes d'intérêt particulier afin d'obtenir leurs opinions. Après l'examen des constatations issues des consultations des intervenants et de la recherche des besoins des consommateurs, le CC a présenté des recommandations à Santé Canada pour faciliter son processus décisionnel. Santé Canada possède cependant le pouvoir final concernant les décisions et les recommandations.

Les critères décisionnels énoncés dans le mandat du CC étaient un facteur de réussite essentiel, selon les répondants clés. Ils comprenaient les étapes suivantes : a) formuler la décision à prendre; b) déterminer les critères; c) répertorier les options; d) évaluer les options par rapport aux critères; et e) choisir l'option la plus appropriée. Connaissant bien le rôle du CC, les répondants clés ont laissé entendre que les principes directeurs, également inclus dans le mandat, étaient utiles pour faire progresser le processus d'élaboration des politiques (se reporter au tableau 3).

⁴⁹ Membres, Comité consultatif sur l'étiquetage nutritionnel. (Mars 1998). Santé Canada, p. 1.

Tableau 3. Principes directeurs de l'étiquetage nutritionnel

1.	Concevoir le système d'étiquetage en fonction des consommateurs (clair, pertinent, simple, précis, pratique, lisible, instructif, non fallacieux, cohérent et compréhensible).
2.	Augmenter la disponibilité de l'étiquetage nutritionnel.
3.	Lier la nutrition aux priorités de santé publique et aux lignes directrices nationales en matière d'alimentation.
4.	Respecter la politique d'étiquetage bilingue du Canada.
5.	Être sensible aux questions liées au commerce touchant la politique sur l'étiquetage nutritionnel.
6.	Être sensible aux questions de mise en œuvre.
7.	Offrir un programme d'éducation soutenu et continu en tant qu'initiative de collaboration entre les intervenants.
8.	Prévoir l'évaluation et l'examen réguliers de la politique sur l'étiquetage nutritionnel.

Source: Étiquetage nutritionnel : Vision, principes directeurs, but et objectifs, *Santé Canada, juillet 1998.*

■ Création d'une base de données probantes

Selon Bowen et Zwi⁵⁰ (2005, p. 601), l'élaboration des politiques étayées par des données probantes renvoie à [Traduction] « l'utilisation de différents types d'information sous diverses formes et auprès de différentes sources qui reflètent le contexte politique et pratique, et qui y sont adaptées ». D'après les constatations de l'Étude de cas, les principaux protagonistes dans la collectivité des intervenants « obtenaient » les données probantes, les examinaient dans le cadre de la prise de décisions et les adaptaient, au besoin, avant de formuler la réglementation sur l'étiquetage nutritionnel. Les exemples ci-après décrivent la démarche de création de la base de données probantes.

Entre 2000 et 2001, on a effectué un test de l'impact sur les entreprises (TIE) pour le compte de Santé Canada afin de déterminer les coûts associés au projet de règlement sur l'étiquetage nutritionnel. Des 170 membres de l'industrie alimentaire et des associations contactées, 47 ont renvoyé les questionnaires remplis. Près de 50 % des répondants ont indiqué que les prix de leurs produits augmenteraient légèrement, et approximativement 30 % ont déclaré qu'il n'y aurait pas d'impact pour les consommateurs⁵¹. Même s'ils ne comprenaient pas un échantillon statistiquement significatif, les résultats du TIE ont servi à l'élaboration du Résumé de l'étude d'impact de la réglementation (REIR) au même titre que les renseignements obtenus dans une étude antérieure menée pour le compte d'Agriculture et Agroalimentaire Canada portant sur les coûts afférents au règlement proposé⁵².

⁵⁰ Bowen, S. et A. B. Zwi, ouvrage déjà cité, p. 601.

⁵¹ Santé Canada annonce de nouvelles dispositions régissant l'étiquetage nutritionnel pour aider les Canadiennes et les Canadiens à faire des choix alimentaires éclairés. (2 janvier 2003). *Communiqué de Santé Canada*, p. 4.

⁵² Nota : Les coûts industriels pour la mise en œuvre des exigences en matière d'étiquetage nutritionnel sont résumés dans la *Gazette du Canada*, Partie II, pour des périodes de mise en œuvre de un an, de deux ans et de trois ans : « Avec un taux d'escompte de 6 %, la valeur actualisée nette du coût industriel serait d'environ 476 millions de dollars pour une période de mise en œuvre de un an, de 357 millions de dollars pour une période de deux ans et de 263 millions de dollars pour une période de trois ans. » (p. 386). Ces estimations sont par ailleurs subdivisées en types de coûts.

En 1999, l'Institut national de la nutrition⁵³ (INN) a réalisé une étude de recherche des besoins des consommateurs en partenariat avec Santé Canada, Agriculture et Agroalimentaire Canada, l'industrie et les ONG afin d'établir les points de vue sur le système d'étiquetage actuel, le degré de compréhension de la terminologie et les besoins en matière d'éducation (rapport de l'INN, juin 1999). Les constatations de l'Étude de cas fournissaient des preuves solides établissant que la recherche des besoins des consommateurs, en particulier, était très utile. Par exemple :

[Traduction] (...) elle a permis de déterminer les types (d'étiquettes), le langage que nous utilisons sur les étiquettes (...); ainsi, cette recherche était très profitable dans l'ensemble. Nous avons également effectué une recherche qualitative auprès des consommateurs au sujet des messages et auprès de professionnels de la santé (...) au sujet de l'élaboration de matériel didactique (...)

Selon d'autres répondants, la recherche de l'INN fournissait des indicateurs de base utiles qui aideraient Santé Canada à remédier au manque de données quant à l'efficacité de la réglementation obligatoire pour renforcer les connaissances, les attitudes et les comportements des consommateurs.

Une décideuse de Santé Canada a décrit le processus décisionnel concernant l'étiquetage nutritionnel et l'accent mis sur l'analyse des observations scientifiques. Elle a conclu que la création d'observations scientifiques tangibles était essentielle parce qu'elle offrait aux décideurs des données concrètes pour agir :

[Traduction] (...) au départ, nous étudions réellement la science pour tenter de comprendre les éléments nutritifs qui revêtaient une importance pour la santé publique (...) pour comprendre quelles étaient les maladies chroniques et l'attention qu'il conviendrait d'accorder à chacun des éléments nutritifs (...) on a porté beaucoup d'attention à ce que dit la science au sujet de l'élément nutritif et en quoi cela correspond à un élément nutritif ayant une incidence sur la santé publique.

Un principe directeur dans l'élaboration des allégations relatives à la teneur en éléments nutritifs mentionnait qu'elles devaient être fondées sur la science, instructives et utiles pour aider le consommateur à choisir un régime alimentaire sain. Une allégation relative à la teneur en éléments nutritifs décrit la quantité d'un élément nutritif contenu dans un aliment (p. ex. la faible teneur en sodium; la teneur élevée en fibres). Selon l'INN, les allégations relatives à la teneur en éléments nutritifs constituent le « point d'engendrement » influant sur le choix des produits de consommation, quand la santé est une préoccupation.

Une séance d'information de Santé Canada tenue le 2 janvier 2003 faisait ressortir l'importance de soupeser les observations scientifiques au moment d'élaborer les allégations relatives à la santé. Un journaliste a questionné une porte-parole de Santé Canada quant aux raisons pour lesquelles les États-Unis avaient une liste plus exhaustive des allégations relatives à la santé que celle proposée par Santé Canada. En répondant, la porte-parole de Santé Canada a souligné l'importance des observations scientifiques :

⁵³ Nota : L'Institut national de la nutrition (INN) a fusionné avec le Conseil canadien de l'information sur les aliments (CCIA) pour créer le Conseil canadien des aliments et de la nutrition (CCAN) en 2004. Le CCAN assure les communications relatives aux questions cruciales sur la nutrition et l'alimentation au Canada tout en agissant comme chef de file en matière de politiques de nutrition fondées sur des données probantes.

[Traduction] « *Nous avons évalué celles [allégations relatives à la santé] des États-Unis et avons conclu que les quatre figurant dans le règlement sont celles pour lesquelles nous estimons que la science est très valable et appuie un lien solide entre le régime alimentaire et les états de santé mentionnés (...)* »⁵⁴.

Un deuxième exemple illustrant l'importance des observations scientifiques et de l'examen par les pairs était le processus visant à déterminer s'il convenait d'utiliser un pourcentage de la valeur quotidienne (% de la VQ) pour le cholestérol. Un nombre important d'intervenants, surtout des professionnels de la santé, ont demandé de supprimer de la liste de base divers éléments nutritifs proposés pour le tableau de la *Valeur nutritive*, notamment le cholestérol⁵⁵. Entre-temps, un grand nombre de répondants de l'industrie préconisaient l'indication du % de la VQ pour le cholestérol en vue d'harmoniser avec les États-Unis. Parallèlement, d'autres intervenants ont exprimé leur appui à la proposition visant à ne pas permettre la déclaration de cholestérol comme % de la VQ.

La décision de principe finale concernant l'indication du cholestérol en tant que % de la VQ est résumée dans l'encadré. Le processus décisionnel pertinent au cholestérol fait ressortir une idéologie partagée au niveau du système. De plus, les données probantes indiquent des milieux épistémiques caractérisés par un échange mutuel, la création conjointe de connaissances et un avis généralisé quant à la création de nouvelles connaissances.

« (...) concernant le cholestérol dans le régime alimentaire, on a décidé que le cholestérol demeurerait dans la liste de base du tableau de la *Valeur nutritive*. Une déclaration facultative du % de VQ pour le cholestérol dans le tableau de la *Valeur nutritive* a aussi été ajoutée en fonction de la valeur quotidienne pour le cholestérol établie à 300 mg (...) » (*Gazette du Canada*, Partie II, 1^{er} janvier 2003, p. 392 et 393)

Il y a innovation en matière de politiques lorsque (...) les responsables de l'élaboration des politiques sont d'accord avec les types de données probantes « obtenues » et la manière dont elles sont utilisées dans l'élaboration des politiques. »

■ Processus « arrêt-départ »

La documentation décrit le processus d'élaboration des politiques comme étant un [Traduction] « processus fluide, dynamique dans le cadre duquel les problèmes, les principes directeurs et les courants politiques s'associent et se dissocient dans le but de lier les problèmes aux solutions » (Kingdom, cité dans Milstead, 2004, p. 252)⁵⁶. Les répondants clés, à l'intérieur comme à l'extérieur du gouvernement, ont décrit un processus « arrêt-départ » soumis à l'influence de divers facteurs, notamment le calendrier des cycles électoraux, la restructuration du gouvernement et les changements ministériels. Un répondant a déclaré :

[Traduction] (...) *il semblerait que ce soit une politique « arrêt-départ » (...) il y avait un long temps mort (...) avant que le volet suivant soit mis de l'avant (...)*

⁵⁴ « Nouvelle réglementation sur l'étiquetage nutritionnel ». (2 janvier 2003). *Transcription d'une séance d'information de Santé Canada*, p. 15.

⁵⁵ Nota : La *Gazette du Canada*, Partie II (1^{er} janvier 2003) fournit des renseignements généraux supplémentaires : « Les programmes éducatifs canadiens qui visent à réduire le risque de maladie cardiaque n'ont pas porté sur le cholestérol comme tel, mais plutôt sur la réduction des apports en graisses saturées. Une réduction de l'apport en graisses saturées, trouvées dans la viande et les produits laitiers, sera accompagnée d'une réduction d'apport en cholestérol. Le fait de permettre une indication du % de VQ pour le cholestérol sur une base facultative est en accord avec l'absence d'insistance sur le cholestérol dans les programmes éducatifs canadiens en matière de nutrition (p. 393) ».

⁵⁶ Milstead, J. A. (2004). *Health policy and politics: A nurse's guide*. (2^e éd.). Sudbury, MA, Jones and Bartlett Publishers, p. 252.

personne ne savait ce qui se passait durant ces temps morts précis (...) ce qui a suscité énormément de frustration chez la plupart des intervenants avec lesquels je communiquais (...)

D'autres ont attribué à Santé Canada les retards dans les processus d'élaboration des politiques, particulièrement la participation des services juridiques à l'approbation du projet de règlement. Un répondant clé, qui n'était pas employé par le gouvernement, a émis l'opinion suivante : [Traduction] « (...) *en faisant participer les avocats et en rédigeant la proposition finale de la Gazette, les responsables ont accusé d'immenses retards parce qu'ils se faisaient déloger par d'autres projets ou points jugés plus prioritaires à Santé Canada* ».

Pour certains intervenants, particulièrement ceux qui participaient à la mise en œuvre des initiatives d'éducation, les retards dans l'annonce du règlement présentaient un défi. Par exemple, les évaluateurs affectés à une initiative d'éducation sur la nutrition (« *Faites provision de saine alimentation* » [FPSA]) ont précisé l'incidence que les retards touchant les politiques ont eue sur les travaux du comité consultatif (CC) de l'initiative FPSA : [Traduction] « *Si le règlement et l'information pouvaient être diffusés plus rapidement, cela aiderait (...)* ». Le CC a éclairci la situation : [Traduction] « *Comme le projet se voulait un complément à ce que faisait Santé Canada, les retards de la part du gouvernement étaient problématiques* » (Lindhorst, 2004, p. 92)⁵⁷.

À Santé Canada, un décideur a raconté les [Traduction] « *hauts et les bas* » du processus d'élaboration des politiques en expliquant que, en raison des longs retards, il était difficile de maintenir la motivation, l'intérêt et l'impulsion au sein de la collectivité générale des intervenants.

Il y a innovation en matière de politiques lorsque (...) les responsables comprennent que l'élaboration des politiques est un processus politique, parfois imprévisible, qui survient souvent en l'absence d'un début et d'une fin clairs.

■ **Collaboration intersectorielle — Explorer de nouveaux horizons**

Santé Canada a entrepris une série de projets intersectoriels innovateurs visant à favoriser la progression du processus d'élaboration des politiques. Deux initiatives, soulignées ci-après, avaient trait à des partenariats entre le gouvernement, l'industrie, le milieu universitaire, les ONG, les associations de professionnels de la santé et les consommateurs. Outre les importantes contributions non financières aux projets, des groupes d'intervenants ont également apporté des ressources financières. Il est important de signaler qu'une direction générale du gouvernement fédéral qui ne participait pas directement à l'initiative sur l'étiquetage nutritionnel (c.-à-d. la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique) a financé le projet FPSA par l'entremise du volet Subventions et contributions de la Stratégie canadienne sur le diabète.

Une troisième collaboration, qualifiée de positive et de résultat imprévu du processus d'élaboration des politiques par les répondants clés associait les intervenants de l'industrie, Produits alimentaires et de consommation du Canada (PACC) et les concepteurs d'emballages (Davis). La collaboration a donné lieu à la production d'un outil utile intitulé *Étiquetage nutritionnel obligatoire : Guide pour l'emballage des aliments et boissons au Canada* (annexe 3).

⁵⁷ Lindhorst, K. (2004). *Faites provision de saine alimentation : rapport final d'évaluation*, Toronto (Ontario), Association canadienne du diabète et Les diététistes du Canada, p. 92.

Collaboration entre Santé Canada, l'industrie, les ONG, les associations de professionnels de la santé, les groupes de services d'alphabétisation et l'Association canadienne de la santé publique



Dans le cadre de la stratégie éducative sur l'étiquetage nutritionnel, Santé Canada a lancé une *Trousse sur l'étiquetage nutritionnel à l'intention des éducateurs* pour appuyer les professionnels de la santé dans l'éducation des consommateurs. La Trousse a été envoyée à 8 300 diététistes, éducateurs en matière de diabète, nutritionnistes provinciaux et autres partenaires de la nutrition au Canada. D'après les répondants clés, Santé Canada pourrait [Traduction] « *rater une importante occasion de tirer profit de la situation* » en limitant la diffusion de la Trousse à un envoi postal. On s'attend largement sur le fait que la mise en œuvre de programmes ou d'ateliers de formation visant à aider les éducateurs dans la mise en œuvre de nouvelles connaissances serait à la fois opportune et utile. Malheureusement, les ressources limitées à Santé Canada à cette étape du processus d'élaboration des politiques ont restreint d'autres programmes éducatifs sur l'étiquetage nutritionnel ciblant les professionnels de la santé.

