

STRATÉGIE
RÉDUCTION
du SODIUM
pour le CANADA

Recommandations du
Groupe de travail sur le sodium

juillet 2010

Publié sous l'autorité de la ministre de la Santé

Distribution limitée, *La stratégie de réduction du sodium pour le Canada, Recommandations du Groupe de travail sur le sodium* est consultable sur Internet à l'adresse suivante :

www.santecanada.gc.ca/sodium

Également disponible en anglais sous le titre : *Sodium Reduction Strategy for Canada, Recommendations of the Sodium Working Group*

Cette publication peut être reproduite sans autorisation pourvu que la source soit indiquée en entier. Pour obtenir plus de renseignements, veuillez avoir recours aux coordonnées suivantes :

Division de l'évaluation de la nutrition,

Santé Canada

Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Téléphone : 613 957-0352

Télécopieur : 613 941-6636

Adresse électronique : sodium@hc-sc.gc.ca

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada représentée par la ministre de la Santé du Canada, 2010

N° de cat. : H164-121/2010F – ISBN : 978-1-100-16232-4

STRATÉGIE de
RÉDUCTION
du SODIUM
pour le CANADA

Recommandations du
Groupe de travail sur le sodium

juillet 2010

Juillet 2010

L'honorable Leona Aglukkaq, C.P., députée
Bureau du ministre de la Santé, Santé Canada
Édifice Brooke Claxton, Pré Tunney
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9

Madame la Ministre,

Au nom du Groupe de travail sur le sodium, le comité de direction est heureux de vous remettre le rapport sur la Stratégie visant à réduire la consommation de sodium par la population canadienne, lequel est intitulé *Stratégie de réduction du sodium pour le Canada – Recommandations du Groupe de travail sur le sodium*. Ce rapport est le fruit de plus de deux années de travail accompli par les membres du Groupe de travail sur le sodium, qui a été mis sur pied par l'ancien ministre de la Santé en 2007 pour élaborer une stratégie sur la santé de la population visant à réduire l'apport en sodium des Canadiens et des Canadiennes. Les recommandations fournies par ce rapport sont destinées à tous les paliers gouvernementaux, à toutes les organisations non gouvernementales, aux consommateurs, à l'industrie et à toutes les autres parties intéressées.

Le Groupe de travail sur le sodium est composé de membres du secteur de la fabrication et des services alimentaires, des organisations non gouvernementales vouées à la santé, des groupes de la communauté scientifique et de défense des intérêts des consommateurs, des organisations de professionnels de la santé et divers ministères et organismes gouvernementaux. Malgré une représentation aussi vaste et variée dans ses effectifs, le Groupe de travail sur le sodium est parvenu à atteindre un consensus sur les recommandations présentées dans ce rapport.

Nous aimerions saluer le travail acharné, l'expertise et l'engagement de tous les membres du Groupe de travail sur le sodium à l'égard de l'élaboration des recommandations présentées dans ce rapport. Le Groupe de travail sur le sodium a clairement établi dans son mandat qu'une stratégie de réduction du sodium doit comporter plusieurs étapes et être fondée sur une démarche en trois volets, notamment : une réduction volontaire de la teneur en sodium des produits alimentaires transformés et des aliments vendus dans les établissements de services alimentaires, l'éducation et la sensibilisation des consommateurs, de l'industrie, des professionnels de la santé et d'autres parties intéressées de premier plan ainsi que la recherche. Un quatrième secteur – la surveillance et l'évaluation – touche les trois secteurs mentionnés ci-dessus. Par conséquent, les recommandations contenues dans ce rapport ciblent ces quatre secteurs.

Ce rapport représente le début d'un processus de mise en œuvre et de surveillance. Le présent rapport devrait être suivi par des rapports sur les progrès visant à faire le point sur l'état d'avancement de la mise en œuvre de la Stratégie. Ces rapports présenteront de l'information sur l'apport en sodium chez les Canadiens et les Canadiennes au fil du temps,

les progrès accomplis par l'industrie vers l'atteinte des cibles de réduction du sodium, de l'efficacité des campagnes de sensibilisation et d'éducation et les progrès observés dans le financement et la réalisation d'études visant à combler les lacunes de connaissances cernées. Les résultats du processus d'évaluation et de surveillance de l'ensemble de la Stratégie devraient être examinés et, si nécessaire, d'autres étapes comportant potentiellement des mesures réglementaires pourraient être recommandées.

Nous félicitons votre gouvernement pour l'établissement du Groupe de travail sur le sodium. Nous souhaitons également souligner le travail phénoménal réalisé par le secrétariat et les conseillers techniques affectés au Groupe de travail sur le sodium. Sans leur dévouement, leur expertise et leur appui, l'élaboration de cette Stratégie aurait été impossible.

Nous sommes très enthousiastes à la perspective de la publication de ce rapport et de la mise en œuvre des recommandations qui y figurent. Les membres du Groupe de travail sur le sodium seraient heureux d'offrir leurs conseils sur la mise en œuvre de la Stratégie. Nous nous attendons à ce que les recommandations présentées dans ce rapport aient un effet considérable sur la santé de la population canadienne.

Nous vous prions d'agréer, Madame la Ministre, nos plus sincères salutations.



D^r Hasan Hutchinson (président)
Santé Canada



D^{re} Mary L'Abbé (vice-présidente)
Université de Toronto



D^r Norm Campbell
Hypertension Canada



M^{me} Phyllis Tanaka
Produits alimentaires et de consommation du Canada

TABLE DES MATIÈRES

Liste des sigles et acronymes	iii
Sommaire	v
Situation canadienne	vi
Démarche du Groupe de travail sur le sodium	vii
Introduction	1
Ce rapport	3
Partie I	
Contexte	4
A. Effets du sodium sur la santé	4
B. Avantages en matière de santé et retombées économiques de la réduction du sodium	6
C. Démarches internationales pour la réduction du sodium	7
Recommandations de l’OMS	7
Poursuite des travaux initiaux en Finlande	9
Objectifs de réduction au Royaume-Uni	9
Cadre de l’Union européenne	9
Recommandations actuelles aux États-Unis	10
D. Situation canadienne	11
Apport en sodium au Canada	11
Sources de sodium dans l’alimentation canadienne	12
Le Groupe de travail sur le sodium	17
Partie II	
Stratégie de réduction du sodium	20
Le Modèle de promotion de la santé de la population	20
A. Recommandations globales	21

B.	Recommandations précises dans quatre secteurs	23
1.	Recommandations sur l’approvisionnement alimentaire	24
2.	Recommandations sur la sensibilisation et l’éducation	33
3.	Recommandations sur la recherche.	39
4.	Recommandations sur la surveillance et l’évaluation	44
C.	Récapitulation et perspective d’avenir	46

Annexe 1

Attributions du Groupe de travail multi-intervenants sur la réduction du sodium	48
--	----

Annexe 2

Membres du Groupe de travail sur la réduction du sodium alimentaire.....	54
---	----

Annexe 3

Sommaire de la recherche sur l’opinion publique réalisée pour connaître les points de vue des Canadiens et des professionnels de la santé sur le sodium.....	56
---	----

Annexe 4

Activités de collecte de données	59
--	----

Annexe 5

Rapport sommaire de l’atelier sur la recherche	64
--	----

Références.....	67
-----------------	----

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

- AMT** – Apport maximal tolérable
- ANREF** – Apport nutritionnel de référence
- AS** – Apport suffisant
- CINDI** – de l'anglais *Countrywide Integrated Non-Communicable Disease Intervention program*
(Programme national intégré de prévention des maladies non transmissibles)
- DASH** – de l'anglais *Dietary Approaches to Stop Hypertension*
(Démarches alimentaires pour contrer l'hypertension)
- ESCC** – Enquête sur la santé des collectivités canadiennes
- G.R.A.S.** – Généralement reconnus inoffensifs (de l'anglais *generally recognized as safe*)
- GTS** – Groupe de travail sur le sodium
- IMC** – Indice de masse corporelle
- IOM** – Institute of Medicine of the National Academies des États-Unis
- IRSC** – Instituts de recherche en santé du Canada
- NET** – *Nutrition: évolution et tendances*
- OMS** – Organisation mondiale de la santé
- ONG** – Organisation non gouvernementale
- SACN** – Scientific Advisory Committee on Nutrition du Royaume-Uni
- TVN** – Tableau de la valeur nutritive
- USDA** – Department of Agriculture (États-Unis)
- VQ** – Valeur quotidienne

SOMMAIRE

Le présent document constitue le rapport sur la Stratégie recommandée par le Groupe de travail multi-intervenants sur la réduction du sodium alimentaire (aussi appelé Groupe de travail sur le sodium) dans le but de réduire la consommation de sodium chez les Canadiens et les Canadiennes. La mise sur pied du Groupe de travail sur le sodium (GTS) a été annoncée par le ministre de la Santé à la fin de 2007 pour élaborer et surveiller la mise en œuvre d'une stratégie sur la santé de la population visant à réduire l'apport en sodium des Canadiens et des Canadiennes. Les recommandations fournies par ce rapport sont destinées à tous les paliers gouvernementaux, de même qu'à toutes les organisations non gouvernementales, aux consommateurs, à l'industrie et à toutes les autres parties intéressées.

La Stratégie de réduction du sodium conçue pour le Canada se déploie en plusieurs étapes et elle est fondée sur une démarche en trois volets lesquels comprennent : une réduction structurée volontaire de la teneur en sodium des produits alimentaires transformés et des aliments vendus dans les établissements de services alimentaires, l'éducation et la sensibilisation des consommateurs, de l'industrie, des professionnels de la santé et d'autres parties intéressées de premier plan ainsi que la recherche.

Un quatrième secteur, soit la surveillance et l'évaluation, chapeaute tous les secteurs de recommandation. La Stratégie est complète et intégrée, et les recommandations sur les quatre secteurs ne peuvent être isolées les unes des autres, car sa réussite repose sur l'intervention dans tous les secteurs. Dans la Stratégie, un objectif intermédiaire d'apport moyen en sodium de 2 300 mg par jour pour l'ensemble de la population à atteindre d'ici 2016 a été établi. L'objectif ultime consiste à abaisser l'apport en sodium jusqu'à

atteindre une moyenne pour l'ensemble de la population où l'apport d'autant de personnes que possible (plus de 95 %) sera inférieur à l'apport maximal tolérable (AMT) établi à 2 300 mg par jour. En pratique, son atteinte exige de rapprocher grandement l'apport quotidien moyen en sodium de la population de l'apport suffisant établi par l'Institute of Medicine of the National Academies (IOM) des États-Unis, lequel est établi à 1 500 mg par jour pour les personnes âgées de 9 à 50 ans et à une quantité moindre pour les plus jeunes et les plus âgées.

DÉMARCHE VOLONTAIRE STRUCTURÉE

La démarche volontaire structurée envisagée par le GTS comprend :

- des cibles de réduction du sodium publiées pour les aliments;
- des délais déterminés;
- un mécanisme pour l'engagement public de l'industrie à l'égard des cibles;
- un plan pour la surveillance des progrès par un organisme indépendant de l'industrie alimentaire;
- un plan pour l'évaluation indépendante de la réussite du programme prévoyant l'application de mesures plus strictes s'il y a lieu en fonction des progrès accomplis.

Préoccupations en matière de santé et réaction internationale

L'ensemble des données probantes établissant un lien de causalité entre l'apport élevé en sodium et l'hypertension artérielle, le principal facteur de risque de décès évitable dans le monde, est d'une ampleur considérable. L'hypertension artérielle est la cause majeure de la maladie

cardiovasculaire et elle constitue un facteur de risque d'accident vasculaire cérébral et de néphropathie. Également, des éléments probants donnent à penser qu'une alimentation à teneur élevée en sodium est un facteur de risque de l'ostéoporose, du cancer gastrique et de l'asthme. Selon l'Organisation mondiale de la santé, les interventions visant à réduire l'apport en sel à l'échelle d'une population se sont révélées très rentables, et ce, à plusieurs reprises.

En 2004, l'IOM a établi des Apports nutritionnels de référence (ANREF) pour le sodium. L'apport suffisant (AS) a été fixé à 1 500 mg/jour pour les personnes âgées de 9 à 50 ans et à des quantités inférieures pour les individus plus jeunes et plus âgés. L'AS est un apport recommandé que l'on suppose satisfaire ou excéder les besoins de presque toutes les personnes. L'apport maximal tolérable (AMT) de sodium a été établi à 2 300 mg par jour pour les personnes âgées de 14 ans et plus et à des quantités inférieures pour les individus plus jeunes. L'AMT a été défini comme l'apport quotidien moyen le plus élevé ne comportant pas de risque d'entraîner des effets indésirables sur la santé et il représente un apport qui ne devrait pas être dépassé. Il est à noter que la définition de l'AMT pour le sodium est problématique, car l'augmentation de la tension artérielle est proportionnelle à celle de l'apport en sodium, et ce, sans seuil. Par conséquent, les personnes atteintes d'hypertension, de diabète et de néphropathie chronique, de même que les personnes plus âgées et les personnes d'origine africaine, lesquelles sont plus vulnérables à l'augmentation de la tension artérielle causée par le sodium, devraient en limiter leur consommation encore davantage.

L'apport élevé en sodium constitue un problème mondial. Après avoir observé des apports en sel élevés partout au monde, en 2003, l'OMS a établi une cible mondiale quotidienne de 5 g ou moins de sel (< 2 000 mg de sodium) par personne. Plusieurs administrations ont lancé des initiatives visant à réduire l'apport en sodium de leur population, notamment la Finlande, le Royaume-Uni, l'Union européenne et plus récemment, les États-Unis.

Situation canadienne

L'apport moyen en sodium actuel des Canadiens et des Canadiennes est d'environ 3 400 mg par jour. Les données issues de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* de 2004 indiquaient que parmi les gens âgés de 9 à 70 ans, l'apport en sodium chez plus de 85 % des personnes de sexe masculin et chez 63 à 83 % des personnes de sexe féminin dépassait l'AMT. De même, l'apport en sodium dépassait l'AMT chez 77 % des jeunes enfants âgés de 1 à 3 ans et chez 93 % de ceux âgés de 4 à 8 ans. L'AMT était dépassé chez 97 % des adolescents et chez 82 % des adolescentes.