Pour les éducateurs œuvrant auprès des Premières nations et des Inuits, on a mis au point une version de la Trousse adaptée à la culture. La collaboration à la conception de la *Trousse sur l'étiquetage nutritionnel à l'intention des éducateurs - version Premières Nations et Inuits* était innovatrice parce qu'elle supposait un travail avec des partenaires non traditionnels, notamment les collectivités des Premières nations « hors-réserve ». Voici ce qu'a expliqué une répondante clé : [Traduction] « (...) *nous voulions tenter de rejoindre les groupes hors-réserve (...) il s'agissait de travailler avec des organisations qui, même pour les employés de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, n'étaient pas des partenaires traditionnels (...)* » Elle indiquait que les partenaires clés dans la préparation de la Trousse comprenaient des représentants de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, de la Division de l'évaluation en nutrition, de la Direction des aliments, de l'ACIA et de la Direction des communications, du marketing et de la consultation.

Collaboration entre l'Association canadienne du diabète et Les diététistes du Canada : « Faites provision de saine alimentation » (Projet FPSA)



Faites provision de saine alimentation™ Healthy Eating is in Store for You™



ASSOCIATION
CANADIENNE
DU DIABÈTE

CANADIAN
DIABETES
ASSOCIATION



Les diététistes du Canada
Dietitians of Canada

Pour aider les consommateurs à interpréter l'information nutritionnelle sur les étiquettes, Les diététistes du Canada (DC), en collaboration avec l'Association canadienne du diabète (ACD), a lancé un programme éducatif financé par Santé Canada (Direction générale de la santé de la population et de la santé publique) dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le diabète. L'initiative *Faites provision de saine alimentation* (FPSA) avait été conçue pour qu'elle coïncide avec l'annonce du règlement sur l'étiquetage nutritionnel obligatoire le 2 janvier 2003. Les objectifs du programme étaient les suivants : 1) renforcer la capacité des consommateurs d'interpréter l'information sur l'étiquetage nutritionnel et 2) faire en sorte que les consommateurs se servent de ces connaissances pour faire des choix alimentaires sains.

Les outils créés dans le cadre de l'initiative FPSA comprennent une épicerie virtuelle, des feuilles d'information, une foire aux questions et du matériel documentaire interactif en direct. D'après l'évaluation du projet, l'initiative FPSA [Traduction] « a créé un contexte intéressant pour les consommateurs, afin qu'ils se renseignent sur l'étiquetage nutritionnel des aliments emballés au Canada, et pour les intermédiaires, afin qu'ils utilisent les ressources mises au point » (Lindhorst, 2004, p. 3)⁵⁸. Les constatations de l'étude de cas donnent à penser que les leçons apprises grâce au projet FPSA pourraient servir d'assise à une campagne éducative pancanadienne auprès de la population en vue d'accroître les connaissances des consommateurs au sujet des nouvelles étiquettes nutritionnelles et de les y sensibiliser.

Un sujet de préoccupation et un appel à l'action

Les répondants clés ont soulevé une préoccupation relative à l'utilisation croissante de logos ou de programmes sur l'étiquetage nutritionnel conçus par les ONG et l'industrie (p. ex. le logo *Visez santé* de la Fondation des maladies du cœur, le programme *Solution sensée* de Kraft Canada Inc.). Selon certains membres de la collectivité des intervenants, les logos « sur mesure » sont en concurrence avec le tableau réglementé de la *Valeur nutritive* et créent de la confusion sur le marché. Une personne a mentionné ce qui suit :

⁵⁸ Lindhorst, K., ouvrage déjà cité, p. 3.

[Traduction] « (...) un aspect important que je considère comme étant problématique maintenant, c'est la façon dont différents groupes élaborent leurs propres étiquettes à apposer sur les produits (...) en principe pour aider les consommateurs à faire de bons choix (...) sans surveillance ni réglementation (...) ils ne sont pas réglementés (...) l'industrie a l'entière liberté de les concevoir et de les appliquer. Je dirais que l'industrie les perçoit comme son programme éducatif. Selon moi, ces pratiques sont en concurrence avec l'utilisation des étiquettes des aliments parce qu'elles visaient à permettre aux consommateurs de faire des choix alimentaires sains (...) c'est déroutant pour les consommateurs (...)

Un deuxième répondant clé était d'accord à ce que le recours accru de l'industrie alimentaire aux logos « personnalisés » ajoutait à la confusion qui règne sur le marché et, dans certains cas, [Traduction] « sont tout à fait trompeurs au sujet de la nutrition ». Cette personne s'est jointe à d'autres répondants clés en demandant que le gouvernement fédéral accorde une attention immédiate à cette pratique et prenne des mesures correctives.

À la lumière de ces constatations, les chercheurs de l'étude de cas recommandent l'examen de la question (c.-à-d. les logos ou symboles nutritionnels personnalisés) dans le cadre d'études futures visant à mesurer la pertinence, l'efficacité et l'incidence du règlement sur l'étiquetage nutritionnel.

Collaboration entre les intervenants de l'industrie, Produits alimentaires et de consommation du Canada (PACC) et les concepteurs d'emballages (Davis)

En partenariat avec PACC et un des grands spécialistes de la conception d'emballage de l'industrie, les intervenants de l'industrie ont produit une ressource bilingue intitulée *Étiquetage nutritionnel obligatoire : Guide pour l'emballage des aliments et boissons au Canada* (annexe 3). Le guide présente a) un arbre décisionnel relatif à la détermination de la présentation du tableau de la *Valeur nutritive*, b) une liste des éléments clés pour la réglementation sur l'étiquetage nutritionnel obligatoire, c) le graphisme du format du tableau de la *Valeur nutritive*, d) le calcul de la surface exposée disponible, e) une liste des éléments facultatifs pour la copie de l'emballage, f) les exemptions au règlement et g) les personnes-ressources au gouvernement pour obtenir des renseignements supplémentaires.

Il y a innovation en matière de politiques lorsque (...) les décideurs confrontés à des ressources insuffisantes ont la capacité d'obtenir du personnel et des dons en nature auprès de la collectivité générale des intervenants jusqu'à ce que l'on puisse garantir les ressources.

3.2.2 Obstacles à l'obtention d'un consensus

La présente section du rapport décrit les obstacles à l'obtention d'un consensus sous deux rubriques générales : Tensions dans le processus d'élaboration des politiques et Cloisonnements politiques. Chaque thème est abordé dans le cadre d'une série de sous-titres afin d'expliquer les constatations de l'étude de cas.

Tensions dans le processus d'élaboration des politiques

Au départ, les tensions ou les conflits sont présentés selon un ensemble de sous-thèmes, y compris les Coûts pour l'industrie et échéanciers de mise en œuvre; la Conception du

tableau de la *Valeur nutritive*; les Exemptions du règlement sur l'étiquetage nutritionnel; et les Renseignements sur le tableau de la *Valeur nutritive*.

■ Coûts pour l'industrie et échéanciers de mise en œuvre

Au début du processus, les représentants de l'industrie ont prétendu que l'étiquetage nutritionnel bouleverserait le commerce, réduirait le choix des consommateurs et ferait grimper les coûts liés à l'administration, à l'analyse des éléments nutritifs et à l'élimination des emballages périmés. Voici ce qu'écrivait un membre de la Flavour Manufacturers Association of Canada (FMAC) :

[Traduction] « (...) Nous étions préoccupés par les graves conséquences économiques pouvant survenir au chapitre des coûts ajoutés et de la perturbation du commerce si le règlement exigeait des tableaux d'information nutritionnelle sur les emballages non destinés à la vente au détail pour les aliments, les ingrédients alimentaires et les additifs utilisés par les fabricants de produits alimentaires et autres. » (Lettre de la FMAC à Santé Canada, février 2002).

Dans une lettre, l'Association canadienne des fabricants de grignotines soulignait que le changement de l'étiquette nutritionnelle entraînerait des coûts pour l'industrie et que cette dernière risquerait de souffrir d'un désavantage commercial par rapport aux États-Unis. Les Fabricants de produits alimentaires du Canada ont convenu que les coûts pour l'industrie constituaient une préoccupation majeure. Voici ce qu'a déclaré un porte-parole :

[Traduction] (...) Le nouvel étiquetage nutritionnel couvrira une plus grande surface, et nous devons modifier nos emballages pour nous y conformer. Cela comprendra le coût de conception et de fabrication de nouvelles plaques d'impression pour nos emballages et les coûts connexes pour nous départir des emballages existants. (Règlement : première ronde, marché, 24 avril 2003)

Pour estimer ce qu'il en coûterait à l'industrie relativement à la conformité, Agriculture et Agroalimentaire Canada a financé une étude en 2000. Les coûts comprenaient l'administration, l'analyse de produit, la nouvelle conception de l'emballage, l'élimination des étiquettes périmées et le stock d'emballages. Les coûts ont été calculés en fonction de trois scénarios de mise en œuvre, notamment un, deux et trois ans. D'après les constatations, les coûts pour l'industrie seraient de 476 millions de dollars (période de mise en œuvre de un an), de 357 millions de dollars (période de mise en œuvre de deux ans) et de 263 millions de dollars (période de mise en œuvre de trois ans)⁵⁹.

Les échéanciers proposés pour la mise en œuvre, publiés dans la *Gazette du Canada*, Partie I, mentionnaient que les entreprises disposeraient d'une période de deux ans pour se conformer au règlement, et les petites entreprises, d'une période de trois ans. Les représentants de l'industrie alimentaire ont fermement exprimé leurs préoccupations en déclarant que les échéanciers étaient trop serrés. Par conséquent, Santé Canada a modifié la proposition afin qu'elle se lise comme suit :

(...) la période de transition a été prolongée à trois ans, et à cinq ans pour les petites entreprises ayant des ventes annuelles totales de moins de un million de dollars durant la période de 12 mois précédant l'entrée en vigueur du nouveau règlement⁶⁰.

⁵⁹ « Santé Canada annonce de nouvelles dispositions régissant l'étiquetage nutritionnel pour aider les Canadiennes et les Canadiens à faire des choix alimentaires éclairés ». (2 janvier 2003). *Communiqué de Santé Canada*, p. 3.

⁶⁰ Santé Canada. *Gazette du Canada*, Partie II, 1^{er} janvier 2003, ouvrage déjà cité, p. 401.

■ Conception du tableau de la Valeur nutritive

Le projet de tableau de la *Valeur nutritive* présentait des difficultés pour de nombreux intervenants du secteur industriel, notamment la taille, le format et l'étendue de la surface de l'emballage de même que le manque de souplesse perçu chez Santé Canada relativement à certains aspects de la conception de l'étiquette. Après la publication du projet de règlement dans la *Gazette du Canada*, Partie I, les représentants de l'Association canadienne des fabricants de confiserie ont déclaré que l'espace pour les étiquettes posait problème (lettre à Santé Canada, août 2002). Bon nombre de leurs produits étaient généralement petits. En outre, les emballages étaient souvent conçus comme des cadeaux, et ils s'inquiétaient de la taille normalisée de l'étiquette qui pourrait nuire à l'attrait de leurs produits.

D'autres groupes de l'industrie, y compris PACC, faisaient inmanquablement des commentaires au sujet du manque de souplesse de l'étiquette. Ils recommandaient une utilisation souple des options dans la hiérarchie des modèles de tableau de la *Valeur nutritive* en fonction de la taille de l'emballage (lettre de PACC à Santé Canada, 5 septembre 2001). Une répondante clé a rappelé quelques-uns des défis sérieux que posait la conception à la suite du projet de règlement (*Gazette du Canada*, Partie I) :

[Traduction] (...) en réalité, les responsables avaient déterminé une grandeur précise pour le tableau de la Valeur nutritive (...) et nous devons avoir des tableaux anglais et français séparés sur chaque emballage (...) donc, en fait, nous avons suivi le processus très élémentaire, mais chronophage consistant à couper et coller les différents tableaux de la Valeur nutritive et à les apposer sur un grand nombre de nos produits. Et toute l'industrie l'a fait. Nous avons invité Santé Canada de même que les studios de conception (...) de l'aveu de tous, les représentants de Santé Canada étaient simplement stupéfaits (...)

Elle a expliqué que la présentation d'un tableau de la *Valeur nutritive* en anglais et en français sur un [Traduction] « *emballage double aurait éclipsé tout l'emballage (...) il n'y avait plus de place pour quoi que ce soit!* » La répondante clé a soutenu que la participation des décideurs de Santé Canada aux négociations en cours avec les concepteurs d'emballage était un facteur de réussite essentiel dans l'élaboration d'options pratiques pour l'industrie⁶¹. On peut trouver une explication des réponses des décideurs aux préoccupations soulevées par les intervenants de l'industrie dans la *Gazette du Canada*, Partie II, à partir de la page 369.

■ Exemptions du règlement sur l'étiquetage nutritionnel

Des groupes d'intervenants [Traduction] « ont dit regretter que les nouvelles lois sur l'étiquetage ne s'appliqueraient pas à tous les produits alimentaires » (CSPI, *La Presse*, 3 janvier 2003). Dans une télécopie adressée à Santé Canada (23 novembre 2001), le CSPI mentionnait que Santé Canada pourrait mieux protéger les consommateurs en exigeant l'étiquetage nutritionnel sur les aliments, la viande, la volaille, les fruits de mer préemballés et les produits de boulangerie, outre les aliments inclus dans le projet de règlement sur l'étiquetage nutritionnel.

⁶¹ Nota : On peut trouver la réponse détaillée des décideurs de Santé Canada aux préoccupations soulevées par les intervenants de l'industrie concernant la conception des étiquettes alimentaires dans la *Gazette du Canada*, Partie II (1^{er} janvier 2003), à partir de la page 369.

« Plusieurs répondants ont recommandé [dans la *Gazette du Canada*, Partie I] qu'on établisse un plus grand nombre de catégories d'aliments fournissant de l'information nutritionnelle que celles proposées originalement. En particulier, plus de 4 000 commentaires des campagnes de lettres du public et du secteur de la santé ont recommandé que la viande fraîche, la volaille et les fruits de mer préemballés ainsi que les produits de boulangerie cuits dans les établissements de vente au détail affichent un étiquetage nutritionnel. » *Gazette du Canada*, Partie II, 1^{er} janvier 2003, p. 389)

Le Conseil canadien des transformateurs d'œufs et de volailles a également fait part de ses préoccupations relativement aux exemptions proposées : [Traduction] « Nous encouragerions Santé Canada à mettre en œuvre l'étiquetage nutritionnel obligatoire dans le secteur des produits de viande de volaille en même temps que le département de l'Agriculture des États-Unis ». (Conseil canadien des transformateurs d'œufs et de volailles, lettre à Santé Canada, 4 décembre 2000). Plus tard, un porte-parole a déclaré que certains fabricants ne devraient pas être exemptés parce que [Traduction] « les exemptions peuvent se traduire par des répercussions concurrentielles involontaires et imprévues » (lettre du Conseil canadien des transformateurs d'œufs et de volailles à Santé Canada, 4 décembre 2000).

■ Renseignements présentés sur le tableau de la *Valeur nutritive*

Tandis que la déclaration obligatoire du cholestérol était incluse dans le tableau proposé de la *Valeur nutritive* (*Gazette du Canada*, Partie I), l'inclusion d'un pourcentage de la valeur quotidienne (% de la VQ) a été réexaminée à la lumière de la vigoureuse opposition des secteurs des transformateurs et de la commercialisation des œufs. L'Office canadien de commercialisation des œufs (OCCO) a déclaré que le fait de permettre la déclaration d'un % de la VQ pour le cholestérol serait déroutant et trompeur pour les consommateurs. L'OCCO s'est assuré du concours de la Fondation des maladies du cœur, qui a qualifié l'inclusion d'un % de la VQ pour le cholestérol « d'américanisation » non fondée de l'étiquetage nutritionnel du Canada. Après examen des données probantes, Santé Canada a déterminé qu'il y avait suffisamment de preuves pour inclure la déclaration du cholestérol comme % de la VQ dans la liste de base des éléments nutritifs proposée. Veuillez vous reporter à la section du rapport de l'Étude de cas canadienne intitulée Innovation des processus (Création d'une base de données probantes) pour la décision de principe finale présentée dans la *Gazette du Canada*, Partie II (1^{er} janvier 2003, p. 392). La décision permettant d'indiquer de façon facultative le % de la VQ pour le cholestérol dans le tableau de la *Valeur nutritive* assurait une plus grande compatibilité de l'étiquetage nutritionnel avec celui des États-Unis.

L'industrie sucrière s'est fermement opposée à l'inclusion des sucres dans la liste de base des éléments nutritifs obligatoires, alléguant l'absence de justification scientifique. Toutefois, les consommateurs individuels et les organismes de consommateurs demandaient que les sucres soient inclus dans le tableau de la *Valeur nutritive*. Dans un rapport⁶² de 2002, il était recommandé qu'un maximum de 25 % de l'énergie quotidienne soit fourni sous forme de sucres ajoutés selon des études qui démontrent que les régimes alimentaires ayant une teneur élevée en sucres ajoutés étaient plus pauvres en certains micronutriments. Les décideurs ont conclu comme suit :

⁶² Institute of Medicine (Food and Nutrition Board). (2002). *Report of the Panel on Macronutrients of the Standing Committee on the Scientific Evaluation of Dietary Reference Intakes*, Washington, DC.

(...) il y a cependant plusieurs aliments, particulièrement dans la catégorie « Autres aliments » du *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*, qui contiennent surtout des sucres ajoutés. Le fait d'inclure les sucres dans le tableau de la *Valeur nutritive* permettra aux consommateurs d'identifier les sources de sucres dans leur régime alimentaire et de faire des choix d'aliments éclairés (p. 393)⁶³.

Cloisonnements politiques

Le dernier sujet à être abordé dans le sous-thème « Obstacles à l'obtention d'un consensus » remet en discussion la notion de « cloisonnements politiques » comme on l'a décrite brièvement dans la section 3.1.6 (Collaboration intersectorielle dans l'élaboration des politiques). La structure organisationnelle du gouvernement, alliée aux processus autorisés par les divers organes du gouvernement, a une incidence importante sur les capacités des décideurs de répondre aux questions stratégiques.

La formulation du règlement sur l'étiquetage nutritionnel était un travail complexe, chronophage, exigeant la coordination des politiques entre plusieurs ministères et organismes fédéraux. Santé Canada a assumé le rôle de chef de file avec les autres secteurs, y compris Agriculture et Agroalimentaire Canada et l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA), qui ont assumé un rôle secondaire. Les répondants clés étaient d'accord : l'initiative sur l'étiquetage nutritionnel [Traduction] « *était l'affaire de Santé Canada* », certains laissant entendre que [Traduction] « *les possibilités de partenariat étaient limitées* » pour les autres ministères ou organismes du gouvernement fédéral, y compris l'ACIA. Il y avait cependant des exceptions, et les répondants ont donné des exemples précis où l'ACIA travaillait en collaboration avec Santé Canada : [Traduction] « *Dans les consultations sur les allégations relatives à la teneur en éléments nutritifs et à l'étape de la réglementation, l'ACIA participait avec Santé Canada* ».

Dans certains cas, la progression était entravée par des priorités et mandats organisationnels différents. Les décideurs œuvrant dans les secteurs non liés à la santé au niveau fédéral ont déclaré que Santé Canada classait l'étiquetage nutritionnel comme une priorité élevée à la fin des années 1990, mais que [Traduction] « *l'ACIA n'y accordait qu'une faible priorité en raison du besoin éventuel de ressources pour appliquer le règlement* ». À Santé Canada, les décideurs ont reconnu que, au début de l'élaboration des politiques, une pénurie de ressources présentait des défis importants :

[Traduction] (...) *il n'y avait pas d'argent pour faire quoi que ce soit. Je venais tout juste de sortir du processus entourant le « Plan d'action » et j'étais déterminé à cet égard (...) j'ai convaincu mon patron de ne pas le bloquer, de le faire passer à l'étape suivante.* »

Des intervenants externes ont également mentionné le manque de ressources et les priorités divergentes du gouvernement comme des obstacles à la progression. La capacité des décideurs de mobiliser rapidement les ressources des autres ordres de gouvernement (p. ex. négocier les détachements d'employés) était utile pour atténuer quelques-unes des pénuries de ressources humaines :

⁶³ Santé Canada. *Gazette du Canada*, Partie II, 1^{er} janvier 2003, ouvrage déjà cité, p. 393.

[Traduction] *Les ressources pour le faire étaient probablement insuffisantes (...) Ce sont probablement les ressources qui les ont ralentis (...) Ils travaillaient à d'autres priorités en même temps (...) ils avaient simplement besoin de plus de ressources pour faire les choses rapidement.*

■ **Dichotomie entre l'élaboration des politiques et leur mise en œuvre⁶⁴**

Au niveau organisationnel, les lacunes des politiques ont fait surface entre Santé Canada et l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA). Sous l'autorité du ministre de l'Agriculture et de l'Agroalimentaire, l'ACIA est chargée de l'application des exigences en matière d'aliments contenues dans la *Loi sur les aliments et drogues*. De plus, l'Agence est chargée de l'administration, y compris l'élaboration de politiques, liée au paragraphe 5(1) de la *Loi sur les aliments et drogues* qui interdit l'information trompeuse et frauduleuse.

Plusieurs répondants ont fait allusion aux [Traduction] « *obstacles de longue date* » entre Santé Canada et l'ACIA. D'après les constatations, ces tensions étaient exacerbées à mesure que progressaient les travaux sur le dossier de l'étiquetage nutritionnel. Une personne a relaté la relation historique entre l'ACIA et Santé Canada en soulignant que le processus d'élaboration des politiques sur l'étiquetage nutritionnel relevait du domaine de Santé Canada :

[Traduction] (...) *l'ACIA travaillait avec Santé Canada (...) L'ACIA préside le Groupe de travail technique sur l'étiquetage des denrées alimentaires et le Comité du codex sur l'étiquetage des denrées alimentaires. Ce sont là des responsabilités de l'ACIA, puisqu'elle administre la Loi sur les aliments et drogues pour ce qui est de la fraude et de l'information trompeuse sur les étiquettes et dans la publicité. De même, l'ACIA administre la Loi sur l'emballage et l'étiquetage des produits de consommation (...) L'ACIA est reconnue comme étant chargée de l'étiquetage (...) lorsque Santé Canada a décidé d'en faire une priorité, je ne dirais pas que l'ACIA a pris part à cette décision (...) l'aspect politique de l'étiquetage nutritionnel était l'affaire de Santé Canada ».*

L'examen des documents a fait ressortir les questions de conformité et d'application au cœur du débat politique entre l'ACIA et Santé Canada. Même si l'ACIA a officiellement exprimé son appui aux propositions de Santé Canada, le ministre de l'Agriculture et de l'Agroalimentaire a indiqué que l'ACIA requerrait un financement accru pour l'application du règlement. D'après l'ACIA, cela requerrait [Traduction] « des ressources additionnelles pour les activités liées à l'application et à la conformité, lesquelles s'étendraient à l'ensemble des fabricants de produits alimentaires, enregistrés ou non auprès du gouvernement fédéral, aux détaillants et aux importateurs⁶⁵. » L'évaluation des coûts préparée par l'ACIA comprenait :

- les frais de transition pour la formation du personnel, la sensibilisation des commerçants, l'élaboration des programmes et l'orientation politique, etc.;
- les coûts permanents visant à couvrir les augmentations des activités ou programmes existants tels que l'inspection et l'enquête des plaintes, l'examen des étiquettes avant la commercialisation, etc.

⁶⁴ Nota : La notion de « dichotomie entre l'élaboration des politiques et leur mise en œuvre » se fondait, en partie, sur l'article suivant : Sutton, R. (1999). *The Policy Process: An Overview*, Londres, R.-U., Chameleon Press, p. 22.

⁶⁵ Mémoire au ministre, Modification du Règlement sur les aliments et drogues, annexe 1172 sur *Les allégations et l'étiquetage nutritionnel* (non daté), Santé Canada, p. 5.

Pour la présente analyse, il importe de souligner que, lorsque le Comité directeur conjoint a publié le *Plan d'action pour la nutrition* en 1996, les nouvelles ressources financières pour l'étiquetage nutritionnel n'étaient pas indiquées au niveau fédéral. Par exemple, dans une note d'information, il était mentionné que [Traduction] « Pour l'instant, il n'y a pas de fonds réservés particulièrement à cette initiative. Des discussions auront lieu avec les intervenants à cet égard »⁶⁶.

Lorsqu'on jette un regard sur le cloisonnement politique entre Santé Canada et l'ACIA, les données probantes de l'étude de cas donnent à penser qu'il représentait une dichotomie entre l'élaboration des politiques et les autres étapes interreliées du cycle des politiques, notamment la mise en œuvre et l'évaluation. D'après les constatations, il était important pour les décideurs de ne pas séparer artificiellement ces étapes et d'aborder le processus de planification selon une approche plus holistique. De plus, il était nécessaire de tenir compte de la complexité de la mise en œuvre de même que des besoins en ressources, parallèlement à la progression des travaux sur l'élaboration des politiques.

Les constatations de l'étude de cas portant sur les cloisonnements politiques faisaient également ressortir l'importance de « gérer le changement » au niveau organisationnel. Comme le dit Brinkerhoff (1996) :

[Traduction] Souvent, les nouvelles politiques remanient les rôles, les structures et les incitatifs, ce qui modifie ainsi le tableau des coûts et avantages pour les personnes chargées de la mise en œuvre, les destinataires et les autres intervenants (...) L'expérience a montré que le « maintien du *statu quo* » tourné vers l'intérieur ne produira pas les résultats escomptés⁶⁷.

Selon Bowen et Zwi (1995)⁶⁸, l'incapacité de gérer le changement au niveau individuel ou organisationnel peut provoquer l'« inertie » en favorisant du coup des résultats stratégiques défavorables.

Les décideurs ont estimé les retombées économiques éventuelles résultant du règlement sur l'étiquetage nutritionnel au début du processus. À l'opposé, ce n'est que beaucoup plus tard qu'ils ont reconnu les coûts projetés associés à la conformité et à l'application. Toutefois, l'examen des documents révélait que, à la fin des années 1990, il y avait une collaboration accrue entre Santé Canada et l'ACIA, particulièrement au chapitre de la création et de l'évaluation de données aux fins de l'étiquetage nutritionnel (courriel, 8 juillet 1999).

En invoquant les tensions entre Santé Canada et l'ACIA, un répondant clé a laissé sous-entendre qu'il aurait été utile que la haute direction de l'ACIA participe plus tôt à la « gestion du changement » au niveau organisationnel. Le répondant clé a expliqué :

[Traduction] Lorsque les différences culturelles sont fortement ancrées (p. ex. la santé par rapport à l'agriculture), les groupes non liés à la santé devraient participer davantage à une étape plus hâtive (...) Si un plus grand nombre de personnes de l'ACIA avait participé, nous aurions pu obtenir un point de vue plus fort à l'égard des préoccupations.

⁶⁶ Étiquetage nutritionnel des aliments. (21 novembre 1996). *Séance d'information, point n° 5 de l'ordre du jour, DGPS/Comité de liaison des entreprises alimentaires, Santé Canada*, p. 2.

⁶⁷ Brinkerhoff, D. W. (1996). « Process perspectives on policy change: Highlighting implementation », *World Development* 24 (9).

⁶⁸ Bowen, S. et A. B. Zwi, ouvrage déjà cité, p. 602.

Pour ce qui est du manque de financement au niveau organisationnel, un répondant clé a demandé [Traduction] « *une approche plus semblable ou plus juste pour s'assurer que tous les ministères touchés (...) avaient leur mot à dire dans le processus décisionnel – à quoi servirait le financement et la méthode employée pour attribuer les ressources* ». D'autres ont fait part de sentiments similaires en demandant que, « au départ », on s'efforce davantage de mettre l'accent sur l'établissement de relations et le dialogue, ce qui aurait pu atténuer certains des obstacles au niveau organisationnel :

[Traduction] (...) *il n'y avait pas suffisamment de communication ou de relations établies avant le processus d'élaboration des politiques (...) chacun pense à ses propres besoins et se soucie peu des répercussions pour les autres.*

Un deuxième exemple des cloisonnements politiques entre les deux ministères fédéraux — Santé Canada et Environnement Canada — est ressorti lorsqu'un répondant clé associé à l'industrie alimentaire a invoqué une question touchant les échéanciers proposés pour la mise en œuvre. Dans l'exemple cité, la courte période de transition aurait entraîné le gaspillage d'un volume important d'emballages alimentaires inutilisés. Cela était problématique, car l'industrie [Traduction] « *s'était engagée à l'égard d'Environnement Canada pour aider à protéger l'environnement en réduisant le gaspillage et l'élimination des emballages (...)* ». La personne a expliqué le dilemme de l'industrie résultant des politiques conflictuelles du gouvernement : [Traduction] « *pourtant, un autre organisme du gouvernement nous disait non, cette autre disposition du règlement [la période de transition proposée] vous obligerait à rompre votre engagement à l'égard de l'environnement* ». Le répondant clé a conclu que, comme les représentants de l'industrie ont porté ce cloisonnement politique à l'attention du gouvernement, Santé Canada a manifesté sa volonté de discuter d'une période de transition plus longue.

[Traduction] *Il y a innovation en matière de politiques lorsque (...) le gouvernement ouvre des voies de communication dans les ministères et organismes et entre eux, poursuit le dialogue et informe tout le monde de ce qu'il entend faire...* (répondant clé de l'Étude de cas canadienne — projet CARMEN)

3.2.3 Champions

La documentation sur les politiques souligne l'importance d'identifier les chefs de file du changement (Bridger, cité dans Ambrose, 1989)⁶⁹. Ces personnes donnent des directives et une impulsion au processus d'élaboration des politiques. Selon Crosby⁷⁰ (1996), dans certains cas, il serait difficile de désigner une seule personne ou un seul organisme qui serait chargé de diriger le changement. Dans de telles circonstances, des comités spéciaux, des groupes de travail, etc. pourraient incarner le leadership. L'étude de cas fournit de solides données probantes du rôle crucial des « agents de changement » au gouvernement fédéral. Qui plus est, au niveau systémique, les défenseurs des politiques affiliés à divers groupes d'intervenants ont épaulé le processus d'élaboration des politiques sur l'étiquetage nutritionnel afin qu'il progresse.

⁶⁹ Ambrose, A. (1989). « Key concepts of the transitional approach to managing change », dans Klein, L. (dir.), *Working With Organizations, Papers to Celebrate the 80th Birthday of Harold Bridger*, Loxwood, Kestrel Print.

⁷⁰ Crosby, B. (1996). « Policy implementation: The organizational challenge », *World Development* 24, (9).

Sur la scène politique, les constatations révèlent que les efforts de promotion déployés par un député (Tom Wappel) ont facilité le processus, particulièrement à l'étape de l'« idée de politique ». Par exemple, dès 1989, M. Wappel a présenté plusieurs projets de loi des députés militant en faveur de l'étiquetage nutritionnel obligatoire. De l'avis d'un répondant clé :

[Traduction] *Les efforts déployés par M. Wappel ont rapidement démontré qu'il existait un solide appui public et politique à l'égard de l'étiquetage nutritionnel obligatoire, en principe (...) qui plus est, des années plus tard, un secrétaire parlementaire du ministre de la Santé (38^e Législature) a reconnu, à la Chambre des communes, le rôle important de M. Wappel en tant que champion des règles sur l'étiquetage nutritionnel qui font désormais partie intégrante de notre législation fédérale en matière de protection de la santé.*

■ Rôle des « agents de changement »

Des « agents de changement » ont été identifiés dans diverses structures, y compris, mais sans s'y limiter, Santé Canada, le Comité consultatif sur l'étiquetage nutritionnel et les groupes de travail d'experts. De façon importante, des « agents de changement » ont également été identifiés à l'échelon politique supérieur. Dans l'étude, la réussite politique était liée à la connaissance, aux compétences et à la personnalité des « agents de changement ».