Au Canada, on a estimé qu'une diminution de l'apport moyen en sodium d'environ 1 800 mg par jour préviendrait 23 500 cas de maladie cardiovasculaire par an, ce qui représente une baisse de 13 %. Ceci permettrait des économies directes de 1,38 milliard de dollars par an en soins de santé et si les coûts indirects étaient considérés, les économies atteindraient 2,99 milliards de dollars par an. Bien que ces estimations d'économies soient fondées sur des données de 1993, le coût des maladies cardiovasculaires au Canada, tel que publié en 1998, révèle que les coûts directs étaient alors de 6,82 milliards de dollars et que les coûts totaux atteignaient 18,47 milliards de dollars. Une étude américaine dont les résultats ont été publiés en 2010 indique que même une modeste réduction quotidienne de 1 g de sel (de 400 mg de sodium) atteinte en 10 ans ferait en sorte qu'annuellement, le nombre de cas de coronaropathie diminuerait de 20 000 à 40 000, d'accidents vasculaires cérébraux de 11 000 à 23 000, d'infarctus du myocarde de 18 000 à 35 000 et de décès de toutes causes de 15 000 à 32 000. Une réduction quotidienne de 3 g (1 200 mg de sodium) de l'apport en sel aurait à peu près le même effet sur le taux de coronaropathie qu'une réduction de 50 % de l'usage du tabac, qu'une diminution de 5 % de l'indice de masse corporelle (IMC) d'adultes obèses ou que le recours aux statines pour le traitement des personnes à faible risque ou à risque moyen d'être atteintes de

coronaropathie. Chez toutes les personnes atteintes d'hypertension artérielle, une stratégie de réduction du sel serait plus rentable que l'usage de médicaments hypotenseurs. Des diminutions de même ampleur pourraient être attendues au Canada.

Comme mentionné ci-dessus, l'apport en sodium de la majorité de la population canadienne excède l'AMT. Ce sont les aliments préparés vendus sur le marché qui contribuent le plus à l'apport en sodium alimentaire, entre autres, ceux qui sont servis dans les restaurants et par les établissements de services alimentaires. Le sodium est présent dans l'ensemble de l'approvisionnement alimentaire. Au total, on estime que les aliments transformés à des fins commerciales sont responsables de 77 % de l'apport en sodium. Alors que 6 % de l'apport est ajouté à table et que 5 % l'est pendant la préparation des mets, 12 % du sodium est d'origine naturelle.

La recherche sur l'opinion publique a démontré que les Canadiens et les Canadiennes savent que le sodium constitue un enjeu en matière de santé, mais que personne ne se sent directement concerné. Rares sont les personnes qui comprennent ce qu'est une quantité de sodium adéquate pour la santé, et chez la plupart des gens, l'apport en sodium alimentaire demeure élevé. Des groupes non gouvernementaux tels que Pression artérielle Canada (désormais Hypertension Canada), le Réseau canadien contre les accidents cardiovasculaires, le Centre pour la science dans l'intérêt public et la Fondation des maladies du cœur du Canada se sont engagés en tant que chefs de file lorsqu'il s'agit d'informer la population canadienne au sujet des risques que comporte l'apport élevé en sodium. Tandis que l'industrie alimentaire a entrepris des activités de réduction du sodium, le progrès accompli par les entreprises est variable sur le plan individuel. Plusieurs s'emploient à résoudre cette question depuis des années, et d'autres n'ont encore rien entrepris.

Démarche du Groupe de travail sur le sodium

Pour faire en sorte que ses recommandations soient fondées sur les meilleures données probantes, le GTS a recueilli des renseignements de diverses sources. Des exercices de modélisation ont été réalisés par le personnel de Santé Canada afin d'estimer l'incidence potentielle de divers scénarios de réduction du sodium. Afin d'éclairer le Groupe de travail sur la sensibilisation actuelle de la population canadienne à la question du sodium, une recherche sur l'opinion publique a été réalisée à la demande de l'Agence de la santé publique du Canada. Une enquête qualitative de petite envergure a été mandatée par Agriculture et Agroalimentaire Canada pour obtenir de l'information sur le progrès, les difficultés et les répercussions commerciales de la réduction du sodium sur l'industrie alimentaire canadienne. Des consultations publiques ont eu lieu pour obtenir de l'information d'experts ainsi que des suggestions et des commentaires des divers intervenants.

Dans les Attributions du GTS, il est précisé que la Stratégie élaborée pour diminuer l'apport en sodium de la population canadienne serait divisée en plusieurs étapes et qu'elle serait fondée sur une démarche multifacette comportant la réduction volontaire de la teneur en sodium des produits alimentaires transformés et des aliments vendus dans les établissements de restauration, l'éducation ainsi que la recherche. Par la suite, la surveillance et l'évaluation ont été ajoutées à titre de secteur global. Les membres du GTS ont siégé à au moins un des quatre sous-comités entre lesquels les démarches ont été réparties. Chaque sous-comité a déterminé les principaux paramètres et dimensions dans son domaine, réalisé la recherche, délibéré, puis élaboré une liste de recommandations à des fins d'examen et d'adoption par le Groupe de travail entier en vue de la conception de la présente Stratégie.

Recommandations du Groupe de travail sur le sodium – Recommandations globales

- A. Le Groupe de travail a établi un objectif intérimaire d'apport moyen en sodium de 2 300 mg par jour pour l'ensemble de la population à atteindre d'ici 2016. L'objectif ultime de la Stratégie de réduction du sodium consiste à abaisser l'apport en sodium jusqu'à atteindre une moyenne pour l'ensemble de la population où l'apport d'autant de personnes que possible (plus de 95 %) sera inférieur à l'apport maximal tolérable (AMT)^a.
- B. Le Groupe de travail recommande la collaboration entre tous les paliers gouvernementaux, toutes les organisations de professionnels de la santé et non gouvernementales (ONG), tous les médias et l'ensemble de l'industrie et du milieu universitaire pour la mise en œuvre des recommandations précises en adoptant une démarche coordonnée, systématique et opportune.
- C. Le Groupe de travail recommande que le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux fournissent un financement adéquat pour appuyer la mise en œuvre de la Stratégie de réduction du sodium.
- D. Le Groupe de travail recommande que tous les paliers gouvernementaux et que tous les intervenants élaborent et intègrent la réduction du sodium dans leurs programmes, leurs lignes directrices et leurs politiques en matière de nutrition.
- E. Le Groupe de travail recommande, en précisant le délai et en surveillant l'achèvement de chacune des recommandations, que le processus de mise en œuvre comprenne les grandes lignes de chaque étape de mise en œuvre de chacune des recommandations.
- F. Le Groupe de travail recommande que tous les Canadiens et toutes les Canadiennes prennent personnellement des mesures pour réduire leur consommation de sodium dans le cadre d'une saine alimentation globale.

a. En pratique, son atteinte exige de rapprocher grandement l'apport quotidien moyen en sodium de la population de l'apport suffisant (AS) selon l'IOM, lequel est établi à 1 500 mg pour les personnes âgées de 9 à 50 ans, et d'une quantité moindre pour les plus jeunes et les plus âgées.

1. Recommandations sur l'approvisionnement alimentaire

- RECOMMANDATION 1-1:** Le Groupe de travail recommande que Santé Canada continue à travailler avec l'industrie alimentaire à l'établissement de cibles volontaires de réduction du sodium par catégorie d'aliments.
- RECOMMANDATION 1-2:** Le Groupe de travail recommande que Santé Canada, en collaboration avec les provinces et les territoires, continue à travailler avec l'industrie de la restauration et des services alimentaires à l'établissement de cibles volontaires de réduction du sodium pour les repas et les mets au menu des restaurants et des établissements de services alimentaires.
- RECOMMANDATION 1-3:** Le Groupe de travail recommande que les fabricants diminuent la teneur en sodium de leurs produits jusqu'à ce qu'ils atteignent les cibles volontaires, puis qu'au fil du temps, ils aillent au-delà de celles-ci jusqu'à la réduire dans toute la mesure du possible, et ce, en tenant compte de l'innocuité microbienne des aliments, de leur qualité et de leur acceptation par les consommateurs.
- RECOMMANDATION 1-4:** Le Groupe de travail recommande qu'un mécanisme permettant aux entreprises individuelles de s'engager à l'égard de la Stratégie de réduction du sodium soit implanté sur le site Web de Santé Canada traitant du sodium.
- RECOMMANDATION 1-5:** Le Groupe de travail recommande que le *Règlement sur les aliments et drogues* soit modifié pour faire en sorte que, dans le but de faciliter la comparaison de la teneur en sodium d'aliments semblables, les portions qui figurent dans le tableau de la valeur nutritive soient aussi uniformes que possible.
- RECOMMANDATION 1-6:** Le Groupe de travail recommande que le *Règlement sur les aliments et drogues* soit modifié pour remplacer la base de l'établissement de la valeur quotidienne (VQ) du sodium dans le tableau de la valeur nutritive en la faisant passer de 2 400 mg à 1 500 mg, et ce, pour refléter l'apport suffisant (AS).
- RECOMMANDATION 1-7:** Le Groupe de travail recommande que Santé Canada améliore le système d'étiquetage nutritionnel actuel au Canada afin d'en faciliter la compréhension par les consommateurs et d'en faciliter l'utilisation, particulièrement en ce qui a trait au sodium.
- RECOMMANDATION 1-8:** Le Groupe de travail recommande que le *Règlement sur les aliments et drogues* et que les règlements provinciaux pertinents soient modifiés de façon à exiger la divulgation sur les lieux, autant que possible (c.-à-d., dans les établissements où le degré de standardisation est élevé), de l'information nutritionnelle au sujet des mets standardisés préparés et assemblés sur les lieux qui figurent au menu des restaurants et des établissements de services alimentaires, et ce, de façon cohérente et en la rendant aisément accessible.
- RECOMMANDATION 1-9:** Le Groupe de travail recommande que le gouvernement fédéral, de concert avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, réexamine, au besoin, le processus d'approbation des additifs alimentaires et qu'il modernise les normes d'identification des aliments tout en maintenant l'innocuité microbienne des aliments.
- RECOMMANDATION 1-10:** Le Groupe de travail recommande que le gouvernement fédéral, de concert avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, élabore des lignes directrices sur le sodium et des politiques d'approvisionnement plus cohérentes à l'intention des exploitants d'entreprises de services alimentaires installés dans des établissements financés par les deniers publics tels que les écoles, les garderies, les établissements correctionnels et les forces armées.

2. Recommandations sur la sensibilisation et l'éducation

RECOMMANDATION 2-1 : Le Groupe de travail recommande que des programmes éducatifs soient élaborés et adaptés pour les intermédiaires travaillant dans divers secteurs de l'industrie alimentaire (fabrication, distribution et services d'alimentation) dans le but de les informer au sujet du sodium et de la Stratégie de réduction du sodium conçue pour le Canada.

RECOMMANDATION 2-2 : Le Groupe de travail recommande que des programmes éducatifs soient élaborés pour atteindre les intermédiaires clés des domaines de la santé, des médias et de l'éducation et des secteurs gouvernementaux.

RECOMMANDATION 2-3 : Le Groupe de travail recommande que le gouvernement fédéral dirige la conception et la mise en œuvre d'une campagne de marketing social sur le sodium. Cette campagne devrait être coordonnée avec les efforts déployés par l'industrie alimentaire pour modifier la formule de leurs produits.

RECOMMANDATION 2-4 : Le Groupe de travail recommande que les organismes de financement gouvernementaux et non gouvernementaux élaborent des mécanismes de financement coordonnés et cohésifs pour promouvoir les activités orientées sur la collectivité qui appuieront la Stratégie de réduction du sodium.

RECOMMANDATION 2-5 : Le Groupe de travail recommande que le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux continuent à rechercher et à examiner des options visant à réduire l'exposition des enfants au marketing des aliments à teneur élevée en sodium.

RECOMMANDATION 2-6 : Le Groupe de travail recommande que dans le contexte d'une campagne d'éducation de vaste portée sur le sodium, une stratégie soit élaborée pour aider les consommateurs à comprendre le tableau de la valeur nutritive actuel. Il faut comprendre que des changements y seront apportés à l'avenir et qu'une stratégie complète sera nécessaire pour les diffuser.

RECOMMANDATION 2-7 : Le Groupe de travail recommande que le gouvernement fédéral réexamine et mette à jour le *Guide alimentaire canadien* pour augmenter l'importance et l'efficacité des conseils portant sur le sodium et les calories.

3. Recommandations sur la recherche

RECOMMANDATION 3-1 : Le Groupe de travail recommande que le gouvernement fédéral affecte davantage de ressources aux conseils subventionnaires ainsi qu'aux organismes et aux ministères à vocation scientifique compétents pour concevoir et mettre en œuvre des mécanismes de renforcement des capacités, pour cibler le financement de la recherche, pour améliorer la collaboration en recherche entre les universitaires, le gouvernement et les secteurs de l'industrie et pour augmenter ces partenariats de sorte que la recherche relative à la réduction de sodium progresse.

RECOMMANDATION 3-2 : Le Groupe de travail recommande que le gouvernement fédéral habilite les conseils subventionnaires et les partenaires compétents à élaborer et à mettre en œuvre un programme de subvention de recherche pour combler les lacunes de connaissances sur la compréhension élémentaire de la physiologie du sodium ainsi que le besoin d'éclairer la politique et la pratique.

RECOMMANDATION 3-3: Le Groupe de travail recommande que le gouvernement fédéral habilite les conseils subventionnaires, les organismes et les ministères compétents de même que l'industrie alimentaire à travailler de concert pour mieux comprendre les teneurs en sodium minimales atteignables dans les aliments sans sacrifier les aspects fonctionnels particuliers du sel dans les aliments, et ce, en mettant l'accent sur l'innocuité microbienne des aliments et les questions relatives à la technologie alimentaire.

RECOMMANDATION 3-4: Le Groupe de travail recommande que le gouvernement fédéral, les organismes non gouvernementaux (ONG) du domaine de la santé compétents et d'autres intervenants financent la recherche sur les politiques et les programmes de santé publique à l'intention de la population.