[Traduction] « *Je pense que cela avait également beaucoup à voir avec les responsables du dossier (...) ils étaient très passionnés et de véritables visionnaires (...)* »

Au niveau organisationnel, les « agents de changement » étaient généralement des personnes représentant l'autorité et s'intéressant particulièrement à la question. Résultat : ils pouvaient inciter les personnes de leur entourage à travailler à l'étiquetage nutritionnel et à élaborer une politique à cet égard. Les liens solides entre Santé Canada et le milieu politique a facilité le processus, car il était possible de mettre en commun les connaissances et l'expérience, et d'agir.

Lorsqu'il a été question de l'apport important des défenseurs des politiques au niveau du système, les répondants clés ont mentionné à maintes reprises la visibilité du Centre pour la science dans l'intérêt public (CSPI). Comme exemple précis, mentionnons les éditoriaux continus dans le bulletin de l'organisation; le rôle prépondérant dans les campagnes de « lettres »; et les pressions par l'entremise des médias⁷¹. De plus, on a souligné l'intervention de l'Association des consommateurs du Canada (ACC) dans le cadre de la recherche. On a cependant indiqué que, faute d'un solide réseau politique, la contribution de l'ACC aurait été limitée : [Traduction] « *Il aurait été impossible pour l'ACC de prendre de l'avance sur une question comme celle-là, sauf si l'Association y consacrait la plupart de ses ressources* ». Un répondant clé était d'avis que l'ACC aurait pu assumer le soutien des médias concernant l'étiquetage nutritionnel : [Traduction] « *à l'opposé, ils (ACC) semblaient participer très activement à la question de l'étiquetage des aliments génétiquement modifiés durant la période de 1997 à 2003* ».

Les constatations attestaient les aptitudes confirmées des décideurs de Santé Canada à effectuer le travail « en coulisse » qui était si essentiel. Voici comment un répondant clé a décrit l'apport d'une « agente de changement » : [Traduction] « *Elle passait pas mal de temps au téléphone entre les réunions avec les gens, comme les représentants de l'industrie, pour déterminer où ils en étaient (...)* ». De plus, on estimait que les traits de caractère étaient

⁷¹ Nota : En 1997, le CSPI a publié un document d'opinion clé intitulé *Canadian Nutrition Labelling: A Call for Reform*. Accessible à : <http://www.cspinet.org/reports/canlabel.html>. Accès : 26 juillet 2007.

également importants : [Traduction] « *Sa merveilleuse exubérance nous permettait de traverser les moments difficiles (...) elle était toujours enthousiaste* ».

À l'échelon politique supérieur, le profond intérêt manifesté était un facteur de réussite essentiel dans l'initiative sur l'étiquetage nutritionnel. Les décideurs de Santé Canada ont insisté sur l'importance de renforcer l'appui à l'échelon du sous-ministre (SM) et du sous-ministre adjoint (SMA) : [Traduction] « *(...) toute modification proposée au règlement doit obtenir l'appui du SM et du ministre de sorte que cela est absolument essentiel* ».

En résumé, les constatations de l'étude de cas indiquent que les événements s'alignaient de telle manière que les « champions » au gouvernement fédéral travaillaient en parallèle avec un puissant pouvoir politique, intéressé au même programme. De façon importante, ces constatations font ressortir la nature politique du processus d'élaboration des politiques.

Il y a innovation en matière de politiques lorsque (...) les « champions » influents au niveau organisationnel et les « défenseurs des politiques » au niveau systémique assurent la progression de l'idée politique avec pour objectif principal de réaliser la convergence des intervenants sur le plan d'action proposé.

3.2.4 Convergence des intervenants

La présente section du rapport analyse la démarche ayant mené à la convergence des intervenants en commençant par une hypothèse soulevée par plusieurs répondants clés durant les entrevues. Pour mettre en lumière le processus de convergence, les chercheurs ont utilisé un outil analytique décrit dans la documentation sur les politiques⁷² afin de dresser le profil de la collectivité de l'étiquetage nutritionnel, à deux moments donnés de l'Étude de cas canadienne. Les changements subtils constatés dans les diagrammes de la collectivité d'élaboration des politiques entre 1996 et 2002 (annexe 4, figures 1 et 2) se sont révélés utiles pour permettre aux chercheurs de mieux comprendre la convergence des intervenants au chapitre du processus d'élaboration des politiques sur l'étiquetage nutritionnel, les allégations relatives à la teneur en éléments nutritifs et les allégations relatives à la santé.

« Un tabouret à trois pattes? »

En décrivant la démarche ayant mené à la convergence des intervenants, un répondant clé a utilisé l'analogie d'un [Traduction] « *tabouret à trois pattes* » :

[Traduction] « *L'industrie exerçait des pressions formidables pour qu'on aille de l'avant non pas sur l'étiquetage nutritionnel [obligatoire], mais sur les allégations relatives à la teneur en éléments nutritifs et les allégations relatives à la santé. Or, pour le gouvernement, ces aspects étaient indissociables (...). On pourra le faire en fonction des allégations relatives à la santé et des allégations relatives à la teneur en éléments nutritifs, et cela sera lié à l'information nutritionnelle adéquate sur les étiquettes des aliments (...). Voilà comment on en est venu à un « tabouret à trois pattes ».*

D'après les constatations de l'étude de cas, c'est là une explication exagérément simpliste de la démarche ayant mené à la convergence des intervenants à propos de l'étiquetage

⁷²Pross, P. A. (1992). *Group politics and public policy*. (2^e éd.) Toronto (Ontario), Oxford University Press.

nutritionnel. Outre l'analogie du [Traduction] « *tabouret à trois pattes* » présenté ci-dessus, les données probantes évoquaient l'idée que, en réalité, c'est la possibilité des allégations relatives à la santé qui a incité l'industrie à « participer » pleinement. Un répondant clé a expliqué : [Traduction] « *les allégations relatives à la santé représentaient un aspect si mineur (...) nous travaillons toujours avec Santé Canada pour clarifier davantage les allégations relatives à la santé* ». La personne a laissé entendre que les observations scientifiques sont actuellement disponibles pour que le gouvernement fédéral puisse étoffer la liste des allégations permises relatives à la santé.

Un autre répondant clé a mentionné l'analogie du [Traduction] « *tabouret à trois pattes* » et conclu que l'idée minimisait un facteur de réussite essentiel, notamment [Traduction] « *l'engagement résolu de l'échelon politique supérieur à l'égard de l'étiquetage nutritionnel obligatoire* ». Le répondant a ajouté que, faute d'un important appui politique, la possibilité des allégations relatives à la santé n'aurait pas suffi pour que l'on obtienne la coopération de l'industrie alimentaire.

Convergence des intervenants : une explication vraisemblable fondée sur les données probantes

Premièrement, la convergence est attribuable à la mise en place et à la consolidation rapides de l'étiquetage nutritionnel entre les partisans qui comprenaient les intervenants internes (au gouvernement fédéral) et externes (dans l'industrie, le milieu universitaire, les ONG, les associations de professionnels de la santé et les organismes de défense des consommateurs). Une constatation principale appuie la notion selon laquelle les intervenants étaient fortement d'accord avec un cadre de santé commun au début des consultations.

Deuxièmement, la convergence des intervenants s'explique par la mise en œuvre d'un processus d'élaboration des politiques innovateur et très axé sur la consultation. Les décideurs comptaient sur de multiples formes de données probantes et des critères décisionnels clairement articulés, ce qui a contribué à la réussite du modèle interactif (figure 2, page 24). De plus, la capacité d'obtenir des ressources restreintes et l'utilisation efficace de nouvelles technologies d'information et de communication sur le Web pour susciter l'engagement des citoyens représentaient des facteurs de réussite essentiels.

Troisièmement, les données probantes de l'étude de cas attestent sans réserve le rôle crucial des « champions » dans l'organisation et à l'échelon politique. L'apport des défenseurs des politiques au niveau systémique renforçait leur travail. Ensemble, les « champions », les hauts fonctionnaires et les défenseurs des politiques ont assuré la progression de l'étiquetage nutritionnel vers un résultat fructueux (c.-à-d. la convergence des intervenants).

En résumé, à l'arrêt progressif du processus en 2002, les décideurs pouvaient établir solidement le bien-fondé du regroupement de trois idées politiques interreliées en une série de mesures exhaustives. Le moment choisi jouait également en faveur de Santé Canada, car l'intérêt politique à l'égard de l'étiquetage nutritionnel était important, y compris le soutien déclaré des élus de premier plan.

Il y a innovation en matière de politique lorsque (...) le processus d'élaboration des politiques est très bien réglé et suffisamment souple pour reconnaître la « coïncidence » (c.-à-d. qu'il peut tirer profit des occasions imprévues et des résultats fortuits).

4. Conclusions



Aux yeux de bon nombre des personnes du secteur des politiques liées à la santé, le processus d'élaboration des politiques sur l'étiquetage nutritionnel est innovateur. À l'époque où le règlement a été annoncé à la fin de 2002, la ministre fédérale de la Santé soutenait que la portée de la réglementation obligatoire, associée à la présentation de l'information, plaçait le Canada à l'avant-plan de l'étiquetage nutritionnel à l'échelle mondiale. La ministre a déclaré :

L'information nutritionnelle est essentielle pour permettre aux Canadiennes et aux Canadiens de faire des choix plus sains. Le tableau de la *Valeur nutritive* facilite la comparaison, évalue la valeur nutritive d'un plus grand nombre d'aliments et permet au consommateur de choisir ce qui convient à un régime alimentaire particulier⁷³.

Un représentant d'un organisme influent de défense des intérêts était d'accord avec la ministre, qualifiant le règlement d'[Traduction] « *exemple idéal* » pour l'étiquetage nutritionnel dans le monde entier⁷⁴. Un porte-parole de l'industrie a déclaré : [Traduction] « *Nous appuyons les modifications réglementaires comme moyen permettant de mieux informer les Canadiennes et les Canadiens... en somme, il s'agit d'aider les consommateurs canadiens à faire des choix alimentaires éclairés (...)*⁷⁵ » Le représentant d'une ONG a conclu : [Traduction] « *(...) les initiatives axées sur la santé comme celles-là peuvent rapporter beaucoup (...) on a estimé qu'un investissement important au chapitre de la prévention pouvait réduire le recours aux soins de santé de 10 % sur une période de 10 ans*⁷⁶ ».

Dans la présentation des conclusions, nous organisons les constatations selon le cadre intitulé « Un modèle interactif d'obtention d'un consensus sur l'élaboration des politiques » (figure 2). Le cadre est utile pour examiner la capacité d'élaboration des politiques à trois niveaux, soit individuel, organisationnel et systémique. De plus, les composantes du cadre et leur interaction font ressortir les facteurs de réussite clés menant à la convergence des intervenants et, en dernier ressort, à l'adoption des politiques.

⁷³ « Santé Canada annonce de nouvelles dispositions régissant l'étiquetage nutritionnel pour aider tous les Canadiens à faire des choix alimentaires éclairés ». (2 janvier 2003). *Communiqué de Santé Canada*, p. 4.

⁷⁴ Nouvelle réglementation sur l'étiquetage nutritionnel. (2 janvier 2003). *Séance d'information de Santé Canada* (transcription), p. 10.

⁷⁵ Nouvelle réglementation sur l'étiquetage nutritionnel, ouvrage déjà cité, p. 8.

⁷⁶ Nouvelle réglementation sur l'étiquetage nutritionnel, ouvrage déjà cité, p. 5.

4.1 Capacité d'élaborer des politiques au niveau individuel

Comme l'illustre le tableau 4, dans l'étude de cas, « individuel » renvoie aux membres du Comité consultatif sur l'étiquetage nutritionnel, aux groupes d'experts et aux « champions » dans le secteur des politiques liées à la santé au gouvernement fédéral. Au niveau individuel, les capacités d'élaborer des politiques sont décrites en fonction des valeurs et des croyances, du leadership, de la connaissance et des compétences, des partenariats et des capacités de réseautage, en combinaison avec d'autres qualités.

Dans l'étude, les capacités regroupées d'élaborer des politiques au niveau individuel étaient élevées, avec des lacunes constatées dans la mobilisation des ressources internes. On a repéré d'autres lacunes dans le domaine du soutien organisationnel avec des indications donnant à penser que, dans certaines situations, on aurait pu améliorer la clarté ou la transparence des lignes directrices des politiques et des directives à Santé Canada (se reporter au tableau 4 pour des exemples).

Tableau 4. Capacité d'élaborer des politiques au niveau individuel : ÉLEVÉE
(p. ex. les membres des comités consultatifs, les groupes d'experts)

Catégorie	Capacité d'élaborer des politiques	Capacités documentées (exemples seulement)
Valeurs et croyances	Élevée	Conformité avec les principes de base de promotion de la santé et de santé de la population; engagement des citoyens; etc.
Leadership	Élevée	Vision claire; innovateur; personnes qui prennent des risques; cherchent activement des idées nouvelles; favorables au changement
Connaissance et compétences	Élevée	Compétence en analyse de l'information; adaptation des connaissances aux tâches à effectuer; réflexion critique; connaissance des procédures
Ressources	Moyenne	Capacité de mobiliser les ressources financières limitée au sein de Santé Canada, particulièrement aux premières étapes; réussit à obtenir des ressources non financières par le truchement de détachements; etc.
Soutien organisationnel	Moyenne	Les lignes directrices et les directives en matière de politiques à Santé Canada ne sont pas toujours claires ou transparentes
Partenariats	Élevée	Tels qu'ils sont documentés (Réseau en matière de politiques, annexe 4)
Réseautage	Élevée	Tel qu'il est documenté (Remaniement, section 3.2.1)

Source : Adapté de *Capacities Required for Policy Adoption and Adaptation* (Bowen et Zwi, 2005)⁷⁷.

⁷⁷ Bowen, S. et A. B Zwi, ouvrage déjà cité, p. 603.

4.2 Capacité d'élaborer des politiques au niveau organisationnel

Comme l'illustre le tableau 5, dans l'étude de cas, « organisation » renvoie au gouvernement fédéral (c.-à-d. les directions générales, les ministères et les organismes). Au niveau organisationnel, les capacités d'élaborer des politiques sont décrites en fonction de structures et de processus, de la capacité d'obtenir et d'affecter des ressources, de partenariats avec d'autres directions générales et organismes du gouvernement, du leadership, en combinaison avec d'autres qualités.

Dans l'étude, les capacités regroupées d'élaborer des politiques au niveau organisationnel étaient moyennes, avec des lacunes constatées dans la mobilisation des ressources, particulièrement au début du processus. On a repéré d'autres lacunes dans la capacité du gouvernement de faire participer activement d'autres ministères et organismes principaux à toutes les étapes du processus d'élaboration des politiques (se reporter au tableau 5 pour des exemples).

Tableau 5. Capacité d'élaborer des politiques au niveau organisationnel : MOYENNE
(p. ex. au gouvernement fédéral)

Catégorie	Capacité d'élaborer des politiques	Capacités documentées (exemples seulement)
Processus d'élaboration des politiques et procédures	Moyenne	Processus innovateur et inédit; liens avec les « champions » – facteur de réussite clé; le processus décisionnel très centralisé à Santé Canada est désigné comme un obstacle; les systèmes ou processus visant à appuyer les travaux ne se repèrent pas facilement durant les premières étapes; la nature « arrêt-départ » du processus est problématique
Partenariats	Moyenne	Réussite manifeste dans certains secteurs (p. ex. le soutien d'Agriculture et Agroalimentaire Canada à l'égard de la recherche des besoins des consommateurs; rôle du Groupe F-P-T sur la nutrition). Des ministères ou organismes fédéraux, devant éventuellement jouer un rôle, se faisaient beaucoup plus discrets
Affectation des ressources	Faible à moyenne	Réussite initiale limitée dans l'obtention de ressources non financières ou d'expertise technique; l'obtention des ressources de l'ACIA pour la conformité et la mise en œuvre constituait un obstacle au début (voir Cloisonnements politiques, section 3.2.2)
Leadership	Moyenne	Les cloisonnements politiques limitaient en partie le soutien à l'égard de l'innovation en matière des politiques et des processus de gestion du changement dans l'organisation (voir Cloisonnements politiques, section 3.2.2)
Connaissance et compétences	Élevée	Effectif compétent et hautement qualifié (décideurs, chercheurs, etc.); le travail des « agents de changement » est reconnu dans le système fédéral

Source : Adapté de *Capacities Required for Policy Adoption and Adaptation* (Bowen et Zwi, 2005)⁷⁸.

⁷⁸ Bowen, S. et A. B. Zwi, ouvrage déjà cité, p. 603.

4.3 Capacité d'élaborer des politiques au niveau systémique

Comme l'illustre le tableau 6, dans l'étude de cas, « système », renvoie à tout le réseau de politiques, y compris l'industrie, le milieu universitaire, les ONG, les professionnels de la santé et les consommateurs. Les principaux indicateurs des capacités d'élaborer des politiques au niveau systémique sont les processus, la volonté politique, l'apport des défenseurs des politiques de même que les autres personnes. Au niveau systémique, le renforcement des capacités exige des éléments probants de la rentabilité de même que l'« acceptation » des puissants groupes de défense des intérêts et des leaders d'opinion.

Dans l'étude, les capacités regroupées d'élaborer des politiques au niveau systémique étaient élevées, avec le soutien manifeste à l'échelon politique d'aller de l'avant avec l'étiquetage nutritionnel. Les éléments probants de la rentabilité, recueillis au moyen de la recherche, ont contribué à réduire les obstacles au niveau systémique, comme l'a fait le soutien des « défenseurs des politiques » au sein de la collectivité générale des intervenants (se reporter au tableau 6 pour des exemples).

Tableau 6. Capacité d'élaborer des politiques au niveau systémique : ÉLEVÉE

(p. ex. l'industrie, le milieu universitaire, les organisations des professionnels de la santé, les ONG, les consommateurs)

Catégorie	Capacité d'élaborer des politiques	Capacités documentées (exemples seulement)
Politique	Élevée	Engagement fort au niveau politique; le <i>Plan d'action pour la nutrition</i> était un catalyseur pour faire progresser l'étiquetage nutritionnel; les réseaux politiques ont donné lieu à l'échange d'information de part et d'autre qui a facilité le processus
Économie	Élevée	Données probantes de la rentabilité recueillies au moyen de la recherche; les intervenants ont apporté des ressources au processus
Idéologie	Élevée	Valeurs partagées dans le milieu des intervenants quant à la manière dont les connaissances sont créées et les enjeux, formulés
Valeurs	Élevée	Soutien des « défenseurs des politiques », des agents politiques puissants et des groupes (p. ex. CSPI, CCC, etc.); le gouvernement appréciait l'enjeu et la mesure proposée

Source : Adapté de *Capacities Required for Policy Adoption and Adaptation* (Bowen et Zwi, 2005)⁷⁹.

En somme, les constatations regroupées de l'Étude de cas canadienne résumées dans les tableaux 4, 5 et 6 appuient sans réserve la conclusion suivante :

La capacité élevée d'élaborer des politiques aux niveaux individuel et systémique, doublée de la capacité moyenne d'élaborer des politiques au niveau organisationnel, ont mené à la convergence des intervenants en matière d'étiquetage nutritionnel et, en dernier ressort, à l'adoption de politiques.

⁷⁹ Bowen, S. et A. B. Zwi, ouvrage déjà cité, p. 603.

5. Leçons apprises et recommandations



La présente section du rapport expose les leçons apprises pour l'élaboration des politiques et les recommandations qui sont soumises à l'examen des décideurs du gouvernement, des représentants élus, des responsables des politiques, des analystes des politiques et des représentants des associations de professionnels de la santé, des ONG, des groupes de défense des intérêts et d'autres intervenants intéressés au processus d'élaboration des politiques.

5.1 Confirmation des constatations des études des politiques antérieures

Les leçons ci-après recueillies dans le cadre de l'Étude de cas canadienne confirment les constatations associées aux études des politiques antérieures :

1. Outre une connaissance approfondie de la question, les intervenants devaient posséder de bonnes habiletés en communications interpersonnelles et avoir accès aux ressources pour jouer un rôle efficace dans le processus d'élaboration des politiques.
2. L'accord rapide des membres de la collectivité des politiques concernant la formulation de la question facilite grandement le processus d'élaboration des politiques.
3. Les formes multiples de données probantes et de sources d'information sont requises pour l'élaboration des politiques. Dans la présente étude, les observations scientifiques étaient enrichies des données sur la rentabilité, des études appuyées par l'industrie et de la recherche des besoins des consommateurs.
4. Les processus d'élaboration des politiques sont souvent chaotiques et imprévisibles. Les responsables des politiques doivent faire preuve de souplesse et d'habileté pour s'adapter aux circonstances changeantes.
5. Le choix du moment est essentiel à l'élaboration fructueuse des politiques. Les responsables des politiques doivent être capables d'agir rapidement lorsque l'occasion se présente en matière de politique.

5.2 Nouvelles leçons apprises

Voici les principales leçons apprises dans le cadre de l'Étude de cas canadienne :

1. Lorsque la capacité organisationnelle d'élaborer des politiques est faible, en partie à cause d'un manque de ressources ou d'une restructuration, les responsables des politiques doivent mettre en œuvre des pratiques stratégiques de gestion du changement pour surmonter les obstacles.
2. La demande du public à l'égard d'une vaste consultation des intervenants et d'un engagement valable des citoyens au moyen de nouvelles technologies d'information et de communication contribue à l'innovation en matière de politiques.
3. La perception des intervenants à l'égard du processus d'élaboration des politiques peut être très différente de celle des responsables des politiques. Par exemple, dans la présente étude, les intervenants ont décrit l'élaboration des politiques comme un processus « arrêt-départ », caractérisé par des retards inexplicables et longs. Par ailleurs, les décideurs ont mentionné que le processus d'élaboration des politiques, particulièrement les travaux complexes associés à la transition entre les modifications proposées (*Gazette du Canada*, Partie I, 16 juin 2001) et la publication du règlement sur l'étiquetage nutritionnel obligatoire (*Gazette du Canada*, Partie II, 1^{er} janvier 2003), s'était déroulé à une vitesse inouïe.

4. Outre la constatation énoncée au point 3 ci-dessus, le processus décisionnel décentralisé, des directives stratégiques claires ou transparentes et des processus de communication efficaces sont utiles pour a) combler le manque de connaissances dans le milieu des politiques, b) établir des attentes et des échéanciers réalistes et c) faciliter la participation active des intervenants.
5. Des partenariats authentiques entre le gouvernement, l'industrie et la collectivité générale des intervenants renforcent le processus d'élaboration des politiques tout en améliorant les résultats.
6. Les cloisonnements politiques au niveau organisationnel peuvent saboter l'élaboration des politiques au niveau intersectoriel. Il est possible de réduire les obstacles grâce à des pratiques efficaces de gestion du changement et à des processus innovateurs de consultation et de communication transsectoriels.
7. Il est possible d'atténuer les obstacles à la mise en œuvre des politiques grâce à l'acceptation et au soutien manifeste des intervenants puissants aux étapes d'élaboration et de prise de décisions du cycle des politiques.

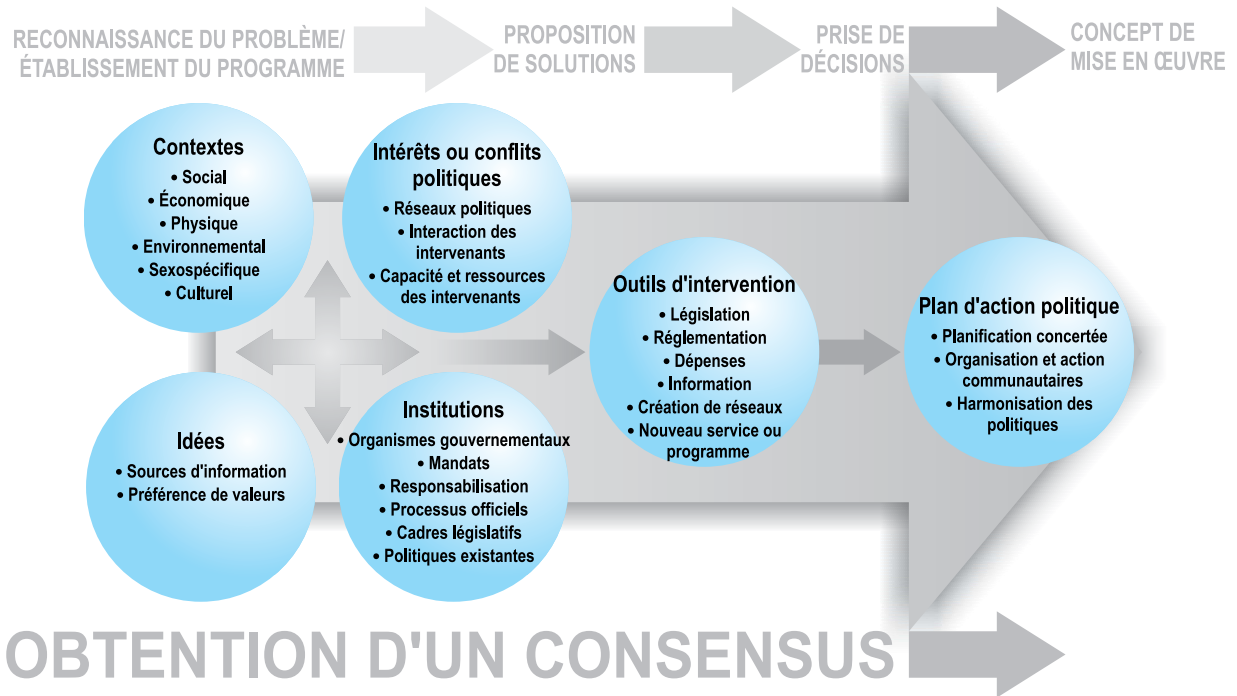
5.3 Recommandations relatives à la recherche future

Les recommandations qui suivent ont trait aux domaines futurs de recherche et d'enquête en matière de politique liée à la santé :

1. La recherche sur la mise en œuvre du règlement sur l'étiquetage nutritionnel obligatoire au Canada devrait aborder les manques de données probantes ayant trait à la pertinence, à la progression, à l'efficacité, à l'efficacé et à l'impact. La disponibilité de données de base serait utile à cet égard, particulièrement pour l'évaluation des connaissances, des attitudes et des comportements des consommateurs.
2. La recherche visant à examiner l'efficacité des logos ou des programmes sur l'étiquetage nutritionnel parrainés par l'industrie et les ONG est recommandée afin de déterminer s'il y a synergie avec la réglementation sur l'étiquetage nutritionnel obligatoire et les initiatives éducatives élaborées par le gouvernement fédéral.
3. La recherche devrait porter sur divers modèles et approches du processus d'élaboration des politiques. Par exemple, une étude future pourrait être axée sur le processus 2005-2006 et les résultats d'un groupe d'étude multipartite (dirigé par Santé Canada et la Fondation des maladies du cœur du Canada) qui serait chargé d'élaborer des recommandations et des stratégies visant à réduire le plus possible les *gras trans* dans les aliments canadiens.
4. Pour expliquer en détail les facteurs de réussite essentiels et les obstacles à l'élaboration des politiques et à leur adoption, il serait utile de mener une étude sur le processus d'élaboration des politiques n'ayant pas donné lieu à la convergence des intervenants.
5. La recherche future devrait employer la méthodologie de l'Étude de cas canadienne pour l'examen d'une idée politique complexe (p. ex. la sécurité des aliments; la prévention et le contrôle de l'obésité chez les enfants) qui exige une approche intégrée, à paliers multiples et intersectorielle de l'élaboration, de l'adoption, de la mise en œuvre et de l'évaluation des politiques.
6. Étant donné la pénurie des données sur la capacité d'élaborer des politiques, la recherche visant à expliquer les indicateurs clés au niveau individuel, organisationnel et systémique contribueraient grandement à la base de connaissances.

ANNEXE 1 :

Cadre analytique — Étape de l'élaboration des politiques



ANNEXE 2 :

Étude de cas canadienne – Projet CARMEN Guide d’entrevue des répondants clés



Titre de l’Étude de cas canadienne

Élaboration des politiques sur l’étiquetage nutritionnel, les allégations relatives à la teneur en éléments nutritifs et les allégations relatives à la santé au Canada

Principales questions de recherche

Les principales questions de politique exigeant une recherche attentive durant la phase 1 de l’Étude de cas canadienne comprennent, mais sans s’y limiter, les suivantes :

1. Quels étaient les processus d’élaboration et d’approbation des politiques sur l’étiquetage nutritionnel, les allégations relatives à la teneur en éléments nutritifs et les allégations relatives à la santé?
2. Quels étaient les principaux facteurs et conditions influant sur l’élaboration et l’approbation des politiques sur l’étiquetage nutritionnel, les allégations relatives à la teneur en éléments nutritifs et les allégations relatives à la santé?
3. Quelles étaient les leçons marquantes apprises au sujet de la conception et de la mise en œuvre des approches intersectorielles en matière d’élaboration et d’approbation des politiques?
4. Quelles sont les questions supplémentaires soulevées qui touchent la mise en œuvre des politiques sur l’étiquetage nutritionnel, les allégations relatives à la teneur en éléments nutritifs et les allégations relatives à la santé?

Concept clé	Orientation	Questions d’entrevue
1. INSTITUTIONS 2. CONTEXTE <i>Interviewer : J’aimerais commencer par quelques questions générales au sujet de votre organisation (ministère, entreprise, organisation, etc.) et de son rôle dans l’élaboration des politiques en matière de nutrition.</i> <i>Interviewer : Ensuite, j’aimerais comprendre un peu plus le contexte politique dans lequel se déroulait l’élaboration de la réglementation sur l’étiquetage nutritionnel, les allégations relatives à la teneur en éléments nutritifs et les allégations relatives à la santé.</i> <i>Interviewer : Faisant le pont entre le passé et le présent, la prochaine question vise à déterminer le contexte actuel des politiques en matière de nutrition.</i>	Mandat de l’ONG, du ministère, etc. Désignation des organismes responsables Contexte politique antérieur Structures et processus officiels de prise de décisions Contexte politique actuel	Quel était le mandat de votre organisation (ministère, entreprise, organisation, etc.) dans le cadre de l’élaboration des politiques sur l’étiquetage nutritionnel, les allégations relatives à la teneur en éléments nutritifs et les allégations relatives à la santé? Quel était <u>votre rôle</u> dans le processus d’élaboration et d’approbation des politiques? Comment le gouvernement fédéral a-t-il déterminé que les politiques en matière de nutrition constituaient une priorité à l’époque de l’élaboration de la réglementation sur l’étiquetage nutritionnel, les allégations relatives à la teneur en éléments nutritifs et les allégations relatives à la santé (p. ex. la priorité faible, moyenne ou élevée)? À l’époque, quels étaient les processus et structures officiels d’élaboration et d’approbation des politiques en matière de nutrition? Aujourd’hui, quelle priorité le gouvernement fédéral accorde-t-il aux politiques en matière de nutrition (p. ex. une priorité faible, moyenne ou élevée)? Veuillez expliquer.