RECOMMANDATION 3-5: Le Groupe de travail recommande que le gouvernement fédéral affecte les ressources adéquates aux conseils subventionnaires et aux intervenants intéressés pour élaborer et mettre en œuvre une initiative de recherche visant à examiner la réduction du sodium dans le contexte de saines habitudes alimentaires.

4. Recommandations sur la surveillance et l'évaluation

RECOMMANDATION 4-1: Le Groupe de travail recommande l'élaboration d'un plan d'évaluation et de surveillance complet comprenant la publication de rapports annuels.

RECOMMANDATION 4-2: Le Groupe de travail recommande la surveillance de l'apport en sodium chez les Canadiens et les Canadiennes.

RECOMMANDATION 4-3: Le Groupe de travail recommande la surveillance des aliments consommés par la population canadienne en ayant recours à une enquête sur l'apport alimentaire semblable à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2.2.

RECOMMANDATION 4-4: Le Groupe de travail recommande la surveillance et l'évaluation des progrès accomplis à l'égard de chaque élément de la Stratégie de réduction du sodium conçue pour le Canada, particulièrement en ce qui a trait à l'approvisionnement alimentaire, à la sensibilisation et à l'éducation et à la recherche.

RECOMMANDATION 4-5: Le Groupe de travail recommande la surveillance à long terme des résultats sur la santé, y compris de la tension artérielle, de la morbidité et de la mortalité provoquées par la maladie cardiovasculaire (l'infarctus aigu du myocarde, l'accident vasculaire cérébral, l'insuffisance cardiaque, etc.) ainsi que par d'autres maladies liées au sodium (telles que le cancer gastrique), de même que la surveillance des économies réalisées par le système de santé.

La publication de la *Stratégie de réduction du sodium pour le Canada* marque le début d'un processus de mise en œuvre et de surveillance. La mise en œuvre des recommandations sera surveillée, de même que les changements dans l'apport en sodium de la population canadienne au fil du temps, le progrès accompli par l'industrie vers l'atteinte des cibles de réduction du sodium, l'efficacité des campagnes de sensibilisation et d'éducation ainsi que les avancées en matière de financement et de réalisation d'études pour combler les lacunes de connaissances cernées. Les résultats du processus de surveillance et d'évaluation de la Stratégie

globale seront examinés, et des étapes supplémentaires pourront être recommandées pour faciliter la réussite de la Stratégie. Ces étapes pourraient comporter des règlements, des études, l'élaboration de politiques et possiblement, des mesures fiscales additionnelles. Les membres du Groupe de travail, dans leurs divers rôles, entendent poursuivre leurs activités, demeurer engagés à l'égard de la mise en œuvre, de même que conseiller les personnes responsables de la surveillance de la Stratégie de réduction du sodium pour le Canada.

INTRODUCTION

L'apport en sodium chez la majorité de la population mondiale, principalement par la consommation de sel, excède considérablement ses besoins physiologiques. Les données probantes cumulatives étayant une relation de causalité entre l'apport élevé en sodium et l'hypertension artérielle, une cause majeure de la maladie cardiovasculaire, sont désormais convaincantes¹. Par conséquent, en 2003, l'Organisation mondiale de la santé (l'OMS) et l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture ont publié un rapport conjoint demandant que des mesures soient prises pour limiter l'apport en sel de la population à 5 g ou moins par jour (< 2000 mg de sodium)². Une consultation de suivi, réalisée en 2007, permis de conclure que les réductions de la consommation de sodium alimentaire à l'échelle de la population sont très rentables. Ainsi, il est nécessaire d'accorder la priorité à la mise en œuvre de stratégies/politiques/programmes nationaux ciblant la réduction de la consommation de sel de sources alimentaires³.

Comme c'est généralement le cas partout au monde, au Canada, la consommation de sodium est excessive. Selon les estimations actuelles, l'apport quotidien moyen en sodium de toutes les sources atteint 3 400 mg par personne⁴. En octobre 2007, Tony Clement, alors ministre fédéral de la Santé, a annoncé que Santé Canada mettrait sur pied un groupe de travail sur le sodium dont la mission consisterait à élaborer et à surveiller la mise en œuvre d'une stratégie d'amélioration de la santé de la population en réduisant l'apport en

sodium chez les Canadiens et les Canadiennes. (Voir l'Annexe 1 pour consulter les *Attributions* du Groupe de travail.)

Au sujet du Groupe de travail sur le sodium

Le Groupe de travail sur le sodium (GTS) est présidé par un représentant de Santé Canada. Il rassemble 25 membres représentant des groupes du secteur de la fabrication et des services alimentaires, des

organisations non gouvernementales (ONG) vouées à la santé, des groupes de la communauté scientifique et de défense des intérêts des consommateurs, des organisations de professionnels de la santé et divers ministères et organismes gouvernementaux. Les organisations intéressées ont été invitées à proposer le nom d'un ou de deux candidats potentiels à titre de membre du Groupe de travail. Les membres ont été choisis à partir de cette liste de candidats de manière à assurer une représentation équilibrée de disciplines, d'ensembles de compétences et de points de vue. La représentation géographique a aussi été considérée. (Voir l'Annexe 2 pour consulter la liste des membres du Groupe de travail.)

Le mandat du GTS indique que sous la direction de SC, le Groupe de travail multi-intervenants doit élaborer une stratégie d'amélioration de la santé de

LE SEL – DES FAITS ET DES CHIFFRES

- le sel est le nom usuel du chlorure de sodium
- 1 g de sel contient 393 mg ou 17 mmol de sodium
- 1 g (1 000 mg) de sodium équivaut à 43,5 mmol
- 1 mmol de sodium équivaut à 23 mg
- 1 mmol de sodium équivaut à 1 mEq
- 2 300 mg de sodium équivalent à environ une cuillère à thé de sel

la population visant à réduire la teneur en sodium de l'alimentation des Canadiens et des Canadiennes à des quantités conformes aux recommandations de l'Institute of Medicine of the National Academies des États-Unis (IOM), lesquelles ont été publiées à la suite d'un examen approfondi de la documentation par un groupe d'experts scientifiques⁵.

Une Stratégie de réduction du sodium

Le présent document a pour objet de présenter la Stratégie préconisée par le Groupe de travail sur le sodium dans le but de réduire la consommation de sodium par la population canadienne. Les recommandations de la Stratégie sont destinées à divers paliers gouvernementaux, aux ONG, aux consommateurs, à l'industrie et à d'autres intervenants. La Stratégie de réduction du sodium pour le Canada se déploie en plusieurs étapes et elle est fondée sur une démarche multifacette qui comprend :

- » La réduction volontaire de la teneur en sodium des produits alimentaires transformés et des aliments vendus dans les établissements de restauration.

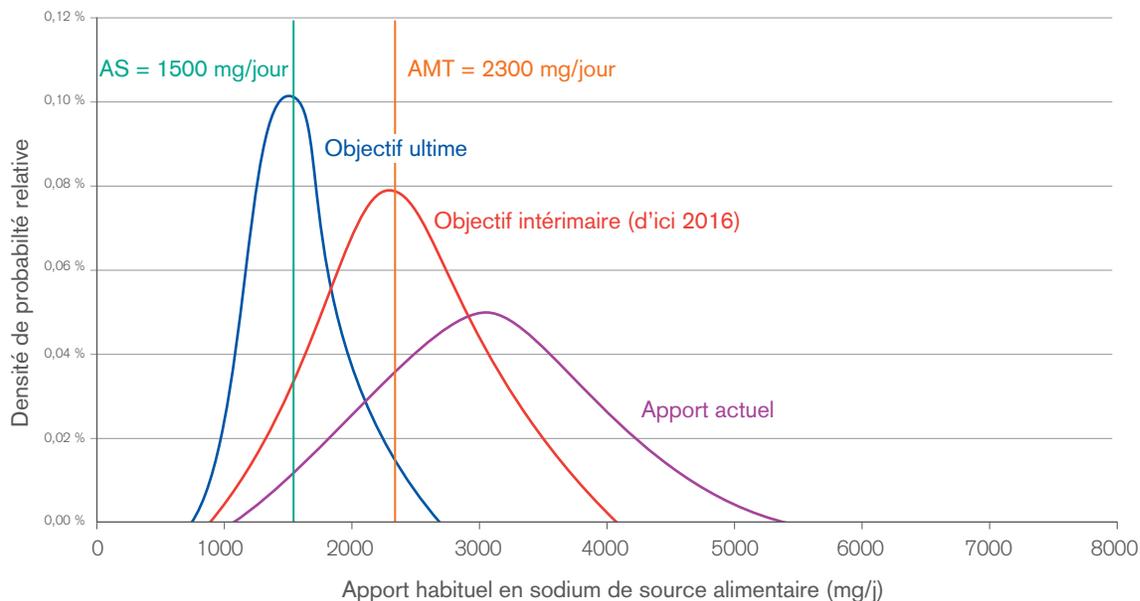
- » La sensibilisation et l'éducation des Canadiens et des Canadiennes, des professionnels de la santé et des autres intervenants clés.
- » La recherche.

Les recommandations de ces trois volets sont appuyées par des recommandations supplémentaires en matière de surveillance et d'évaluation.

La Stratégie de réduction du sodium est complète et intégrée. Ses groupes de recommandations ne peuvent être séparés les uns des autres, car sa réussite dépend de tous les secteurs d'intervention. La Stratégie tient compte du fait que pour favoriser l'atteinte d'apports en sodium santé au cours d'une longue période, une combinaison d'interventions à divers paliers est requise. De fait, la démarche doit cibler les plans individuel, interpersonnel, organisationnel, communautaire de même que la politique publique. L'élaboration d'une politique publique et la création de milieux favorables à l'appui de la modification du comportement ainsi que l'autonomisation des communautés et des personnes lorsqu'il s'agit de réduire leur apport en sodium jusqu'à ce qu'il atteigne une fourchette santé constituent d'importants volets de la Stratégie.

FIGURE 1

Illustration graphique des objectifs intérimaires et ultimes



Un objectif intérimaire d'apport en sodium devant être atteint d'ici 2016 est établi dans le cadre de la Stratégie, et il s'agit d'une moyenne de 2 300 mg de sodium par jour pour la population, tandis que l'objectif ultime de la Stratégie consiste à abaisser l'apport en sodium jusqu'à une moyenne pour la population où l'apport quotidien en sodium d'autant de personnes que possible – c'est-à-dire de plus de 95 % des Canadiens et des Canadiennes – soit inférieur à l'apport maximal tolérable (AMT) de 2 300 mg par jour. Pour des raisons pratiques, atteindre cet objectif exige de rapprocher grandement l'apport moyen quotidien en sodium chez la population canadienne de l'apport suffisant (AS) recommandé par l'IOM qui est de 1 500 mg pour les personnes âgées de 9 à 50 ans et à une quantité moindre pour les plus jeunes et les plus âgées. Ces objectifs sont présentés sous forme de graphique à la figure 1.

Ce rapport

La Stratégie de réduction du sodium pour le Canada faisant l'objet du présent document reflète le fruit du travail accompli pendant plus de deux ans par le Groupe de travail sur le sodium. La Stratégie comporte des recommandations globales et des recommandations portant sur des facettes particulières. L'élaboration de la Stratégie, importante en soi, représente un point de départ essentiel du processus de mise en œuvre des changements requis pour réduire l'apport en sodium chez les Canadiens et les Canadiennes dans le cadre d'une saine alimentation.

Ce rapport comporte deux parties principales :

- » La **Partie I**, intitulée **Contexte**, présente une vue d'ensemble des divers enjeux et complexités dont le Groupe de travail a tenu compte au cours de sa recherche, de ses consultations et de ses délibérations. Elle expose un contexte déterminant qui non seulement présente la justification de chaque recommandation, mais explique en outre les enjeux en matière de santé et d'autres questions dont le Groupe de travail a dû tenir compte pour l'élaboration de la Stratégie destinée au contexte canadien.
- » La **Partie II**, intitulée **Stratégie de réduction du sodium**, présente les objectifs recommandés et la Stratégie pour les atteindre, laquelle comporte six recommandations globales, dix qui concernent le sodium dans l'approvisionnement alimentaire, sept qui ciblent la sensibilisation et l'éducation de divers intervenants et cinq qui ont trait à la recherche. Cet ensemble est appuyé par cinq recommandations en matière de surveillance et d'évaluation, lesquelles couvrent tous les autres secteurs de recommandations.

Le rapport comprend aussi cinq annexes qui procurent un contexte important et de l'information plus approfondie à l'appui de la Stratégie.

Outre les autres modifications au mode de vie et les habitudes alimentaires qui exercent une incidence sur le risque d'hypertension artérielle, la recherche a démontré l'existence d'une relation directe entre l'apport en sodium et l'hypertension artérielle; la tension artérielle de la population en général s'élève avec l'augmentation de l'apport en sodium et baisse avec sa diminution. En 2009, une méta-analyse de 19 cohortes distinctes totalisant 177 025 participants et plus de 11 000 accidents vasculaires a démontré qu'un apport élevé en sel augmente considérablement le risque d'accident vasculaire cérébral et de maladie cardiovasculaire totale¹⁰. En plus de ses effets sur la tension artérielle, un apport élevé en sodium est aussi associé à des atteintes vasculaires et cardiaques, lesquelles ne dépendent pas de la tension artérielle élevée, de même qu'à des effets nuisibles sur le calcium et le métabolisme osseux, au risque accru de cancer gastrique et à la gravité de l'asthme¹¹.

A. Effets du sodium sur la santé

Le sodium est un élément essentiel qui est nécessaire – en petites quantités – au fonctionnement normal de l'organisme. Le lien de causalité entre les quantités excessives de sodium consommées et l'hypertension artérielle est prouvé. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a estimé que l'hypertension artérielle constitue le principal facteur de risque de décès évitable à l'échelle mondiale⁶. Au Canada, 19 % des adultes âgés de 20 à 79 ans sont atteints d'hypertension artérielle et 20 % de ceux-ci sont touchés par la préhypertension⁷. L'hypertension est une des principales causes de maladie cardiovasculaire qui, quant à elle, est la première cause de décès au Canada^{8,9}.