Concept clé	Orientation	Questions d'entrevue
<p>3. IDÉES</p> <p><i>Interviewer : J'aimerais entendre vos idées au sujet du processus d'élaboration des politiques ayant mené à la réglementation sur l'étiquetage nutritionnel, les allégations relatives à la teneur en éléments nutritifs et les allégations relatives à la santé.</i></p> <p><i>Vous n'êtes peut-être pas en mesure de répondre à chaque question. C'est pourquoi nous dressons un portrait global au moyen des commentaires provenant de sources multiples.</i></p>	<p>Rôle des idées dans la définition du problème et l'établissement du programme (reconnaissance de problème)</p> <p>Quelles sont les idées soumises et qui les a soumises?</p>	<p>Qui a porté à l'attention du gouvernement la question touchant l'étiquetage nutritionnel, les allégations relatives à la teneur en éléments nutritifs et les allégations relatives à la santé?</p> <p>De quelle manière la question a-t-elle été formulée? Par qui?</p> <p>Que pensez-vous des raisons pour lesquelles la question a été formulée ainsi?</p> <p>Comment auriez-vous aimé qu'elle soit formulée? Pour quelles raisons?</p> <p>Y avait-il des points de vue divergents relativement à la formulation de la question? Dans l'affirmative, veuillez expliquer.</p> <p>Quel était le point de vue privilégié du gouvernement? Veuillez expliquer.</p> <p>Pourquoi le gouvernement a-t-il décidé d'ajouter la question à son programme d'action au moment où il l'a fait?</p>
<p>4. OUTILS D'INTERVENTION 5. CONFLITS OU INTÉRÊTS POLITIQUES</p> <p><i>Interviewer: À présent, j'aimerais aborder les outils d'intervention ou les différentes stratégies (solutions) envisagées et, en dernier ressort, choisies pour donner suite à la question touchant l'étiquetage nutritionnel, les allégations relatives à la teneur en aliments nutritifs et les allégations relatives à la santé.</i></p>	<p>Outils d'intervention accessibles au gouvernement pour aborder la question définie</p> <p>Propositions de politiques prises en considération</p> <p>Proposition de politiques choisies et justification</p>	<p>Quelle est la gamme ou combinaison d'outils d'intervention désignée pour aborder la question? Qui s'en est chargé?</p> <p>Quels outils d'intervention le gouvernement a-t-il privilégiés (p. ex. l'information, la législation, la réglementation, la fiscalité)?</p> <p>Quels sont les facteurs ou les conditions ayant influé sur le choix des outils d'intervention?</p> <p>Parmi ces facteurs et conditions, lesquels étaient les plus importants pour avoir un effet sur l'élaboration et l'approbation de la réglementation sur l'étiquetage nutritionnel, les allégations relatives à la teneur en éléments nutritifs et les allégations relatives à la santé?</p> <p>Est-ce que la prise de décisions concernant le choix des outils d'intervention prêtait à controverse? Veuillez expliquer.</p> <p>Est-ce que des personnes ou des groupes semblaient contrôler le processus d'élaboration des politiques? Veuillez expliquer.</p> <p>Y a-t-il eu des conséquences non voulues découlant du choix des outils d'intervention?</p>

Concept clé	Orientation	Questions d'entrevue
<p>6. PLAN D'ACTION POLITIQUE</p> <p><i>Interviewer: J'aimerais entendre vos réflexions au sujet des partenariats ou des liens et de leur rôle dans la formulation et l'approbation de la réglementation sur l'étiquetage nutritionnel, les allégations relatives à la teneur en éléments nutritifs et les allégations relatives à la santé.</i></p>	<p>Collaboration intersectorielle</p> <p>Animateurs et obstacles</p>	<p>À quels processus et structures a-t-on eu recours pour faciliter la mise au point d'un plan d'action visant l'élaboration et l'approbation de la réglementation sur l'étiquetage nutritionnel, les allégations relatives à la teneur en éléments nutritifs et les allégations relatives à la santé?</p> <p>Quels étaient les partenariats et les liens existants, ou créés, pour faciliter l'élaboration d'un plan action?</p> <p>Y a-t-il eu des secteurs clés ou des organisations qui n'ont pas participé à l'élaboration d'un plan d'action? Veuillez expliquer.</p> <p>Quelles étaient les contributions particulières de chacun des partenaires?</p> <p>Quels étaient les principaux obstacles à la collaboration intersectorielle dans le processus d'élaboration et d'approbation des politiques? De quelle manière ont-ils été surmontés?</p> <p>Quels étaient les facteurs habilitants? De quelle manière aurait-on pu les renforcer?</p> <p>Quels ont-été les résultats les plus importants associés à la collaboration de votre ministère, organisation ou entreprise avec d'autres secteurs dans l'élaboration et l'approbation de la réglementation sur l'étiquetage nutritionnel, les allégations relatives à la teneur en éléments nutritifs et les allégations relatives à la santé?</p>
<p>7. APPLICATION DES CONSTATATIONS</p>	<p>Approches intégrées de la prévention et du contrôle des maladies chroniques</p>	<p>En ce qui a trait à la prévention et au contrôle des maladies chroniques (p. ex. la maladie cardiovasculaire, le diabète et certains types de cancer), quelles sont les plus importantes leçons apprises pouvant s'appliquer à d'autres domaines « ayant des lacunes en matière de politiques »?</p>
<p>Conclusion de l'entrevue</p> <p><i>Interviewer: Merci pour vos réponses perspicaces et votre contribution importante à l'étude. D'ici les deux prochaines semaines, vous recevrez par courriel une transcription de l'entrevue, comme il est indiqué dans la lettre d'information.</i></p>		<p>Aimeriez-vous ajouter autre chose au sujet du processus d'élaboration des politiques concernant l'étiquetage nutritionnel, les allégations relatives à la teneur en éléments nutritifs et les allégations relatives à la santé?</p> <p>Selon vous, y a-t-il une personne clé que je devrais interviewer en raison de son rôle dans le présent processus d'élaboration des politiques?</p>

ANNEXE 3 :

Étiquetage nutritionnel obligatoire : Guide pour l'emballage des aliments et des boissons au Canada





Étiquetage nutritionnel obligatoire

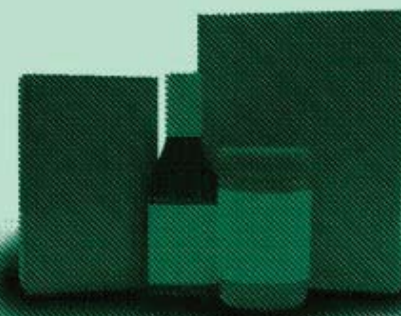
Guide pour l'emballage des aliments et des boissons au Canada

Introduction

La réglementation sur l'étiquetage nutritionnel obligatoire de Santé Canada pour les produits alimentaires et les boissons vendus au Canada est entrée en vigueur le 12 décembre 2002 et comprend une période de mise en conformité de trois ans pour les entreprises du domaine des aliments et des boissons ayant des ventes annuelles supérieures à un million de dollars au Canada et de cinq ans pour celles ayant des ventes inférieures à un million de dollars.

De même, le présent Guide définit brièvement les allégations relatives à la teneur en éléments nutritifs et les nouvelles allégations relatives à la santé qui ont été permises dans le cadre de cette réglementation.

Pour les détails complets afférents à l'étiquetage nutritionnel obligatoire au Canada, veuillez consulter la Gazette du Canada, Partie II, Règlement modifiant le Règlement sur les aliments et drogues (étiquetage nutritionnel, allégations relatives à la teneur en éléments nutritifs et allégations relatives à la santé). Il est possible d'obtenir le présent document auprès de Santé Canada à Ottawa ou de le consulter sur le site Web du gouvernement du Canada (<http://canadagazette.gc.ca/partII/2003/20030101/pdf/g2-13701.pdf>), à partir de la page 154 du dossier pdf.



Éléments clés

- La réglementation sur l'étiquetage nutritionnel s'applique à tous les aliments préemballés et boissons vendus au Canada.
- Santé Canada a établi les spécifications de formats pour les tableaux de la Valeur nutritive (voir à l'intérieur pour quelques possibilités de formats, de tailles de la police, de couleurs, etc.)
- Le tableau de la Valeur nutritive doit contenir l'information suivante :
 - la quantité de la portion;
 - les calories;
 - 13 éléments nutritifs (voir le tableau contigu).
- La valeur nutritive doit toujours utiliser la même terminologie prescrite (p. ex. la teneur en lipides doit toujours être exprimée comme suit : « lipides » ou « total des lipides »).
- Le calcul de la valeur nutritive doit toujours se fonder sur la portion indiquée. Les portions par catégorie de produits se trouvent dans le Guide d'étiquetage et de publicité sur les aliments de l'Agence canadienne d'inspection des aliments.
- La valeur nutritive doit être mentionnée en anglais et en français; les modèles bilingues ou unilingues sont permis.
- Le tableau de la Valeur nutritive doit figurer sur l'étiquette extérieure de l'article vendu. Si un emballage contient des ingrédients ou des aliments emballés séparément (p. ex. les emballages multiples), le tableau de la Valeur nutritive doit se trouver sur l'emballage extérieur de l'article vendu.
- Lorsque plus de deux produits préemballés sont regroupés de sorte qu'il n'y a ni étiquette ni emballage extérieur commun (p. ex. les emballages tandem ou les emballages moulants), le tableau de la Valeur nutritive doit être imprimé sur chaque emballage individuel.

Valeur nutritive	
Nutrition Facts	
par 125 mL (87 g) / Per 125 mL (87 g)	
Teneur Amount	% valeur quotidienne % Daily Value
Calories / Calories 80	
Lipides / Fat 0,5 g	1 %
saturés / Saturated 0 g + trans / Trans 0 g	0 %
Cholestérol / Cholesterol 0 mg	
Sodium / Sodium 0 mg	0 %
Glucides / Carbohydrate 18 g	6 %
Fibres / Fibre 2 g	8 %
Sucres / Sugars 2 g	
Protéines / Protein 3 g	
Vitamine A / Vitamin A	2 %
Vitamine C / Vitamin C	10 %
Calcium / Calcium	0 %
Fer / Iron	2 %

Quel modèle s'applique?

Les six étapes suivantes simplifieront le processus et permettront de déterminer le tableau le plus approprié à utiliser.

1 Déterminer le marché cible

Déterminer si le produit est commercialisé pour le grand public ou s'il est expressément destiné aux enfants de moins de deux ans (exemple A). Le présent Guide ne précise pas les options multiples pour les enfants de moins de deux ans; veuillez vous reporter à la réglementation pour plus de précisions (Gazette II, pages 332 à 356 et figures 20.1(E) à 34.1(B)).

2 Choisir un des quatre tableaux non standards si les critères s'appliquent ou le tableau standard (exemple E)

Composé (exemple B)	Double (exemple C)	Simplifié (exemple D)	Renseignements complémentaires [†]
À choisir si l'emballage contient un aliment emballé comme un assortiment, à portions multiples	Peut être choisi si l'emballage contient des aliments qui requièrent l'ajout d'autres ingrédients à préparer	À choisir si l'aliment contient sept des renseignements relatifs aux calories et aux éléments nutritifs pouvant être exprimés par « 0 » (comme défini)	Requis lorsqu'il y a des allégations relatives au contenu d'éléments nutritifs « secondaires », lorsqu'il y a ajout d'un élément nutritif ou si un élément nutritif donne lieu à la déclaration des autres

3 Calculer la surface exposée disponible (SED) (voir page 2)

4 Choisir les tableaux qui correspondent à la SED

SI la SED ≥ cm ²	TABLEAU APPROPRIÉ DE LA VALEUR NUTRITIVE	DIMENSIONS ESTIMÉES [‡] mm x mm	GRANDEUR ESTIMÉE [‡] DU TABLEAU cm ²
401	Standard 1.1	47 x 64 x 2	60,2
323	Standard 1.2	41 x 59 x 2	48,4
244	Standard 1.3	31 x 59 x 2	36,6
223	Standard 1.4	31 x 54 x 2	33,5
205	Standard 1.5	29 x 53 x 2	30,7
193	Standard 1.6	29 x 50 x 2	29,0
355	Standard étroit 2.1	35 x 76 x 2	53,2
308	Standard étroit 2.2	33 x 70 x 2	46,2
258	Standard étroit 2.3	28 x 69 x 2	38,6
205	Standard étroit 2.4	24 x 64 x 2	30,7
277	Standard bilingue 3.1	52 x 80	41,6
219	Standard bilingue 3.2	45 x 73	32,9
195	Standard bilingue 3.3	40 x 73	29,2
154	Standard bilingue 3.4	35 x 66	23,1
143	Standard bilingue 3.5	34 x 63	21,4
138	Standard bilingue 3.6	35 x 59	20,7
114	Standard bilingue 3.7	33 x 52	17,2
221	Horizontal bilingue 4.1	107 x 31	33,2
184	Horizontal bilingue 4.2	95 x 29	27,6
158	Horizontal bilingue 4.3	95 x 25	23,8
146	Horizontal bilingue 4.4	95 x 23	21,9
143	Horizontal bilingue 4.5	113 x 19	21,5
193	Linéaire 16.1	Varie	–
153	Linéaire 16.2	Varie	–
Autres méthodes de présentation (exemple G)			
<100	Indique l'adresse postale ou le numéro sans frais du fabricant (exemple H)		

6 Bâter les tableaux selon les exigences (résumé ci-après)

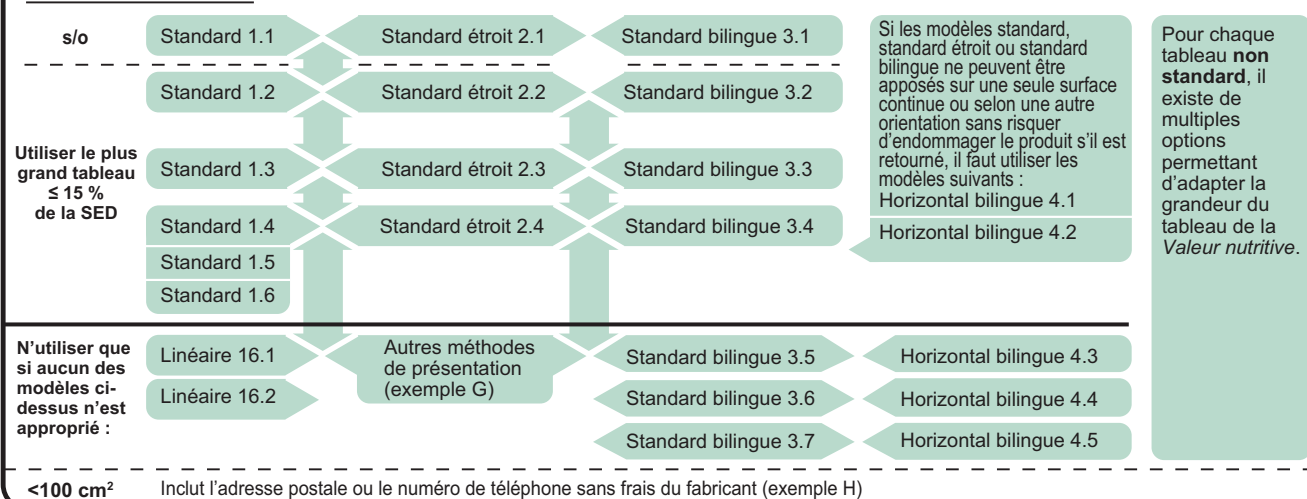
TYPE DE CARACTÈRE [†]	POINT			
	TITRE	COPIE	INTERLIGNE	TRAITS FINS
Largeur normale	13	8	12	0,5
Largeur normale	13	7	11	0,5
À chasse étroite	13	7	11	0,5
À chasse étroite	10	7	10	0,25
À chasse étroite	10	6	10	0,5
À chasse étroite	10	6	9	0,25
Largeur normale	12	8	12	0,5
Largeur normale	11	7	11	0,5
À chasse étroite	10	7	11	0,5
À chasse étroite	10	6	10	0,5
Largeur normale	13	8	12	0,5
Largeur normale	13	7	11	0,5
À chasse étroite	13	7	11	0,5
À chasse étroite	10	6	10	0,5
À chasse étroite	10	6	9	0,25
À chasse étroite	10	6	8	0,25
À chasse étroite	10	6	7	0,25
À chasse étroite	13	7	11	0,5
À chasse étroite	10	6	10	0,5
À chasse étroite	10	6	9	0,25
À chasse étroite	10	6	8	0,25
À chasse étroite	10	6	8	0,25
Largeur normale	10	7	8	s/o
Largeur normale	10	6	7	s/o

[†]Variera en fonction de la quantité, des éléments nutritifs additionnels, de la longueur de chaque ligne et de la police choisie.

5 Répondre aux critères de la SED

Si le tableau de la Valeur nutritive choisi est > 15 % de la SED ou qu'il ne peut figurer sur une seule surface continue, il est possible d'utiliser une version plus petite. Les modèles standard, standard étroit et standard bilingue sont interchangeables. Les modèles figurant en dessous de la barre pleine ne peuvent être utilisés que si toutes les autres options ont été exclues; ces modèles doivent répondre aux spécifications du format du tableau, mais il n'y a aucun critère concernant le % de la SED utilisé.

CRITÈRES DE LA SED



[†]Les caractères normalisés, sans empattement, non décoratifs, sont permis. Recommandé : Helvetica (marque de commerce déposée de Hedelberger Druckmaschinen AG, autorisé sous licence – Linotype).

^{**}Les tableaux sont intitulés et numérotés selon le règlement dans la Gazette du Canada, Partie II. [†]Exemple sur le volet arrière du Guide.

Exemple A :

Aliments pour enfants de moins de deux ans

- La valeur nutritive ne doit pas inclure le % de la valeur quotidienne des lipides, la somme des gras saturés + gras trans, le sodium, les glucides ou les fibres.
- La valeur nutritive peut omettre les quantités de gras saturés + gras trans et de cholestérol.
- La valeur nutritive ne doit pas inclure les calories des lipides ou des gras saturés + trans.
- Il y a 15 options pour ce groupe, notamment unilingue, double, composé et simplifié.

Valeur nutritive / Nutrition Facts	
pour 1 pot (128 mL) Per 1 jar (128 mL)	
Teneur / Amount	
Calories / Calories	110
Lipides / Fat	0 g
Sodium / Sodium	10 mg
Glucides / Carbohydate	27 g
Fibres / Fibre	4 g
Sucres / Sugars	18 g
Protéines / Protein	0 g
% valeur quotidienne / % Daily Value	
Vitamine A / Vitamin A	6 %
Vitamine C / Vitamin C	45 %
Calcium / Calcium	2 %
Fer / Iron	2 %

Standard bilingue 22.1 (B)

Exemple B :

Composé

- Utilisé lorsqu'un emballage contient des aliments emballés séparément qui ne sont habituellement pas consommés en une seule fois.
- La valeur nutritive est donnée pour différentes unités ou portions reflétant des utilisations différentes.

Valeur nutritive / Nutrition Facts						
pour 1 sachet Per 1 pouch	Ordinaire Regular (35 g)		Pomme et cannelle Apple & Cinnamon (35 g)		Érable et cassonade Maple & Brown Sugar (35 g)	
	Teneur Amount	% VQ* % DV*	Teneur Amount	% VQ* % DV*	Teneur Amount	% VQ* % DV*
Calories / Calories	110		140		130	
Lipides / Fat	2 g	3 %	2 g	3 %	1 g	2 %
saturés / Saturated + trans / Trans	0 g	0 %	0 g	0 %	0 g	0 %
Cholestérol / Cholesterol	0 mg		0 mg		0 mg	
Sodium / Sodium	220 mg	9 %	310 mg	13 %	200 mg	8 %
Glucides / Carbohydate	19 g	6 %	26 g	9 %	27 g	9 %
Fibres / Fibre	3 g	12 %	3 g	12 %	3 g	12 %
Sucres / Sugars	1 g		8 g		9 g	
Protéines / Protein	4 g		4 g		3 g	
Vitamine A / Vitamin A	0 %		0 %		0 %	
Vitamine C / Vitamin C	0 %		0 %		0 %	
Calcium / Calcium	2 %		2 %		2 %	
Fer / Iron	6 %		6 %		6 %	

Composé bilingue 11.1 (B)

Exemple C :

Double

Peut être utilisé dans les cas suivants :

- l'aliment doit être préparé selon les indications sur l'emballage;
- l'aliment est habituellement combiné à d'autres ingrédients ou cuit avant d'être consommé;
- la valeur nutritive est indiquée pour différentes unités ou portions qui reflètent des unités différentes.

Valeur nutritive / Nutrition Facts		
pour 1/4 d'emballage (22 g) / Per 1/4 package (22 g) environ 1/2 tasse préparé / About 1/2 cup prepared		
Teneur Amount	Poudre Dry Mix	Préparé [†] Prepared [†]
Calories / Calories	100	140
% valeur quotidienne / % Daily Value		
Lipides / Fat 2 g*	3 %	3 %
saturés / Saturated 1 g + trans / Trans 1 g	10 %	10 %
Cholestérol / Cholesterol	0 mg	
Sodium / Sodium	80 mg	3 %
Glucides / Carbohydate	20 g	7 %
Fibres / Fibre	1 g	4 %
Sucres / Sugars	14 g	
Protéines / Protein	4 g	
Vitamine A / Vitamin A	0 %	6 %
Vitamine C / Vitamin C	0 %	2 %
Calcium / Calcium	0 %	15 %
Fer / Iron	2 %	2 %

* Teneur de la poudre / Amount in dry mix
† 1/2 tasse de lait écrémé ajoute 40 Calories, 65 mg sodium, 6 g glucides (6 g sucres) et 4 g protéines. / 1/2 cup skim milk adds 40 Calories, 65 mg sodium, 6 g carbohydrate (6 g sugars) and 4 g protein.

Double bilingue 9.1 (B)

Exemple D :

Simplifié

- Il est possible d'utiliser un modèle simplifié si l'aliment contient sept des renseignements relatifs aux calories et aux éléments nutritifs pouvant être exprimés par « 0 » (comme défini).
- Un modèle linéaire simplifié est également disponible.

Valeur nutritive / Nutrition Facts	
pour 1 bâtonnet (2,7 g) Per 1 stick (2.7 g)	
Teneur Amount	% valeur quotidienne / % Daily Value
Calories / Calories	5
Lipides / Fat	0 g
Glucides / Carbohydate	2 g
Protéines / Protein	0 g
Source négligeable de lipides saturés, lipides trans, cholestérol, sodium, fibres, sucres, vitamine A, vitamine C, calcium et fer.	
Not a significant source of saturated fat, trans fat, cholesterol, sodium, fibre, sugars, vitamin A, vitamin C, calcium or iron.	

Standard simplifié bilingue 6.1 (B)

Exemple E :

Standard

Valeur nutritive	
par 125 mL (87 g)	
Teneur	% valeur quotidienne
Calories	80
Lipides	0,5 g
saturés	0 g
+ trans	0 g
Cholestérol	0 mg
Sodium	0 mg
Glucides	18 g
Fibres	2 g
Sucres	2 g
Protéines	3 g
Vitamine A	2 %
Vitamine C	10 %
Calcium	0 %
Fer	2 %

Standard 1.1 (F)

Valeur nutritive	
par 125 mL (87 g)	
Teneur	% VQ*
Calories	80
Lipides	0,5 g
saturés	0 g
+ trans	0 g
Cholestérol	0 mg
Sodium	0 mg
Glucides	18 g
Fibres	2 g
Sucres	2 g
Protéines	3 g
Vitamine A	2 %
Vitamine C	10 %
Calcium	0 %
Fer	2 %

Standard étroit 2.1 (F)

Valeur nutritive / Nutrition Facts	
par 125 mL (87 g) / Per 125 mL (87 g)	
Teneur Amount	% valeur quotidienne / % Daily Value
Calories / Calories	80
Lipides / Fat	0,5 g
saturés / Saturated	0 g
+ trans / Trans	0 g
Cholestérol / Cholesterol	0 mg
Sodium / Sodium	0 mg
Glucides / Carbohydate	18 g
Fibres / Fibre	2 g
Sucres / Sugars	2 g
Protéines / Protein	3 g
Vitamine A / Vitamin A	2 %
Vitamine C / Vitamin C	10 %
Calcium / Calcium	0 %
Fer / Iron	2 %

Standard bilingue 3.1 (B)

Exemple F :

Horizontal bilingue

Valeur nutritive / Nutrition Facts	
pour 1 tablette (40 g) Per 1 bar (40 g)	
Teneur / Amount	% VQ / % DV *
Lipides / Fat	13 g
saturés / Saturated	5 g
+ trans / Trans	3,5 g
Cholestérol / Cholesterol	10 mg
Sodium / Sodium	70 mg
Vitamine A / Vitamin A	2 %
Calcium / Calcium	6 %
Glucides / Carbohydate	23 g
Fibres / Fibre	0 g
Sucres / Sugars	20 g
Protéines / Protein	3 g
Vitamine C / Vitamin C	0 %
Fer / Iron	4 %

Horizontal bilingue 4.1 (B)

Exemple I :

Linéaire

Valeur nutritive	
par 1 tasse (264 g) : Calories 260	
Lipides	13 g (20 %)
Lipides saturés	3 g (25 %)
Lipides Trans	2 g (25 %)
Cholestérol	30 mg
Sodium	660 mg (28 %)
Glucides	31 g (10 %)
Fibres	0 g (0 %)
Sucres	5 g
Protéines	5 g
Vit. A	4 %
Vit. C	2 %
Calcium	15 %
Fer	4 %

Linéaire 16.1 (F)

Nutrition Facts	
per 1 cup (264 g): Calories 260	
Fat	13 g (20 %)
Saturated Fat	3 g (25 %)
Trans Fat	2 g (25 %)
Cholesterol	30 mg
Sodium	660 mg (28 %)
Carbohydrate	31 g (10 %)
Fibre	0 g (0 %)
Sugars	5 g
Protein	5 g
Vit. A	4 %
Vit. C	2 %
Calcium	15 %
Iron	4 %

Linéaire 16.1 (A)

Nota : La taille des tableaux correspond à 100 % des exigences de la réglementation; la taille réelle peut varier en fonction du contenu de la copie pour des produits précis et de la police choisie.

Calcul de la surface exposée disponible (SED)

Les mesures doivent être déterminées par une personne avertie et doivent être prises à partir des matrices de l'imprimeur ou de l'ingénieur pour l'emballage précis envisagé.

La surface exposée disponible s'entend de la surface totale d'un emballage et comprend :

- le dessous de tout emballage décoratif ou la totalité de la surface des deux côtés d'une étiquette mobile attachée à l'emballage décoratif, la plus grande surface étant à retenir;
- la totalité de la surface des deux côtés de toute étiquette mobile attachée à un emballage sur lequel aucune étiquette ne peut être apposée;
- le dessous de l'emballage pourvu qu'il n'y ait pas fuite du contenu ou que ce dernier ne soit pas endommagé lorsque l'emballage est retourné.

et exclut :

- la surface de l'emballage où les renseignements ne sont pas lisibles ou sont difficiles à voir;
- la surface de l'emballage sur lequel il est impossible d'imprimer ou d'apposer une étiquette;
- la partie de l'emballage, autre que l'emballage d'un aliment destiné à être consommé en une seule fois, qui est conçue pour être détruite lors de l'ouverture de celui-ci;
- l'espace occupé par le code universel des produits (CUP).

Le tableau de la Valeur nutritive est la seule information obligatoire qu'il est permis d'imprimer sur le dessous d'un emballage; il est possible d'exclure le dessous du calcul de la SED, sauf s'il est possible d'imprimer sur le dessous.

Principales spécifications graphiques

- La grandeur du tableau n'est PAS précisée; les points pour la copie, l'interligne et l'épaisseur des traits sont précisés dans l'annexe L de la Gazette du Canada, Partie II (p. 238 à 356).
- L'ordre des éléments nutritifs déclarés est figé.
- Dans le tableau de la Valeur nutritive, les caractères et les traits doivent être imprimés en noir en aplat de 100 % (ou équivalent visuellement à une couleur disponible ou désirée) sur un fond blanc ou de couleur de teinte neutre et uniforme d'au plus 5 %.
- Les caractères doivent paraître dans une seule police de caractères normalisés, sans empattement et non décoratifs. Les caractères ne se touchent pas ou ne touchent pas les filets.
- Des copies anglaise et française doivent être présentées.
- Les majuscules et les minuscules doivent être utilisées.
- Il n'est pas permis de surligner les caractères ou les mots ni d'utiliser l'impression inverse.

Figure 1.1(F)
Police à chasse normale
Caractères de 8 points sauf indication contraire
Filets maigres – 0,5 point
Filets centrés entre les lignes de texte

Valeur nutritive	
par 125 mL (87 g)	
Teneur	% valeur quotidienne
Calories 80	
Lipides 0,5 g	1 %
saturés 0 g	0 %
+ trans 0 g	0 %
Cholestérol 0 mg	
Sodium 0 mg	0 %
Glucides 18 g	6 %
Fibres 2 g	8 %
Sucres 2 g	
Protéines 3 g	
Vitamine A 2 %	Vitamine C 10 %
Calcium 0 %	Fer 2 %

Titre : caractères gras de 13 points
Portion déterminée : interligne de 10 points
Sous-titres : caractères gras de 6 points, interligne de 12 points
Retrait de 6 points
Interligne de 9 points
Calories et éléments nutritifs non en retrait en caractères gras, teneur en caractères moyens, interligne de 12 points
Caractères moyens
Caractères moyens, interligne de 14 points
Caractères moyens, interligne de 12 points
Espace de 5 points

Filet de 2 points
Filet de 1 point
Cadre de 0,5 point à 3 points du texte
Valeur centrée par rapport aux lignes de gauche
Nombre en caractères gras, signe % en caractères moyens, espace entre le nombre et le signe %
Espace entre le nombre et l'unité
Filet de 2 points
L'ordre de présentation se fait de gauche à droite

Exemptions à l'étiquetage nutritionnel obligatoire

Se reporter à la Gazette du Canada, Partie II (pages 161 et 162 pour plus de détails)

- Aliments contenant de faibles quantités des 13 éléments nutritifs correspondant à une déclaration nulle.
- Boissons à taux d'alcool supérieur à 0,5 %.
- Fruits et légumes frais ou toute combinaison de ces derniers.
- Viande, volaille et leurs sous-produits crus à ingrédient unique, à l'exception de la viande hachée et de la volaille hachée.
- Produits d'animaux de mer et d'eau douce crus à ingrédient unique.
- Aliments traités ou préparés à l'établissement de détail, si l'on ajoute des ingrédients autres que de l'eau.
- Aliments vendus seulement dans les kiosques routiers, aux expositions d'artisanat, aux marchés aux puces, aux foires, aux marchés en plein air et aux cabanes à sucre par la personne qui a traité et préparé le produit.
- Les portions individuelles d'aliments destinées à la consommation immédiate.
- Les aliments emballés au point de vente au détail et étiquetés au moyen d'autocollants où la surface d'affichage disponible de l'emballage est de moins de 200 centimètres carrés (cm²).
- Bonbons « d'une bouchée » préemballés vendus individuellement.
- Portions individuelles d'aliments préemballés uniquement destinées à être servies par un restaurant ou toute autre entreprise commerciale avec repas et collations (p. ex. les condiments et les édulcorants).
- Lait de consommation, y compris le lait de chèvre, et la crème vendue en bouteilles de verre réutilisables.

Éléments « facultatifs » / possibilités pour la copie d'emballage

Allégations relatives à la teneur en éléments nutritifs

- Sont facultatives;
- Constituent un élément de base influant sur le choix des produits et des boissons;
- Aident le consommateur à choisir une alimentation saine en accord avec les Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes de Santé Canada;
- Sont des renseignements simples, aisés à comprendre sur un seul élément nutritif de l'aliment;
- Décrivent la quantité d'un élément nutritif contenu dans un aliment (p. ex. la « teneur élevée en fibres », la « teneur réduite en glucides », la « source de calcium »);
- L'aliment ou la boisson doit respecter les critères rigoureux établis par Santé Canada et énoncés dans la Gazette du Canada, Partie II : <http://canadagazette.gc.ca/partII/2003/20030101/pdf/g2-13701.pdf> (pages 200-225);
- Il est possible d'utiliser plus de 50 allégations différentes relatives à la teneur en éléments nutritifs.

Allégations relatives à la santé

- Sont facultatives et sont permises pour la première fois dans l'histoire canadienne;
- Sont un élément de base influant sur le choix d'aliments et de boissons des consommateurs;
- Aident le consommateur à choisir une alimentation saine en accord avec les Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes;
- Sont des énoncés décrivant les caractéristiques d'un régime lié à la réduction des risques de contracter une maladie ou une affection liée au régime alimentaire;
- L'aliment ou la boisson doit répondre aux critères rigoureux établis par Santé Canada. Le libellé exact et les critères associés aux allégations relatives à la santé se trouvent dans la Gazette du Canada, Partie II : <http://canadagazette.gc.ca/partII/2003/20030101/pdf/g2-13701.pdf> (pages 225-231).
- Les allégations permises ont trait à ce qui suit :

- Une alimentation saine comprenant une quantité adéquate de calcium et de vitamine D et une activité physique régulière peuvent réduire le risque d'ostéoporose.
- Une alimentation pauvre en graisses saturées et en gras trans peut réduire le risque de maladie du cœur.
- Une alimentation riche en potassium et faible en sodium peut réduire le risque d'hypertension.
- Une alimentation comportant une grande variété de légumes et de fruits peut aider à réduire le risque de certains types de cancer.