Une méta-analyse d'essais comparatifs a démontré que l'apport en sodium contribue également à la hausse de la tension artérielle chez les enfants¹². De plus, un apport élevé en sodium prédispose vraisemblablement les enfants à souffrir d'hypertension artérielle plus tard au cours de leur vie. En outre, on avance l'hypothèse qu'un apport élevé en sodium affaiblit la perception des récepteurs du goût salé, ce qui peut faire en sorte qu'en grandissant, les enfants préfèrent les aliments dont la teneur en sel est plus élevée¹².

On s'attend à ce que la réduction de l'apport en sel chez les gens de partout au monde transforme la distribution de la tension artérielle au sein de la population en l'optimisant, ce qui préviendra des millions de décès provoqués par la maladie cardiovasculaire et les accidents vasculaires cérébraux et par conséquent, allégera le fardeau qui pèse sur les services de santé. Non seulement la réduction du sodium est-elle l'une des façons les plus aisées de réduire le fardeau

global de la maladie cardiovasculaire, mais elle est de plus efficace et rentable^{13,14}.

Bien que l'apport excessif en sodium alimentaire soit un important facteur de risque de l'apparition de l'hypertension artérielle, d'autres paramètres du mode de vie, y compris l'obésité, le manque d'activité physique et une piètre alimentation, y contribuent grandement¹⁵. Il a été démontré que l'adoption du régime DASH (Dietary Approach to Stop Hypertension), lequel est semblable au régime alimentaire préconisé dans le *Guide alimentaire canadien*, a entraîné des réductions substantielles de la tension artérielle, même sans réduction de l'apport en sodium¹⁶. Néanmoins, la preuve de l'incidence de la réduction du sodium sur la tension artérielle provient des constatations de l'essai DASH sur le sodium, soit un essai multi-centre comparatif randomisé qui a comparé les effets de trois quantités de sodium et de deux régimes alimentaires sur la tension artérielle. On a constaté que le

sodium exerce un effet important sur la tension artérielle tant chez les consommateurs qui observent une alimentation nord-américaine typique que chez ceux qui observent le régime DASH, et la combinaison du régime DASH et de la réduction de l'apport en sodium a procuré l'effet le plus marqué sur la tension artérielle¹⁷.

Apport suffisant et apport maximal tolérable

Cocombandité par les gouvernements canadien et américain, l'IOM a établi un nouvel ensemble d'apports nutritionnels de référence (ANREF), lequel comprend des estimations des besoins moyens estimatifs, des apports nutritionnels recommandés et des apports maximaux tolérables (AMT) pour la plupart des éléments nutritifs. Pour le sodium, comme les données ont été estimées insuffisantes pour établir le besoin moyen, c'est plutôt un apport suffisant (AS) qui a été déterminé dans ce cas. Trois critères distincts ont été utilisés pour établir l'AS chez les adultes. D'abord, l'AS est établi de façon à assurer que l'alimentation globale fournit une quantité suffisante d'autres éléments nutritifs importants en y intégrant cet apport en sodium. Ensuite, l'AS est supérieur à la quantité

dont les effets indésirables sur la concentration en lipides sanguins et l'insulinorésistance ont été démontrés. Enfin, l'AS est établi à une quantité qui prévoit la perte de sodium par la transpiration chez des personnes exposées à des températures élevées sans y être adaptées ou qui deviennent physiquement actives⁵. L'AS est la quantité qui devrait satisfaire ou excéder les besoins en sodium de la plupart des individus d'un groupe d'âge-sexe particulier. Tel qu'indiqué au tableau 1, pour les personnes âgées de 9 à 50 ans, l'AS a été établi à 1 500 mg de sodium par jour. Pour les personnes âgées de moins de 9 ans et de plus de 50 ans, l'AS est moindre.

L'apport maximal tolérable (AMT) en sodium, figurant aussi au tableau 1, a été établi à 2 300 mg par jour pour les personnes âgées de 14 ans et plus et à des quantités inférieures pour les individus plus jeunes. L'AMT a été défini comme l'apport moyen quotidien le plus élevé qui ne comporterait vraisemblablement pas de risque d'effets indésirables sur la santé et comme reflétant un apport qui ne devrait pas être dépassé. Il convient de noter que la définition de l'AMT est problématique pour le sodium, car l'augmentation de la tension artérielle se poursuit avec l'augmentation de l'apport en sodium, et ce, sans seuil

TABLEAU 1
AS et AMT de sodium pour divers groupes d'âge

Groupes d'âge	AS (mg/jour)	AMT (mg/jour)
1 à 3 ans	1 000	1 500
4 à 8 ans	1 200	1 900
9 à 13 ans	1 500	2 200
14 à 18 ans	1 500	2 300
19 à 30 ans	1 500	2 300
31 à 50 ans	1 500	2 300
51 à 70 ans	1 300	2 300
Plus de 70 ans	1 200	2 300

Source: Institute of Medicine of the National Academies des États-Unis, 2005⁵.

apparent. Cela signifie que le risque d'hypertension progresse dès que l'apport dépasse l'AS, peu importe qu'il soit inférieur à l'AMT. Selon le rapport de l'IOM, les personnes atteintes d'hypertension, de diabète et de néphropathie chronique, de même que les personnes plus âgées et les personnes d'origine africaine, qui sont toutes plus sensibles à l'augmentation de la tension artérielle causée par le sodium, devraient en limiter leur consommation davantage⁵. Au Canada, il a été démontré que les personnes d'origine sud-asiatique courent un risque plus élevé d'être atteintes de maladie cardiovasculaire et qu'elles devraient aussi limiter leur apport en sodium¹⁸.

Ultimement, l'objectif à atteindre en matière d'apport en sodium est celui qui réduit au minimum la part de la population qui court un risque de subir les effets indésirables d'une consommation excessive de sodium. Ceci exige une distribution des apports habituels selon laquelle l'apport quotidien d'autant de personnes que possible, à tout le moins de 95 % de la population, est inférieur à l'AMT. Puisque actuellement, l'apport en sodium de la majorité de la population excède l'AMT, une réduction considérable de cet apport est nécessaire⁵.

B. Avantages en matière de santé et retombées économiques de la réduction du sodium

Au Canada, on a estimé que si l'apport moyen en sodium diminuait de 1 840 mg/jour – ce qui équivaldrait, à peu de chose près, à réduire l'apport actuel à l'AS de 1 500 mg/jour – la prévalence de l'hypertension artérielle diminuerait de 30 %. Ceci diminuerait approximativement le nombre de patients atteints d'hypertension d'un million et entraînerait des économies annuelles directes d'environ 430 millions de dollars en visites chez le médecin, en analyses de laboratoire et en consommation de médicaments¹⁹. On estime également qu'une telle réduction de l'apport en sodium préviendrait 23 500 cas de maladie cardiovasculaire par an au Canada, ce qui représente une diminution de 13 % par rapport aux données actuelles¹⁹. Ceci entraînerait des économies directes additionnelles de 949 millions de dollars par an.

Globalement, réduire le sodium d'environ 1 800 mg par jour entraînerait des économies directes en soins de santé

de 1,38 milliard de dollars par an, et si les coûts indirects y étaient ajoutés, elles atteindraient annuellement 2,99 milliards de dollars²⁰. Bien que ces économies estimées soient fondées sur les coûts qui avaient cours en 1993 et qu'en dollars actuels (2010), elles sont vraisemblablement beaucoup plus élevées, les coûts directs entraînés par les maladies cardiovasculaires au Canada tels que publiés en 1998 étaient estimés à 6,82 milliards de dollars et les coûts indirects, à 11,65 milliards de dollars²¹.

Les estimations les plus récentes (1998) indiquent qu'alors, les coûts directs des maladies cardiovasculaires s'élevaient à 6,82 milliards de dollars et que les coûts indirects atteignaient 11,65 milliards de dollars, ce qui totalise 18,47 milliards de dollars.

Une étude réalisée aux États-Unis dont les résultats ont été publiés en 2010 a permis d'estimer qu'en réduisant l'apport en sel de 3 g (1 200 mg de sodium) par jour, le nombre annuel de nouveaux cas de coronaropathie diminuerait de 60 000 à 120 000, d'accidents vasculaires cérébraux de 32 000 à 66 000, d'infarctus du myocarde de 54 000 à 99 000 et le nombre de décès de toutes causes, de 44 000 à 92 000. Ceci aurait épargné de 194 000 à 392 000 années-personnes sans invalidité et économisé annuellement de 10 milliards à 24 milliards de dollars en coûts de soins de santé. Même une modeste réduction de 1 g de sel (de 400 mg de sodium) par jour réalisée sur une période de 10 ans ferait en sorte qu'annuellement, le nombre de cas de coronaropathie diminuerait de 20 000 à 40 000, d'accidents vasculaires cérébraux de 11 000 à 23 000, d'infarctus du myocarde de 18 000 à 35 000 et de décès de toutes causes, de 15 000 à 32 000²². (Voir aussi l'encadré.)

À titre comparatif, dans le cadre de l'étude, on a aussi estimé qu'une réduction quotidienne de 3 g de l'apport en sel aurait à peu près le même effet sur le taux de coronaropathie qu'une réduction de 50 % de l'usage du tabac, qu'une diminution de 5 % de l'indice de masse corporelle (IMC) d'adultes obèses ou que le recours aux statines pour le traitement des personnes à faible risque ou à risque moyen d'être atteintes de coronaropathie.

EFFETS PROJÉTÉS D'UNE RÉDUCTION DE LA CONSOMMATION DE SODIUM À L'ÉCHELLE DES ÉTATS-UNIS²²

Diminution de 3 g de sel (1 200 mg de sodium) de l'apport moyen en sodium à l'échelle de la population

- Diminution annuelle de 60 000 à 120 000 cas de coronaropathie.
- Diminution annuelle de 32 000 à 66 000 cas d'accident vasculaire cérébral.
- Diminution annuelle de 54 000 à 99 000 cas d'infarctus du myocarde.
- Diminution annuelle de 44 000 à 92 000 décès de toutes causes.
- De 194 000 à 392 000 années-personnes sans invalidité seraient épargnées.
- Les coûts des soins de santé diminueraient de 10 à 24 milliards de dollars par an.

Diminution de 1 g de sel (400 mg de sodium) en 10 ans de l'apport moyen en sodium de la population

- Diminution annuelle de 20 000 à 40 000 cas de coronaropathie.
- Diminution annuelle de 11 000 à 23 000 cas d'accident vasculaire cérébral.
- Diminution annuelle de 18 000 à 35 000 cas d'infarctus du myocarde.
- Diminution annuelle de 15 000 à 32 000 décès de toutes causes.

Selon l'estimation, une réduction de 3 g/jour de sel serait de loin plus efficace que les autres interventions pour la prévention des accidents vasculaires cérébraux. En outre, selon l'étude, une stratégie de réduction de l'apport en sel de 3 g/jour serait aussi efficace que de fournir des antihypertenseurs pharmaceutiques à toutes les personnes atteintes d'hypertension ne prenant pas de médicaments, mais à une fraction du coût (300 millions de dollars par rapport à 19,5 milliards de dollars). Selon l'estimation issue de l'étude, le gouvernement américain économiserait de 6 à 12 dollars en soins de santé pour chaque dollar consacré à un programme visant à réduire la consommation de sel, même s'il en assumait tous les coûts. De plus, la réussite d'un programme de réduction de la consommation de sel à l'échelle de la population entraînerait, selon les estimations, une diminution de 16 à 24 % du nombre de femmes qui devraient continuer à prendre des médicaments pour lutter contre l'hypertension et de 22 % à 34 % chez les hommes. Aux États-Unis, où l'étude a été réalisée, ceci constituerait une économie de 3 à 6 milliards de dollars des coûts consacrés au traitement de l'hypertension artérielle seulement²².

C. Démarches internationales pour la réduction du sodium

Recommandations de l'OMS

La consommation élevée de sel constitue un problème mondial. Le tableau 2 illustre l'apport en sodium et en sel dont on fait état dans

plusieurs pays. En raison de l'apport en sel élevé partout au monde, en 2003, l'OMS a établi une cible quotidienne mondiale de 5 g ou moins de sel (< 2000 mg sodium) par jour². Par la suite, une réunion technique à ce sujet a eu lieu à Paris en 2006, et dans ce cadre, des recommandations ont été formulées sur la façon d'atteindre cet objectif, dont certaines sont exposées ci-dessous³.

- » Les pays devraient s'engager à réduire la consommation moyenne de sel dans la population adulte à < 5 g par jour, à l'exception de ceux où des seuils inférieurs ont déjà été fixés.
- » Les pays devraient élaborer une stratégie précise pour atteindre cet objectif. Cette stratégie devrait comprendre des objectifs mesurables, des cibles, des indicateurs (y compris pour les sous-catégories de la population), et un calendrier visant à les réaliser dans les plus brefs délais.
- » Il est recommandé que les ministères de la santé jouent un rôle directeur dans le lancement et la coordination de l'établissement de politiques, stratégies et actions visant à réduire les apports en sel. Une approche intersectorielle et multidisciplinaire sera recherchée et poursuivie par l'intermédiaire des ministères de la santé pour faciliter l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des politiques.
- » Les entreprises de production et de service de produits alimentaires (restauration collective et traditionnelle, cantines d'établissements d'enseignement et d'entreprises,

etc.) sont vivement encouragées à prendre des mesures afin de réduire au plus faible niveau possible la teneur en sel de leurs produits ou repas, sachant que les goûts des consommateurs s'adaptent progressivement aux apports proposés.

- » Les directives gouvernementales d'application volontaire et les démarches d'autorégulation peuvent présenter des avantages, notamment par leur souplesse et leur rapidité d'exécution. Ces approches sont à rechercher, mais

seulement si des mécanismes indépendants et transparents sont eux aussi établis pour évaluer les effets des actions convenues dans un laps de temps donné.