Le nouveau règlement prévoit également une allégation relative aux caries dentaires concernant les bonbons contenant une quantité minimale de glucides fermentescibles.

Lorsque les éléments nutritifs FACULTATIFS deviennent OBLIGATOIRES

- Lorsqu'une allégation relative à la teneur en éléments nutritifs ou une allégation relative à la santé est faite, l'élément nutritif faisant l'objet de l'allégation doit être déclaré dans le tableau de la Valeur nutritive. Si des renseignements complémentaires sont déclarés, les dimensions du tableau varieront.

Pour de plus amples renseignements

Pour les fabricants désirant obtenir de l'information relative à l'interprétation du nouveau règlement, communiquez avec Santé Canada :

Courriel : etiquetage_nutritionnel@hc-sc.gc.ca
nutrition_labelling@hc-sc.gc.ca

Tél. : 613-941-9252

Pour des questions précises portant sur la conformité et les examens des étiquettes, communiquez avec l'Agence canadienne d'inspection des aliments :

Courriel : nutrition@inspection.gc.ca

Tél. : 800-273-3213

Valeur nutritive

Portion 125 mL (35 g)
Portions par contenant 13

Teneur par portion	
Calories 90	Calories des lipides 9
Calories des saturés et des trans 0	
% valeur quotidienne*	
Total des lipides 1 g	2 %
saturés 0 g	0 %
+ trans 0 g	
polyinsaturés oméga-6 0,5 g	
polyinsaturés oméga-3 0 g	
monoinsaturés 0,2 g	
Cholestérol 0 mg	0 %
Sodium 300 mg	12 %
Potassium 410 mg	12 %
Total des glucides 27 g	9 %
Fibres alimentaires 12 g	48 %
Fibres solubles 0 g	
Fibres insolubles 11 g	
Sucres 6 g	
Polyalcools 0 g	
Amidon 9 g	
Protéines 4 g	
Vitamine A 0 %	Vitamine C 0 %
Calcium 2 %	Fer 35 %
Vitamine D 0 %	Vitamine E 6 %
Vitamine K 10 %	Thiamine 55 %
Riboflavine 4 %	Niacine 25 %
Vitamine B ₆ 10 %	Folate 10 %
Vitamine B ₁₂ 0 %	Biotine 30 %
Pantothénate 8 %	Phosphore 30 %
Iodure 0 %	Magnésium 50 %
Zinc 25 %	Sélénium 6 %
Cuivre 20 %	Manganèse 10 %
Chrome 10 %	Molybdène 10 %
Chlorure 10 %	

* Pourcentage de la valeur quotidienne selon un régime alimentaire de 2 000 Calories. Vos valeurs quotidiennes personnelles peuvent être plus ou moins élevées selon vos besoins énergétiques :

	Calories : 2 000	2 500
Total des lipides	moins de 65 g	80 g
saturés + trans	moins de 20 g	25 g
Cholestérol	moins de 300 mg	300 mg
Sodium	moins de 2 400 mg	2 400 mg
Potassium	3 500 mg	3 500 mg
Total des glucides	300 g	375 g
Fibres alimentaires	25 g	30 g

Calories par gramme :
Lipides 9 Glucides 4 Protéines 4

Renseignements complémentaires 18.1 (F)
(illustré avec tous les éléments nutritifs additionnels)

Préparé par :



Pour de plus amples renseignements Tél. : 416-510-8024 Courriel : info@fcpmc.com Site Web : www.fcpmc.com

FPACC · FCPMC

Fabricants de produits alimentaires et de consommation du Canada
Food and Consumer Products Manufacturers of Canada
885, chemin Don Mills, bureau 301, Toronto (Ontario) M3C 1V9

Conçu et produit par :

Davis

STRATEGIC DESIGN · BUILDING BRANDS

En collaboration avec :

Anthem Group,
Corporate Visuals Inc.,
Forthought Design Inc. &
Pigeon branding + design

Le Guide reproduit l'interprétation de FPACC et de ses partenaires de conception au sujet du Règlement sur l'étiquetage nutritionnel publié dans la Gazette du Canada, Partie II, le 1^{er} janvier 2003. Le Guide n'est qu'un point de référence initial – il est recommandé aux lecteurs de consulter leur conseiller juridique au moment de prendre des décisions concernant les conditions d'application et le respect du règlement. FPACC et leurs partenaires de conception n'assument aucune responsabilité à l'égard des renseignements fournis.
Dernière révision mars 2003

ANNEXE 4 :

Collectivité d'élaboration des politiques en matière d'étiquetage nutritionnel – 1996;2002



Introduction

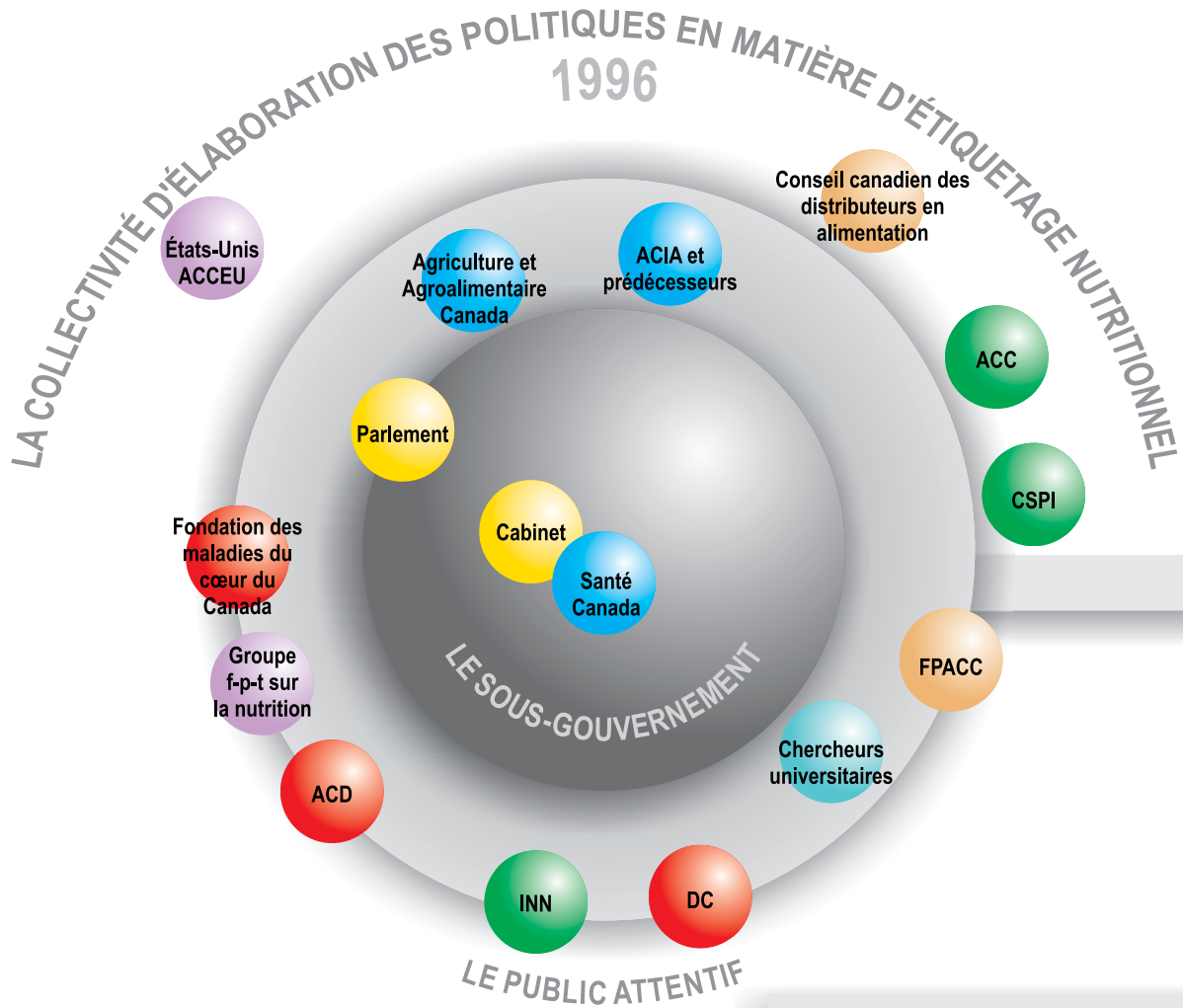
La notion de collectivité d'élaboration des politiques a été définie par Paul Pross (1992) comme un outil descriptif permettant d'indiquer la situation relative de tous les intervenants (les organismes du gouvernement, les ONG, les groupes de défense des intérêts, les médias et les particuliers intéressés) par rapport à leur relation avec les décideurs réels. Autrement dit, il permet au chercheur ou à l'analyste des politiques de se faire une idée de la situation relative des intervenants clés et de leur influence dans un processus précis d'élaboration des politiques. Les renseignements recueillis par l'analyse des données déterminent où les chercheurs ou les analystes des politiques situent chaque groupe d'intervenants dans le diagramme de la collectivité d'élaboration des politiques. L'examen de la « forme » d'une collectivité d'élaboration des politiques particulière à différents points permet de suivre l'évolution de la situation des intervenants au fil du temps. De façon importante, l'outil descriptif ne vise pas à fournir aux chercheurs des renseignements afférents à la teneur ou au contenu de la politique.

Renseignements supplémentaires

Dans les figures 1 et 2, nous comparons la « forme » de la collectivité d'élaboration des politiques sur l'étiquetage nutritionnel à deux périodes : 1996, (qui coïncide avec la diffusion du *Plan d'action pour la nutrition*) et la fin de 2002 (peu avant la présentation du règlement). Les changements subtils survenus dans la situation de la plupart des groupes d'intervenants entre la figure 1 et 2 (c.-à-d. le déplacement vers le centre du diagramme) fournissent aux lecteurs une image visuelle de la convergence des intervenants avec les décideurs de Santé Canada sur cette question de politique.

Le déplacement vers le centre du diagramme donne à penser que, entre 1996 et 2002, les principaux groupes d'intervenants ont assumé un rôle d'importance et d'influence dans le cadre de leurs interactions avec les décideurs de Santé Canada au cours du processus d'élaboration des politiques sur l'étiquetage nutritionnel, les allégations relatives à la teneur en éléments nutritifs et les allégations relatives à la santé. Dans les cas où il n'y a pas de changement remarquable, les données semblent indiquer que la situation relative des principaux groupes d'intervenants a peu changé dans le cadre de leurs interactions avec les décideurs de Santé Canada dans ce domaine particulier de politique.

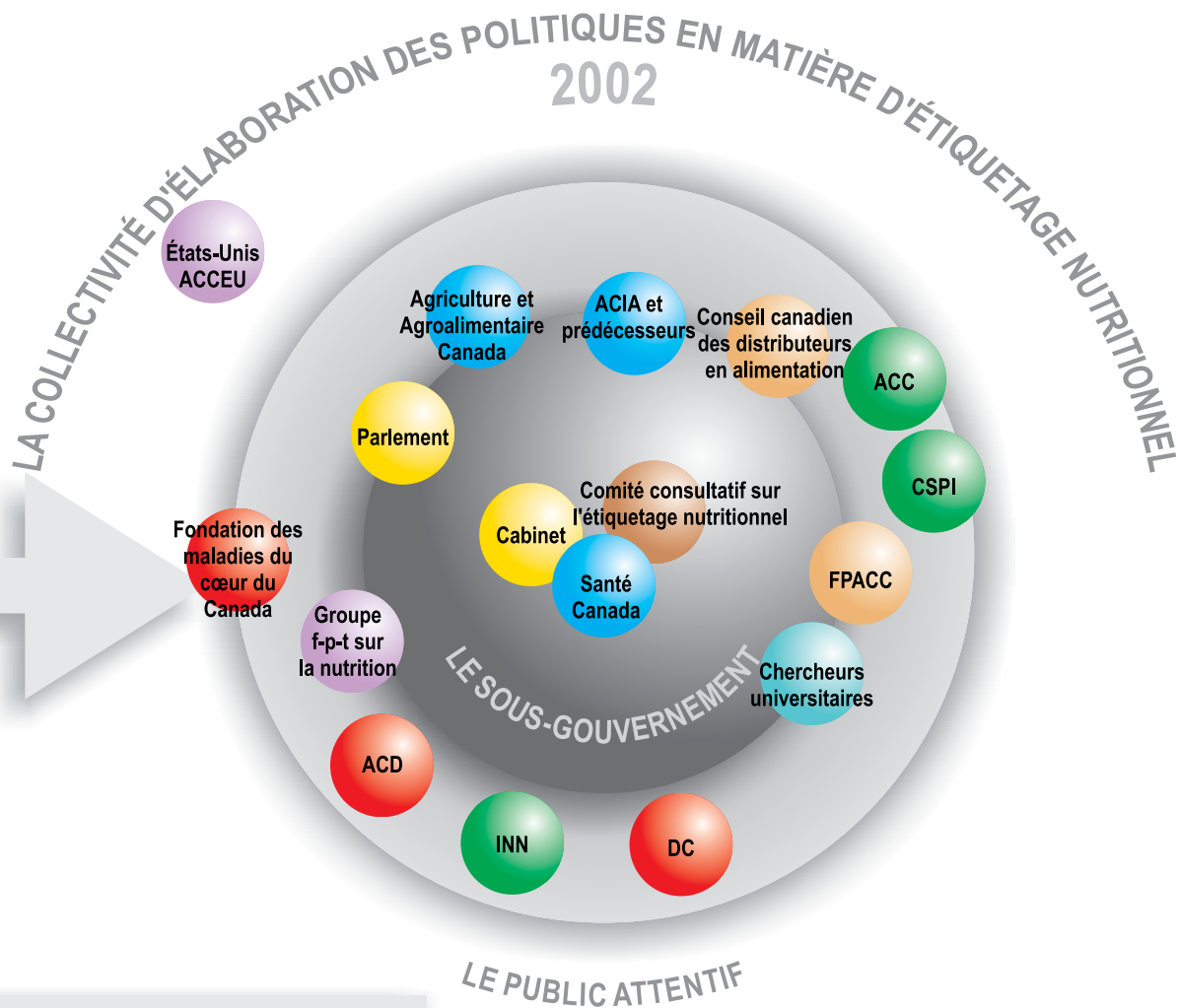
Figure 1 : La collectivité d'élaboration des politiques en matière d'étiquetage nutritionnel, 1996



- Fondation des maladies du cœur du Canada
- Association canadienne du diabète (ACD)
- les Diététistes du Canada (DC)
- Produits alimentaires et de consommation du Canada (PACC)
- Conseil canadien des distributeurs en alimentation
- Centre pour la science dans l'intérêt public (CSPI)
- Association des consommateurs du Canada (ACC)
- Institut national de la nutrition (INN)
- Chercheurs universitaires

Nota : Dans les figures 1 et 2, le but n'est pas de représenter chaque groupe d'intervenants ou organisation ayant participé au processus d'élaboration des politiques très concerté. Ceux ayant été inclus ont joué un rôle important dans l'initiative sur l'étiquetage nutritionnel, mais il importe de reconnaître qu'il y en a de nombreux autres qui ne sont pas représentés dans les diagrammes, principalement en raison du manque d'espace.

Figure 2 : La collectivité d'élaboration des politiques en matière d'étiquetage nutritionnel, 2002



- Agriculture et Agroalimentaire Canada
- Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA) et ses prédécesseurs
- Santé Canada

- Groupe fédéral-provincial-territorial sur la nutrition (Groupe f-p-t sur la nutrition)
- Accord commercial canadien-États-Unis (ACCEU)

- Parlement et Cabinet

- Comité consultatif sur l'étiquetage nutritionnel

Bibliographie : Pross, P. A. (1992). Group politics and public policy (2^e éd.) Toronto (Ontario), Oxford University Press.