- » La mise en œuvre de toute approche par l'autorégulation sera soumise à un calendrier précis, et si les objectifs convenus ne sont pas atteints dans les délais voulus, il conviendra de recourir à des mesures réglementaires et de les faire appliquer. Ce stade est sans doute déjà atteint

TABLEAU 2

Estimation des apports quotidiens en sodium et en sel au sein de pays sélectionnés*

Pays	Sodium (mg)	Sel (g)	Sodium (mmol)	Méthode	Année	Référence
Espagne	2 142	5,4	93	Rappel alimentaire de 72 heures	1995	Schröder, <i>et al.</i> , 2002 ²³
France	3 120	8,0	136	Enquête alimentaire de sept jours par questionnaire	1999	Meneton, <i>et al.</i> , 2009 ²⁴
Finlande	3 300	8,3	144	Rappel alimentaire de 24 heures validé par analyse d'échantillons d'urine	2002	Reinivuo, <i>et al.</i> , 2006 ²⁵
Canada	3 400	8,5	148	Rappel alimentaire	2004	Statistique Canada 2004^{26**}
États-Unis	3 435	8,6	149	Rappel alimentaire	2006	USDA des États-Unis, 2006 ²⁷
Royaume-Uni	3 460	8,6	150	Analyse d'échantillons d'urine de 24 heures	2008	Nat. Centre for Social Research, 2008 ²⁸
Brésil	4 500	11,3	196	Enquête sur le budget des ménages/disparition d'aliments	2003	Sarno, <i>et al.</i> , 2009 ²⁹
Turquie	7 200	18,0	313	Analyse d'échantillons d'urine de 24 heures	2008	World Action on Salt, 2008 ³⁰

* Il convient de noter que les données ont été obtenues en ayant recours à diverses méthodes (rappel alimentaire, collecte des urines de 24 heures, etc.) et que par conséquent, elles devraient être comparées avec circonspection.

** L'estimation comprend l'apport de 3 098 mg dont Statistique Canada a fait état, une fois ajustée pour tenir compte du sel ajouté pendant la préparation des repas et à table.

dans des pays où les approches volontaires adoptées depuis des années se sont montrées inefficaces.

Poursuite des travaux initiaux en Finlande

Même avant la publication du rapport de l'OMS en 2003, certains pays avaient entrepris des démarches de réduction du sodium. En 1979, la Finlande a entrepris une campagne de réduction de la consommation de sel couronnée de succès dans le cadre d'une stratégie complète pour diminuer l'incidence de maladie cardiovasculaire en Carélie du Nord. La stratégie avait pour but d'améliorer la qualité nutritionnelle globale de l'alimentation, de réduire l'usage du tabac et d'augmenter l'activité physique à l'échelle de la population. Les travaux ont cours dans l'ensemble du pays et, dans le cas de la réduction du sodium, ils ciblent l'information du public au moyen de campagnes médiatiques de grande envergure et de l'étiquetage obligatoire des aliments à haute teneur en sel, de même que la collaboration avec l'industrie alimentaire afin de modifier la composition des aliments sur une base volontaire. Selon l'estimation, l'industrie a modifié la composition d'une variété de groupes de produits pour réduire leur teneur en sel d'environ 20 à 25 %³¹. La démarche complète a entraîné la réduction d'un tiers de l'apport moyen en sodium, soit de plus de 5 000 mg par jour en 1980 à environ 3 300 mg en 2002, ce qui a contribué à une diminution de plus de 10 mm Hg de la tension systolique et diastolique moyenne de la population, de même que de 75 % de diminution de la mortalité causée tant par les accidents vasculaires cérébraux que par la maladie cardiaque^{25,32}.

Objectifs de réduction au Royaume-Uni

Au Royaume-Uni, en 2003, le Scientific Advisory Committee on Nutrition (SACN) a recommandé que la consommation quotidienne de sel par la population passe de 9,5 g (3 800 mg de sodium) à 6 g (2 400 mg de sodium), cet objectif devant être atteint en 2010. L'apport quotidien moyen en sodium a diminué de 3 800 mg en 2001 à 3 440 mg en 2008³³. À la suite de la publication du rapport du SACN, en 2003, la Food Standards Agency et le Department of Health se sont engagés à travailler de concert à la réduction des apports en sel jusqu'à ce qu'ils

soient conformes à cette recommandation. Pour atteindre l'objectif, la stratégie comportait trois volets principaux : une campagne publique pour augmenter la sensibilisation des consommateurs sur les raisons pour lesquelles un apport élevé en sodium est nocif pour la santé et sur ce qu'ils peuvent faire pour le réduire; la collaboration avec l'industrie alimentaire pour réduire la teneur en sel des aliments transformés et l'étiquetage sur le devant de l'emballage pour communiquer davantage d'information aux consommateurs sur la teneur en sel (et en d'autres éléments nutritifs) des aliments. Pour contribuer à guider l'industrie alimentaire quant au type d'aliments dont la teneur doit être réduite et à la mesure dans laquelle elle doit l'être pour contribuer à réduire l'apport chez les consommateurs, l'organisme a proposé des cibles de teneur en sel pour une vaste gamme de catégories d'aliments. Établies par voie de discussion avec l'industrie alimentaire, les cibles ont ensuite été diffusées pour tenir une consultation de plus grande envergure auprès du public, et c'est en 2006 que leur version définitive a été adoptée. En 2008, les progrès accomplis vers l'atteinte de ces cibles ont été évalués, et les cibles révisées pour 2012 ont été publiées³⁴.

Cadre de l'Union européenne

L'Union européenne a aussi entrepris des initiatives pour limiter la consommation de sel par la population de ses États membres. En 2008, la Commission européenne a établi le cadre destiné aux initiatives nationales en matière de sel (*Framework for National Salt Initiatives*) de l'Union européenne. Le cadre présente une vision commune d'une démarche européenne générale ayant pour but la réduction du sel et pour objectif global de contribuer à réduire l'apport en sodium chez la population de façon à satisfaire aux recommandations formulées au pays ou par l'OMS. La participation des États membres est volontaire, et le cadre est proposé pour appuyer et renforcer les plans nationaux. Le cadre de l'Union européenne comporte cinq principaux éléments :

1. Déterminer les besoins non comblés en matière de données.
2. Établir des points de référence pour les principales catégories d'aliments.

3. Élaborer des interventions pour augmenter la sensibilisation du public.
4. En collaboration avec l'industrie/le secteur de la restauration, élaborer des démarches pour la modification de la composition des aliments.
5. Surveiller et évaluer les démarches et la modification de la composition des aliments.

Un point de référence minimal qui consiste en une réduction du sel de 16 % en quatre ans, soit d'à tout le moins 4 % par an, a été établi. Douze catégories d'aliments ont été désignées comme prioritaires; chaque État membre doit en choisir au moins cinq³⁵.

Recommandations actuelles aux États-Unis

Aux États-Unis, l'IOM a mis sur pied un comité d'étude qui avait pour mission d'examiner les divers moyens qui pourraient être mis en œuvre pour réduire l'apport en sodium alimentaire de sorte qu'il soit conforme aux lignes directrices alimentaires déterminées en 2005 pour la population américaine (*Dietary Guidelines for Americans*), lesquelles établissent que l'apport en sodium ne devrait pas excéder 2 300 mg par jour. Trois réunions ont eu lieu en 2009, et le rapport a été publié en avril 2010³⁶. (Voir l'encadré.)

En élaborant ses recommandations, le Comité de l'IOM a tenu compte de facteurs tels que les effets pour la santé d'un apport élevé en sodium, les bienfaits en matière de santé et d'économie de la réduction du sodium, les apports actuels et les sources de sodium dans l'alimentation, les démarches internationales pour la réduction du sodium, les connaissances et le comportement actuels des consommateurs à l'égard du sodium, les initiatives actuelles et antérieures pour réduire le sodium, le rôle du sodium dans les aliments, la perception du goût salé et l'adaptabilité de cette perception ainsi que l'utilisation et le rôle des succédanés de sel. L'IOM recommande l'établissement de normes nationales obligatoires à l'égard de la teneur en sodium des aliments et entre-temps, une réduction volontaire immédiate du sodium dans les aliments transformés et dans ceux qui sont servis dans les établissements de service alimentaire. La démarche réglementaire se concrétiserait en modifiant le statut

RECOMMANDATIONS DE L'IOM

Stratégies primaires :

Recommandation 1

- La Food and Drug Administration (FDA) devrait rapidement entreprendre un processus pour établir des normes nationales obligatoires en matière de teneur en sodium des aliments.

Stratégies intérimaires :

Recommandation 2

- L'industrie alimentaire devrait agir volontairement pour réduire la teneur en sodium des aliments avant la mise en œuvre de normes obligatoires.

Stratégies à l'appui :

Recommandation 3

- Les organismes gouvernementaux et les organisations de santé publique et de défense des droits des consommateurs ainsi que l'industrie alimentaire devraient organiser des activités à l'appui de la réduction de la teneur en sodium de l'approvisionnement alimentaire (y compris des modifications pour fonder la valeur quotidienne de sodium sur l'apport suffisant, soit 1 500 mg).

Recommandation 4

- De concert avec les recommandations de réduire la teneur en sodium de l'approvisionnement alimentaire, les organismes gouvernementaux, les organisations de santé publique et de défense des droits des consommateurs, les professionnels de la santé, l'industrie de l'assurance-maladie, l'industrie alimentaire et les partenariats publics-privés devraient organiser de plus en plus d'activités pour soutenir la réduction de leur apport en sodium par les consommateurs.

Recommandation 5

- Les organismes fédéraux devraient assurer et augmenter la surveillance et la supervision de la mesure de l'apport en sodium, de la préférence pour le goût salé et de la teneur en sodium des aliments; ils devraient veiller à la publication de données soutenue, et au moment opportun, et ce, en formats conviviaux.

G.R.A.S. (généralement reconnu comme inoffensif) du chlorure de sodium afin de réduire la teneur en sodium de l’approvisionnement alimentaire de manière graduelle. La démarche graduelle est recommandée pour permettre la perception du goût salé par les consommateurs de s’adapter au fil du temps, ce qui favorisera l’acceptation par le consommateur. Cette démarche devrait aussi être adoptée pour les mets au menu des restaurants/établissements de service alimentaire qui sont suffisamment standardisés pour en permettre la mise en œuvre pratique. La recommandation poursuit en mentionnant que la FDA pourrait se pencher sur le statut d’autres composés contenant du sodium qui figurent dans la liste des produits G.R.A.S. et appliquer des modifications cohérentes avec les changements apportés pour le chlorure de sodium.

Également aux États-Unis, en 2008, les services de santé de la Ville de New York ont lancé une initiative nationale pour la réduction de la teneur en sel des aliments transformés et de ceux servis dans les restaurants. Sous la direction des services de santé, une coalition d’organisations de la santé et d’organismes publics a été formée pour travailler de concert avec les dirigeants de l’industrie alimentaire sur un cadre volontaire pour la réduction du sel dans leurs produits.

Cette démarche consiste à établir des cibles significatives atteignables, graduelles, volontaires et mesurables en observant le modèle du Royaume-Uni. Elle a pour objectif d’atteindre une réduction de 20 % de l’apport en sodium en cinq ans en diminuant la teneur en sodium des aliments de 25 %³⁷. En 2010, la Ville de New York a publié des cibles de sodium pour les aliments emballés et transformés de même que pour les aliments servis dans les restaurants^{38,39}.

Pour un examen complet des démarches entreprises sur le plan international pour réduire la consommation de sodium, veuillez consulter : *Dropping the Salt: Practical steps countries are taking to prevent chronic non-communicable diseases through population-wide dietary salt reduction*, préparé pour l’Agence de la santé publique du Canada⁴⁰.

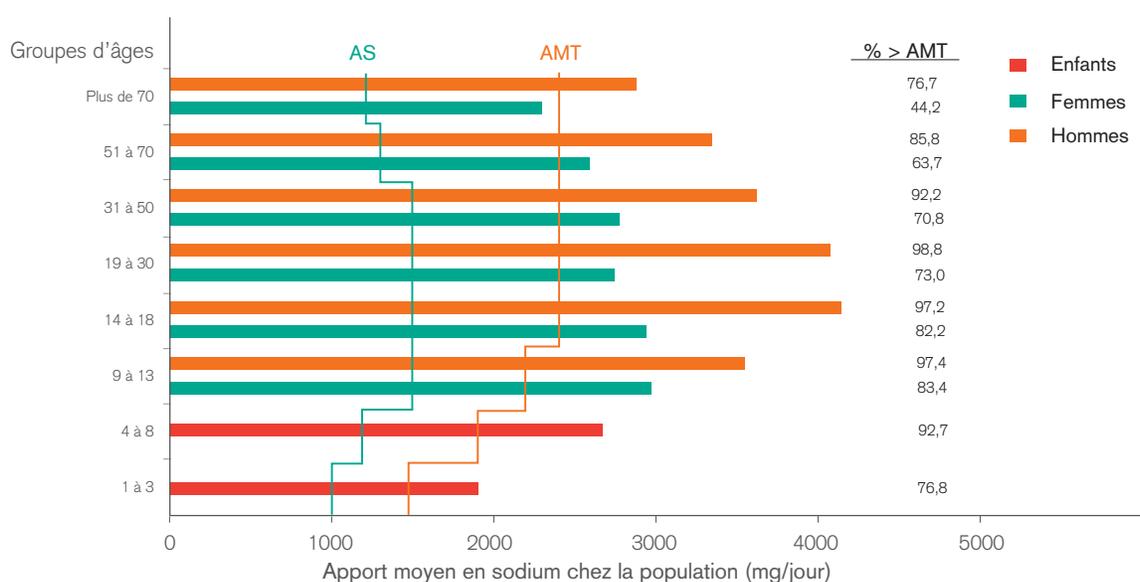
D. Situation canadienne

Apport en sodium au Canada

Les données historiques sur la consommation de sodium au Canada sont très limitées. Une étude canadienne sur la relation entre le sodium, le potassium et l’hypertension, publiée en 1962, a mesuré l’excrétion de sodium en 24 heures chez 9 adultes âgés en moyenne de 58 ans, et ce,

FIGURE 2

Apport moyen habituel en sodium alimentaire



pendant 14 jours. L'excrétion quotidienne était de 162,2 mEq, ce qui révèle un apport quotidien d'environ 3740 mg de sodium⁴¹. À l'analyse des échantillons d'aliments représentatifs de l'alimentation canadienne en 1970, on a fait état de 1 142 mg de sodium par 1 000 kcal⁴². Lorsque cette quantité est rajustée pour tenir compte de l'apport énergétique quotidien établi dans l'Enquête Nutrition Canada qui s'est déroulée de 1970 à 1972, l'apport quotidien en sodium chez l'adulte de sexe masculin était d'environ 3 300 mg et d'environ 2 200 mg chez l'adulte de sexe féminin⁴³. Cette estimation ne comprend pas le sel ajouté à table et pendant la préparation des aliments. L'étude sur l'excrétion urinaire de sodium en 24 heures de l'Intersalt Cooperative Research Group a porté sur deux centres canadiens (à St. John's et au Labrador). Les données ont indiqué que l'apport moyen quotidien en sodium à St. John's était de 4 239 mg et de 3 425 mg au Labrador⁴⁴.

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2.2 de 2004, axée sur l'apport en éléments nutritifs chez la population, a révélé que l'apport quotidien moyen en sodium chez tous les Canadiens et les Canadiennes était de 3 098 mg. Selon l'estimation, la consommation de sodium réelle serait encore plus élevée puisque dans le cadre de l'enquête, on n'a pas tenu compte du sel ajouté à table et pendant la préparation des repas à la maison, ce qui pourrait augmenter l'apport d'environ 11 %^{45,46}. Ainsi, l'apport en sodium moyen chez la population canadienne est d'environ 3 400 mg par jour. L'apport moyen habituel en sodium alimentaire selon les groupes d'âges et le sexe ainsi que le pourcentage des gens de ces groupes dont la consommation excède l'AMT sont présentés à la figure 2⁴. L'apport est supérieur à l'AMT chez presque toute la population. Les données indiquent que parmi les gens âgés de 9 à 70 ans, l'apport en sodium de plus de 85 % des personnes de sexe masculin et de 63 à 83 % des personnes de sexe féminin dépassait l'AMT. De même, l'apport en sodium dépassait l'AMT chez 77 % des jeunes enfants âgés de 1 à 3 ans et chez 93 % de ceux âgés de 4 à 8 ans. L'apport chez 97,2 % des adolescents et chez 82,2 % des adolescentes dépassait l'AMT.

Sources de sodium dans l'alimentation canadienne

Dans l'alimentation canadienne, le sel (chlorure de sodium) est la principale source de sodium. Les autres sources qui contribuent à l'apport en sodium chez la population canadienne sont le glutamate monosodique, un exhausteur de goût, et les additifs alimentaires tels que le benzoate de sodium, le bicarbonate de sodium, le citrate de sodium, le nitrite de sodium et le pyrophosphate disodique. La majorité, soit 77 %, du sodium présent dans l'alimentation typique, provient des produits alimentaires transformés. Une part de 12 % est d'origine naturelle tandis que les sources discrétionnaires ne comptent que pour 11 % (dont 6 % de sel ajouté à table et 5 %, pendant la préparation des aliments)⁴⁶. Par conséquent, 88 % de tout le sodium contenu dans les aliments est ajouté pendant la fabrication ou la préparation des aliments et n'est pas présent naturellement.

... 88 % de tout le sodium dans l'alimentation (canadienne) est ajouté pendant la fabrication ou la préparation et n'est pas d'origine naturelle.

Ce sont les aliments commerciaux qui contribuent le plus à l'apport en sodium alimentaire, entre autres, ceux qui sont servis dans les restaurants et par les établissements de services alimentaires. Tel qu'illustré à la figure 3, les groupes d'aliments qui en sont les principales sources sont : les pains, qui comprennent tous les pains, les muffins, les brioches, les petits gâteaux, les petits pains et les produits de pâtisserie et de boulangerie semblables offerts sur le marché (14 %); les viandes transformées (9 %); les plats à base de légumes, les jus de tomate et de légumes (8 %); les soupes (7 %); les plats à base de pâtes (6 %); le fromage (5 %); les produits laitiers (4 %); les plats à base de viande rouge (4 %); les plats à base de volaille (4 %); les fonds et les sauces (4 %); la pizza (3 %); les céréales pour le petit-déjeuner (3 %); les plats à base de pommes de terre (3 %); les plats à base de poisson, de mollusques et de crustacés (2 %); les œufs (2 %); les plats à base de riz (2 %); les croustilles et les grignotines salées (2 %)²⁶.

Il convient de noter que l'apport en sodium par catégorie d'aliments doit être considéré avec circonspection. Certains ont une teneur élevée en sodium, mais sont consommés en plus petite quantité, tels les viandes, les sauces et les fonds, alors que d'autres ont une teneur plus faible en sodium, mais sont consommés en grande quantité, tels le pain et les produits laitiers autres que le fromage.

L'importance de la participation des établissements de services alimentaires à la Stratégie

Selon les données obtenues au moyen de l'ECSS 2.2 en 2004, en moyenne, 16 % des aliments consommés quotidiennement proviennent des établissements de services alimentaires de tous les types (restaurants avec service, restaurants à service rapide, cafétérias et distributeurs automatiques). Selon l'estimation, tel que calculé en ayant recours à la base de données de la composition des aliments utilisée pour les autres aliments dans le cadre de l'ESCC 2.2., ces aliments fournissent 18 % du sodium total moyen au quotidien. Cependant, cette estimation de 18 % a été calculée en utilisant la même base de données de la

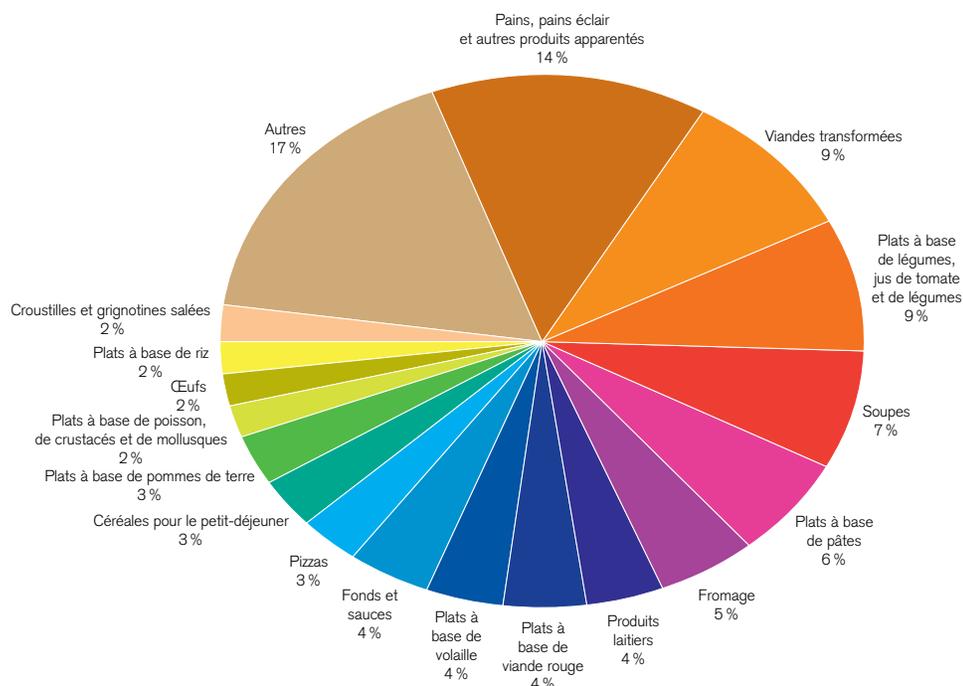
composition des aliments utilisée pour les aliments consommés à la maison, et dans les mêmes proportions. Comme il n'existe pas de données issues de l'analyse directe des aliments vendus dans les établissements de services alimentaires dans la base de données de l'ESCC 2.2, il est impossible de confirmer cette estimation par rapport au pourcentage réel de sodium consommé de cette source. Bien qu'il s'agisse d'une estimation, on peut tenir pour acquis à juste titre que les aliments consommés dans les établissements de services alimentaires contribuent à l'apport quotidien en sodium chez les Canadiens et les Canadiennes. C'est la raison pour laquelle ces établissements participent à la Stratégie visant à réduire l'apport en sodium.

Connaissances et comportements de la population canadienne à l'égard du sodium

Désormais, le sodium semble être dans la mire des Canadiens et des Canadiennes. Cependant, très rares sont les personnes qui comprennent ce qu'est une quantité de sodium adéquate pour la santé, et chez la plupart des gens, l'apport en sodium alimentaire demeure élevé. Lors d'une

FIGURE 3

Principaux groupes d'aliments contribuant à l'apport en sodium



Source : Données issues de l'ESCC 2.2 (Fischer, *et al.*, 2009⁴⁷)

enquête nationale à grande échelle, la majorité des répondants ont dit croire que la teneur en sel de l'alimentation canadienne est trop élevée, mais moins de la moitié pouvaient se prononcer sur ce qui constitue une quantité excessive de sel⁴⁸.

SOMMAIRE DES CONNAISSANCES ET COMPORTEMENTS DE LA POPULATION CANADIENNE À L'ÉGARD DU SODIUM

Préoccupés par le sodium

Très	35 %
Modérément	39 %
Peu ou aucunement	25 %

Consomment trop de sodium

Autres	89 %
Eux-mêmes	41 %

Efforts pour l'amélioration des habitudes alimentaires

Plus de fruits/légumes	27 %
Plus de grains entiers/fibres	17 %
Moins de matières grasses	17 %
Moins de sucre	15 %
Moins de calories	14 %
Moins de sel	12 %

Démarches entreprises pour limiter l'apport en sodium

Ne pas ajouter de sel à la cuisson	42 %
Ne pas ajouter de sel à table	39 %
Éviter les aliments transformés	24 %
Lire le tableau de la valeur nutritive	21 %
Surveiller la consommation d'aliments salés	19 %
Acheter des aliments à faible teneur en sodium	15 %

De la même façon, une recherche sur l'opinion publique, réalisée sous contrat à la demande de l'Agence de la santé publique du Canada dans le cadre de laquelle des données quantitatives et qualitatives ont été recueillies, permet de présumer que les Canadiens et les Canadiennes savent que la consommation de sodium est élevée au sein de la population, mais chacun croit qu'il a de meilleures habitudes que les autres sur ce plan⁴⁹. Plus précisément, 89 % des répondants ont affirmé que les autres consommaient trop de sodium tandis que seulement 41 % ont affirmé qu'eux-mêmes en consommaient trop. Qui plus est, 72 % ont reconnu les aliments transformés comme la source de sodium la plus importante dans l'alimentation canadienne. Lorsqu'on leur a demandé s'ils étaient préoccupés par la quantité de sodium dans leur alimentation, 35 % ont indiqué qu'ils étaient très ou extrêmement préoccupés, 39 %, modérément préoccupés et 25 %, peu ou aucunement préoccupés.

Le comportement ne reflète pas la sensibilisation

Les Canadiens et les Canadiennes sont aussi très sensibilisés quant à la relation entre l'apport élevé en sodium et les troubles de la santé tels que l'hypertension artérielle. Lorsqu'on leur a demandé ce qu'ils faisaient pour réduire leur apport en sodium, ils étaient beaucoup plus susceptibles de dire qu'ils réduisaient l'ajout de sel à table ou en cuisinant que de répondre qu'ils réduisaient leur consommation d'aliments transformés – bien qu'ils sachent que les aliments transformés comptent au nombre des principales causes du problème de la consommation élevée de sodium. Le sommaire de cette recherche sur l'opinion publique est présenté à l'Annexe 3 de la présente Stratégie.

... les Canadiens et les Canadiennes savent que la consommation de sodium est élevée au sein de la population, mais chacun croit qu'il en consomme moins que les autres.

Lors de l'enquête *Nutrition: évolution et tendances* (NET) de 2008, les répondants ont été invités à classer par importance 12 caractéristiques dont ils étaient susceptibles de tenir compte pour le choix des aliments. Parmi les

caractéristiques énumérées, « la teneur en sel/sodium de l'aliment est faible » comptait au nombre des quatre premières⁵⁰. Malgré l'affirmation selon laquelle la teneur en sodium influe sur le choix des aliments, relativement peu de Canadiens et de Canadiennes semblent faire des efforts concertés pour réduire leur consommation de sodium. De façon semblable aux réponses obtenues lors des autres enquêtes NET, en 2008, environ six répondants sur dix ont affirmé avoir fait un effort pour modifier leurs habitudes alimentaires au cours de l'année précédente. Parmi les gens qui ont modifié leurs habitudes, l'augmentation de la consommation de fruits et de légumes est le changement le plus fréquent (27 %), suivi par la diminution de la consommation de matières grasses (17 %), par l'augmentation de la quantité de grains entiers/fibres (17 %), par la réduction du sucre (15 %), puis par la diminution de l'apport calorique (14 %). Par comparaison, seuls 12 % ont dit qu'ils avaient tenté de réduire leur consommation de sel⁵⁰.

La population canadienne manque de connaissances au sujet des calories et des éléments nutritifs, ce qui compromet sa capacité de choisir des aliments nutritifs.

Questions relatives à la réduction de l'apport en sodium

La population canadienne tient compte d'une vaste gamme d'éléments nutritifs pour le choix de ses aliments
Il semble que les Canadiens et les Canadiennes se trouvent devant une tâche ardue lorsqu'ils choisissent leurs aliments. Parmi les répondants qui ont participé à l'enquête *Nutrition : évolution et tendances* de 2008, les deux tiers ou plus ont affirmé prendre en compte chacun des 12 éléments nutritifs au sujet desquels ils ont été interrogés, y compris le sodium, au moins à l'occasion, lorsqu'ils choisissent leurs aliments⁴⁸. Qui plus est, le

sodium arrive derrière les lipides et le sucre comme élément nutritif qu'ils recherchent sur l'étiquette d'un produit alimentaire.

Le goût et la valeur nutritive sont les principaux critères à la source des choix alimentaires

L'enquête NET a sans cesse confirmé que le goût arrive bon premier devant la valeur nutritive comme facteur d'influence des choix alimentaires, une constatation qui ne se dément pas peu importe le revenu et le niveau d'éducation. L'enquête indique aussi clairement que pour certains Canadiens et Canadiennes, adopter une piètre alimentation est en partie imposé par d'autres considérations, particulièrement le coût⁴⁸. Ajouter le goût à la liste des facteurs a confirmé que la population canadienne souhaite que leurs aliments soient bons au goût et bons pour leur santé. Presque tous les Canadiens et les Canadiennes (98 %) estiment que le goût a au moins une certaine importance lorsqu'ils choisissent des aliments. De fait, 76 % d'entre eux y accordent une grande importance. La valeur nutritive arrive nettement au second rang d'importance : 93 % indiquent qu'elle est au moins importante dans une certaine mesure et 50 %, qu'elle est très importante. Une plus petite proportion de gens ont nommé le coût et la commodité ou la facilité de préparation comme facteurs importants^{48,50}.

Le goût est adaptable

Malgré les perceptions potentielles au sujet du goût des aliments à teneur réduite en sodium, le goût n'a pas à avoir un effet dissuasif. L'adaptation rapide des gens au changement de la teneur en sel des aliments est solidement étayée. Une fois habitués au goût des aliments à plus faible teneur en sel, les aliments salés leur paraissent généralement désagréables⁵¹. Le compte rendu de la réunion technique organisée par l'OMS en 2006 et plusieurs autres références font expressément mention de cette tendance à l'adaptation³. L'étude australienne sur le sodium dans le pain a révélé que les participants étaient

incapables de déceler des réductions graduelles de la teneur en sodium. Une réduction en six semaines de 25 % de la teneur en sodium du pain n'a pas été relevée par les sujets et n'a en rien affecté leur évaluation du goût ni leur préférence pour le produit⁵². En 2008, un projet de suivi à l'étude de la Chine sur les succédanés du sel a révélé que le remplacement graduel du sel n'a pas modifié le goût des aliments ni leur acceptabilité dans une mesure appréciable⁵³. L'entreprise Les Aliments McCain a réalisé une recherche préliminaire qui indique que les consommateurs ne parviennent pas à détecter une réduction graduelle de la teneur en sodium de certains produits alimentaires⁵⁴.

Les idées erronées au sujet du sodium

La majorité de la population canadienne semble entretenir l'idée erronée selon laquelle le sel de mer est plus santé que le sel de table⁴⁹. En outre, une enquête réalisée à la demande de PepsiCo a révélé que les gens perçoivent les aliments salés en surface ou sur lesquels le sel est visible comme contenant davantage de sodium que plusieurs aliments dans lesquels le sel est invisible ou qui contiennent des aromatisants qui en masquent le goût⁵⁴.

Certains produits à plus faible teneur en sodium existent sur le marché

Une enquête sur l'étiquette des produits alimentaires réalisée par Santé Canada en 2009 a indiqué que la teneur en sodium variait grandement entre les mêmes produits de marques différentes, ce qui laisse entendre qu'en lisant l'étiquette, les consommateurs pourraient trouver des aliments à plus faible teneur en sodium⁵⁵.

Les Canadiens et les Canadiennes éprouvent des difficultés lorsqu'ils consultent l'étiquette des produits alimentaires

L'étiquette des produits alimentaires comporte plusieurs écueils pour les consommateurs canadiens,

dont l'interprétation du pourcentage de la valeur quotidienne (VQ) et la quantité déterminée d'aliment indiquée sur l'étiquette. En outre, la population canadienne manque de connaissances au sujet des calories et des éléments nutritifs, ce qui compromet sa capacité de choisir des aliments nutritifs. Une enquête menée auprès de groupes de consultation sur l'intelligibilité de l'étiquette des aliments a révélé que les participants sont incertains en ce qui concerne ce à quoi correspond le pourcentage de la valeur quotidienne. Ils n'avaient aussi qu'une compréhension très limitée de ce qui constitue une teneur « faible » ou « élevée » en un élément nutritif⁵⁴.

Démarches canadiennes pour la réduction du sodium

Les interventions des ONG et de l'industrie alimentaire

Certaines organisations non gouvernementales (ONG) assument un rôle de chef de file lorsqu'il s'agit d'éduquer la population canadienne au sujet des risques que comporte l'apport élevé en sodium.

- » Pression artérielle Canada (désormais Hypertension Canada) a créé un site Web, www.lowersodium.ca/fr/public/index, qui procure des conseils sur la réduction du sodium, et ce, tant à l'intention du public en général que des professionnels de la santé⁵⁶. L'organisation a aussi élaboré un énoncé de politique sur le sodium, avalisé par 15 autres organisations du domaine de la santé, comportant des recommandations adressées au gouvernement fédéral afin qu'il mette en œuvre une stratégie nationale de réduction du sel⁵⁷.
- » Le Réseau canadien contre les accidents cérébro-vasculaires a créé un site Web, www.sodium101.ca⁵⁸, destiné à communiquer aux consommateurs des conseils pour la réduction des apports et à les informer au sujet de la haute teneur en sodium de l'approvisionnement alimentaire et de ses effets sur la santé ainsi que sur l'apport suffisant.

- » Le Centre pour la science dans l'intérêt public a mené une enquête sur la teneur en sodium de certains aliments canadiens et a publié ces données pour informer les consommateurs canadiens. Le Centre publie aussi mensuellement des comparaisons entre des produits alimentaires qui ciblent la teneur en sodium et en d'autres éléments nutritifs⁵⁹.
- » La Fondation des maladies du cœur du Canada a publié un énoncé de position sur le sodium alimentaire, la maladie cardiaque et l'accident vasculaire cérébral qui comportait des recommandations à l'intention des consommateurs, du gouvernement fédéral, des organisations de professionnels de la santé et l'industrie alimentaire⁶⁰. Le Programme *Visez santé* de la Fondation des maladies du cœur travaille directement avec l'industrie alimentaire pour abaisser la quantité de sodium dans l'approvisionnement alimentaire.

L'industrie alimentaire canadienne a aussi entrepris des démarches pour la réduction du sodium. Bien que toutes les entreprises n'y participent pas encore activement, plusieurs ont réalisé d'importantes réductions. Certaines entreprises ont choisi d'annoncer ces réductions publiquement lorsqu'il leur était permis de le faire, alors que d'autres s'en sont abstenues.

Le Groupe de travail sur le sodium

Pour aider la population canadienne à préserver et à améliorer sa santé, à la fin de 2007, Santé Canada a mis sur pied le Groupe de travail sur le sodium (GTS). Ce faisant, il a été établi que dans le domaine de la santé publique et de la nutrition, les responsabilités sont partagées entre les gouvernements, que ce soit au palier fédéral, provincial ou territorial, l'industrie de la fabrication et des services alimentaires, les organismes voués à la santé, la communauté scientifique, les groupes de défense des intérêts des consommateurs et les organisations de professionnels de la santé. En siégeant au GTS,

tous ces intervenants collaborent à la création d'une stratégie nationale pour la réduction du sodium au moyen de l'éducation et de la sensibilisation des consommateurs, de la réduction du sodium dans l'approvisionnement alimentaire et de la recherche – avec pour objectif ultime d'abaisser la tension artérielle et de prévenir la maladie cardiovasculaire et les autres affections associées à la consommation de sodium afin d'améliorer la santé des Canadiennes et des Canadiens.

Le Groupe de travail a réalisé ses activités en quatre étapes.

L'**étape préparatoire** a principalement été dirigée par le secrétariat de Santé Canada et comportait une collecte des données requises pour la réunion inaugurale du Groupe de travail. Il s'agissait de données de base sur les apports en sodium de la population canadienne et sur les principales sources de sodium alimentaire. Pendant cette étape, un sommaire détaillé du programme de la Food Standards Agency du Royaume-Uni sur la réduction du sel a été préparé afin que le Groupe de travail puisse apprendre de l'expérience britannique³⁴.

L'**étape de l'évaluation** a principalement consisté en une collecte de données sur les travaux déjà en cours dans les secteurs suivants :

- » L'éducation des consommateurs et des professionnels de la santé sur le sodium, l'hypertension artérielle et la santé.
- » La compréhension du point de vue du consommateur sur le sodium comme facteur de risque de l'hypertension et sa perception des interventions réalisées pour réduire le sodium dans les aliments.
- » La compréhension de la façon dont le goût et d'autres mécanismes influent sur les choix alimentaires à l'égard du sodium.
- » La compréhension des utilisations fonctionnelles du sodium, des difficultés techniques et fonctionnelles associées à la réduction de la teneur en sodium de

l'approvisionnement alimentaire et des solutions actuelles et potentielles pour les surmonter.

- » La réduction volontaire de la teneur en sodium des produits alimentaires transformés et vendus dans les établissements de services alimentaires.
- » Les barrières réglementaires ou dissuasives qui font obstacle à la réduction du sodium dans l'approvisionnement alimentaire.

Une description des activités de collecte de données réalisées par le Groupe de travail est présentée à l'Annexe 4.

La troisième étape — **l'élaboration de la Stratégie** — a consisté en consultations avec la communauté élargie des intervenants afin d'obtenir des suggestions ou des engagements à agir à l'égard de la réduction du sodium alimentaire.

Les membres du GTS ont participé à un des quatre sous-comités ou davantage : i) approvisionnement alimentaire, ii) sensibilisation et éducation, iii) recherche et iv) surveillance et évaluation. Chaque sous-comité a élaboré des recommandations pertinentes pour son secteur particulier aux fins d'examen et d'adoption par le Groupe de travail entier.

Le Groupe de travail a élaboré des principes pour guider la préparation de recommandations, de même que de critères conçus pour évaluer les recommandations proposées et contribuer à identifier diverses options stratégiques visant à réduire les apports en sodium, à en établir les priorités et à choisir parmi celles-ci. Selon le principe directeur global, les options recommandées devaient comporter des éléments dans trois secteurs ou volets : l'approvisionnement alimentaire, la sensibilisation et l'éducation ainsi que la recherche. Les autres principes étaient les suivants :

1. **L'option recommandée doit conférer aux Canadiens et aux Canadiennes d'importants bienfaits pour la santé.**
 - a) L'option mène à l'alignement de l'apport en sodium chez tous les segments de la population canadienne, y compris chez les enfants et chez les groupes vulnérables, sur les recommandations de l'IOM quant à l'apport nutritionnel de référence.
 - b) L'option réduit, dans toute la mesure du possible, la teneur en sodium des aliments transformés ainsi que des aliments vendus dans les restaurants et dans les établissements de services alimentaires.
 - c) L'option tempère l'inclination de la population canadienne pour le sel et tient compte de l'acceptation des aliments par les consommateurs.
 - d) L'option aide les Canadiens et les Canadiennes à adapter leurs habitudes alimentaires aux recommandations du *Guide alimentaire canadien* qui appuie l'intégration à l'alimentation de produits alimentaires transformés à plus faible teneur en sodium.
2. **L'option recommandée doit être fondée sur les données probantes les plus sûres et sur l'état actuel des connaissances.**
 - a) L'option est fondée sur des données probantes plutôt que sur des opinions.
 - b) L'option comporte des façons d'identifier et d'obtenir de l'appui pour réaliser la recherche nécessaire permettant de combler les lacunes cruciales.

3. **L'option recommandée est réaliste, faisable, mesurable et viable à long terme.**
 - a) L'option rallie une vaste majorité des intervenants.
 - b) L'option est viable à long terme et elle incite au changement.
 - c) Le calendrier de transition est raisonnable.
 - d) L'option doit être efficace.
 - e) L'efficacité de l'option doit être mesurable.
 - f) L'option doit être faisable sur le plan technique.
 - g) L'option doit comporter un mécanisme pour assurer la responsabilisation.

4. **L'option recommandée comporte des étapes; elle est complète, multifacette et intégrée.**
 - a) L'option comporte des étapes, et son déploiement est progressif.
 - b) L'option comporte tous les éléments nécessaires.
 - c) L'option prend en compte les difficultés variables associées à l'approvisionnement alimentaire ainsi qu'à l'éducation et à la recherche, y compris des différentes parties de l'industrie alimentaire, des éducateurs, des cliniciens, des chercheurs, des consommateurs, etc.
 - d) L'option peut comprendre des éléments à l'appui, des mesures incitatives, des règlements et d'autres démarches en matière de politique.
 - e) L'option doit cerner les obstacles potentiels à la progression.

L'étape finale, l'**étape de la mise en œuvre**, est de plusieurs façons déjà en cours. Cette étape comporte la mise en œuvre des recommandations et la surveillance des progrès selon le calendrier d'exécution et les méthodes d'évaluation décrits dans la Stratégie.

PARTIE II STRATÉGIE DE RÉDUCTION DU SODIUM

Cette démarche trouve ses origines dans la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé* qui a amélioré la compréhension des multiples dimensions de la santé autres que les soins de santé⁶¹.

Afin d'atteindre les objectifs d'amélioration de la santé de la population et de réduction des inégalités en matière de santé, la démarche intégrée cible la vaste gamme des conditions et des facteurs interdépendants qui exercent une forte influence sur la santé de la population au cours du cycle de vie ainsi qu'elle agit à tous ces égards en admettant que la bonne santé est influencée par des facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques. La démarche, décrite dans le *Modèle de promotion de la santé de la population*, un document élaboré pour la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique de Santé Canada, organise et consolide la

Le Modèle de promotion de la santé de la population

La réduction du sodium est considérée comme une étape majeure vers la prévention de certaines maladies chroniques à laquelle on peut veiller de façon intégrée, soit en élaborant une politique de santé publique, en créant des milieux favorables (au moyen de la collaboration entre le gouvernement et les intervenants) et en autonomisant les collectivités et les personnes pour agir (sur le plan local), de même qu'en développant des compétences personnelles et en réorientant les services de santé.

compréhension actuelle de la santé de la population⁶². (Voir l'encadré à droite).

Réduire les apports en sodium constituerait une étape positive vers l'amélioration de la santé de la population canadienne. Agir sur les facteurs individuels en incitant les Canadiens et les Canadiennes à utiliser moins de sel en cuisine et à en ajouter moins à table serait insuffisant pour réduire leur consommation de sodium de sorte qu'elle atteigne une quantité acceptable, car une grande part du sel qu'ils ingèrent est ajoutée à l'étape de la transformation des aliments. Cependant, une démarche multifacette et stratégique axée sur l'approvisionnement alimentaire, sur la sensibilisation et l'éducation et sur la recherche prenant en compte le contexte élargi de la santé de la population et reposant sur la collaboration intersectorielle facilitera la tâche aux Canadiens et aux Canadiennes lorsqu'il s'agira de faire des choix plus santé en matière de sodium.

RÉDUCTION DU SODIUM DANS LE CONTEXTE DE LA SANTÉ DE LA POPULATION

Le Modèle de promotion de la santé de la population de Santé Canada est constitué de huit éléments clés. Il s'agit de :

1. Placer la santé des populations au centre des préoccupations.
2. Examiner les déterminants de la santé et leurs interactions.
3. Fonder les décisions sur des preuves.
4. Investir davantage en amont.
5. Utiliser des stratégies multiples.
6. Favoriser la collaboration entre les divers paliers et secteurs.
7. Prévoir des mécanismes encourageant la participation du public.
8. Démontrer une prise en charge des responsabilités quant aux résultats sur le plan de la santé.

En élaborant une intervention en santé de la population telle que la Stratégie de réduction du sodium pour le Canada, il importe de tenir compte du contexte, du moment choisi, des ressources, du mandat et des données probantes.

La partie I a brossé le tableau d'une argumentation irréfutable démontrant les risques pour la santé que comporte un apport élevé en sodium, de même que de la situation actuelle au Canada. Elle tient lieu de toile de fond à plus de 30 recommandations qui constituent la Stratégie de réduction du sodium au Canada. Par essence, la Stratégie est à la fois complète et intégrée. Comme l'indique la figure 4 ci-dessous, elle comprend six recommandations globales qui jettent les bases de recommandations plus précises dans chacun des trois secteurs, ou volets, de la Stratégie : l'approvisionnement alimentaire, la sensibilisation et l'éducation, et la recherche. Un quatrième secteur, soit la surveillance et l'évaluation, comporte des recommandations qui concernent tous les secteurs.

FIGURE 4
Vue d'ensemble de la Stratégie de réduction du sodium



A. Recommandations globales

Six recommandations de vaste portée procurent un cadre d'exécution pour les recommandations plus précises dans chaque secteur ou volet de la Stratégie.

A. LE GROUPE DE TRAVAIL

a établi un objectif intérimaire d'apport en sodium d'une moyenne de 2300 mg par jour pour l'ensemble de la population à atteindre d'ici 2016. L'objectif ultime de la Stratégie de réduction du sodium consiste à abaisser l'apport en sodium jusqu'à atteindre une moyenne pour la population entière où l'apport d'autant de personnes que possible (plus de 95 %) sera inférieur à l'apport maximal tolérable (AMT)^b.

L'objectif intérimaire recommandé est établi à titre d'apport moyen quotidien pour l'ensemble de la population. Sur le plan individuel, il est recommandé aux Canadiens et aux Canadiennes de s'efforcer d'atteindre un apport aligné sur l'apport suffisant (AS) de 1 500 mg par jour ou sur l'apport recommandé en fonction de leur sexe et de leur âge. (Voir le tableau 1.)

Le Groupe de travail sur le sodium (GTS) a déterminé que l'atteinte de cet objectif intérimaire exigera : l'établissement de cibles de réduction du sodium pour les aliments; l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie éducative pour susciter un changement

b. En pratique, son atteinte exige de rapprocher grandement l'apport quotidien moyen en sodium de la population de l'apport suffisant (AS) selon l'IOM, lequel est établi à 1 500 mg pour les personnes âgées de 9 à 50 ans, et d'une quantité moindre pour les plus jeunes et les plus âgées.

de comportement, lequel, à son tour, influera sur les degrés de réduction atteints; et enfin, la recherche pour appuyer les interventions de l'industrie en matière de réduction du sodium. Ces trois éléments doivent être mis en œuvre, surveillés et mesurés.

Afin d'évaluer les progrès accomplis, des études portant sur la présence de sodium dans les urines de 24 heures devraient constituer la méthode standard au moyen de laquelle les changements globaux de l'apport en sodium sont mesurés (pour veiller à ce que toutes les sources contribuant à l'apport en sodium soient prises en compte); d'autres outils tels que des données issues d'enquêtes sur l'alimentation, de même que sur la teneur en sodium des aliments offerts sur le marché procureront aussi des renseignements importants pour la compréhension de la nature des changements qui auront lieu. Les données sur l'apport alimentaire telles que recueillies au moyen de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) peuvent être utilisées pour créer une ligne de base. De plus, une évaluation régulière sera requise pour surveiller les progrès et la réussite ainsi qu'apporter les modifications requises à la Stratégie et à la démarche s'il y a lieu.

L'atteinte de l'objectif intérimaire doit aussi être évaluée périodiquement ainsi que faire l'objet d'une surveillance adéquate et efficace des quantités consommées. En ce qui a trait à la période post 2016, les objectifs seront établis au fil du temps, sur la base du suivi des progrès accomplis vers l'atteinte de l'objectif intérimaire de 2016. D'autres exigences pour atteindre les objectifs intérimaires et futurs comprennent la mise en branle d'un éventail d'interventions (dont les grandes lignes figurent dans les recommandations précises ci-dessous). La réussite sera aussi tributaire d'une communication efficace des objectifs au public, à l'industrie alimentaire et aux secteurs d'activité connexes.

B. LE GROUPE DE TRAVAIL recommande la collaboration entre tous les paliers gouvernementaux, toutes les organisations de professionnels de la santé et non gouvernementales (ONG), tous les médias et l'ensemble de l'industrie et du milieu universitaire pour la mise en œuvre des recommandations précises en adoptant une démarche coordonnée, systématique et opportune.

La collaboration entre les secteurs concernés sera critique pour l'atteinte des objectifs de la Stratégie, soit entre les secteurs qui jouent un rôle à l'égard de la réduction du sodium dans l'approvisionnement alimentaire, de l'éducation et de l'augmentation de la sensibilisation des consommateurs ainsi que de l'industrie, de même que du financement et de l'établissement des priorités quant aux besoins en recherche qui ont été cernés dans les recommandations précises ci-dessous. Santé Canada devrait continuer à assurer le leadership national en matière de facilitation et de coordination de la démarche coopérative.

C. LE GROUPE DE TRAVAIL recommande que le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux fournissent un financement adéquat pour appuyer la mise en œuvre de la Stratégie de réduction du sodium.

D'énormes économies sur les dépenses provinciales et fédérales en soins de santé et en avantages découlant de la productivité économique globale devraient résulter du recours prudent aux réformes des politiques et aux investissements en programmes ciblant la réduction du sodium. Sans les ressources adéquates, rares sont les recommandations de la Stratégie qui pourront être mises en œuvre. La détermination plus précise du financement requis sera réalisée alors que la Stratégie sera soumise à l'étude des divers secteurs et intervenants concernés, et alors que sa mise en œuvre progressera. Les renseignements sur le financement comporteront toutes les sources, y compris les coûts engagés par l'industrie et les contributions en nature par les partenaires non gouvernementaux. Les stratégies de financement existantes que la Stratégie de réduction du sodium pour le Canada pourrait mettre à profit devront aussi être déterminées.

D. LE GROUPE DE TRAVAIL recommande que tous les paliers gouvernementaux et que tous les intervenants élaborent et intègrent la réduction du sodium dans leurs programmes, leurs lignes directrices et leurs politiques en matière de nutrition.

Tous les programmes ainsi que toutes les politiques et les lignes directrices axés sur la saine alimentation, peu importe l'organisme qui les élabore, aborderont idéalement la réduction du sodium. Santé Canada, en collaboration

avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, devrait assumer la direction de la mise en œuvre de cette recommandation.

E. En précisant le délai et en surveillant l'achèvement de chacune, **LE GROUPE DE TRAVAIL** recommande que le processus de mise en œuvre comprenne les grandes lignes de chaque étape de mise en œuvre de chacune des recommandations.

Afin que la Stratégie de réduction du sodium réussisse, le processus de mise en œuvre devrait commencer par l'établissement des grandes lignes des étapes individuelles nécessaires pour chaque recommandation précisant l'échéancier associé et l'estimation des besoins en ressources. Cette activité devrait être terminée le 31 décembre 2010. La communication régulière de l'état d'avancement vers l'application complète de chaque recommandation, et la diligence pour ce faire, constituera l'une des principales fonctions à l'appui du processus de mise en œuvre.

F. LE GROUPE DE TRAVAIL recommande que tous les Canadiens et toutes les Canadiennes prennent personnellement des mesures pour réduire leur consommation de sodium dans le cadre d'une saine alimentation globale.

Pour que les objectifs de la Stratégie de réduction du sodium pour le Canada soient atteints, les personnes devront agir sur le plan individuel. Puisque presque tous les Canadiens et toutes les Canadiennes consomment une quantité de sodium qui provoque un risque accru d'être atteint de maladies chroniques, chacun d'eux devrait déployer des efforts personnels pour réduire leur apport. Certaines mesures peuvent être prises sur le plan personnel, entre autres, choisir plus d'aliments frais et non transformés, rechercher et sélectionner des aliments préparés et emballés dont la teneur en sodium est plus faible et n'utiliser que peu ou pas de sel que ce soit pour la préparation des aliments ou à table. La population canadienne doit faire des choix alimentaires tout aussi judicieux pour ses enfants.

B. Recommandations précises dans quatre secteurs

Le Groupe de travail estime que la réussite de la Stratégie de réduction du sodium pour le Canada dépendra de la mise en œuvre des recommandations dans quatre secteurs, soit :

1. l'approvisionnement alimentaire;
2. la sensibilisation et l'éducation;
3. la recherche;
4. la surveillance et l'évaluation.

Les recommandations précises dans chacun de ces secteurs, élaborées par leur sous-comité du GTS respectif et avalisées par l'ensemble de ses membres, sont présentées jusqu'à la fin de cette section.

Une démarche volontaire structurée constitue l'un des principaux éléments des recommandations pour atteindre les cibles de réduction du sodium. La démarche volontaire envisagée par le GTS est structurée et prévoit pour les aliments des cibles de réduction du sodium publiées, des échéances définies, un mécanisme pour l'engagement public par l'industrie à l'égard des cibles, un plan de surveillance des progrès accomplis suivi par un organisme autre que l'industrie alimentaire et un plan pour l'évaluation indépendante de la réussite du programme prévoyant le recours à des mesures plus strictes et leur mise en œuvre en fonction des progrès accomplis.

DÉMARCHE VOLONTAIRE STRUCTURÉE

La démarche volontaire structurée envisagée par le GTS comprend :

- des cibles de réduction du sodium publiées pour les aliments;
- des délais déterminés;
- un mécanisme pour l'engagement public de l'industrie à l'égard des cibles;
- un plan pour la surveillance des progrès par un organisme indépendant de l'industrie alimentaire;
- un plan pour l'évaluation indépendante de la réussite du programme prévoyant l'application de mesures plus strictes s'il y a lieu en fonction des progrès accomplis.

1. Recommandations sur l'approvisionnement alimentaire

Puisque la teneur en sodium des aliments préparés offerts sur le marché est un facteur de premier plan de l'apport en sodium élevé chez la population canadienne, une bonne part des interventions visant à réduire le sodium doit cibler l'approvisionnement alimentaire. Afin d'atteindre l'objectif intérimaire établi par le GTS pour 2016 (une consommation moyenne de 2 300 mg de sodium par jour au sein de la population – voir la Recommandation globale A), les réductions de la teneur en sodium des produits alimentaires transformés et vendus dans les établissements de services alimentaires constituent un volet crucial de la Stratégie. En tenant compte de l'expérience vécue dans d'autres pays, le GTS établit que son objectif intérimaire, bien que très ambitieux, n'en demeure pas moins atteignable.

Les interventions visant à réduire la teneur en sodium des aliments doivent être réalisées en gardant à l'esprit l'innocuité des aliments et la sécurité alimentaire. Ces enjeux sont d'une importance particulière pour les collectivités des régions éloignées et nordiques[...].

L'un des principaux buts de la Stratégie de réduction du sodium pour le Canada consiste à élaborer un ensemble de cibles de sodium pour les aliments qui contribuent à l'apport en sodium dans l'alimentation canadienne. Le GTS a tenu compte du fait que les cibles doivent être établies avec soin, en fonction du contexte canadien.

Les interventions visant à réduire la teneur en sodium des aliments doivent être réalisées en gardant à l'esprit l'innocuité des aliments et la sécurité alimentaire. Ces enjeux sont d'une importance particulière pour les collectivités des régions éloignées et nordiques où divers obstacles compliquent la distribution alimentaire. On doit tenir compte du transport et de la rotation des stocks par rapport à la durée de conservation. Sur de longues

distances, le transport des denrées de consommation courante périssables – telles que le pain, le fromage et la viande – peut requérir plusieurs jours. La chaussée de gravier peut ne pas convenir aux camions réfrigérés. Quant aux avions, aux traversiers et aux barges, ils peuvent être retardés par l'inclémence du temps. Les cibles de sodium doivent être établies de manière à ne pas compromettre la variété, la qualité ni la quantité des aliments vendus dans ces collectivités.

La réduction du sodium dans les aliments est un processus complexe

Bien que le sel constitue la majeure partie du sodium ajouté aux aliments, il existe plusieurs autres additifs alimentaires et ingrédients à base de sodium ainsi que du sodium d'origine naturelle dans les aliments. Le processus de réduction de la teneur en sodium des aliments est complexe, car le rôle et la fonction du sel et des autres ingrédients à base de sodium varient selon la nature de l'aliment. Le sel est utilisé comme rehausseur de goût, comme agent de conservation et comme agent anti-bactérien; il exerce aussi plusieurs effets sur la texture et la structure des aliments. Ces fonctions ont des incidences sur les aliments, et plusieurs de celles-ci sont perceptibles par les consommateurs. Les modifications à la teneur en sel sont souvent détectables, bien que les consommateurs n'attribuent pas toujours les changements à une teneur différente en sodium.

Plusieurs facteurs peuvent influencer sur la croissance microbienne dans les aliments, et ils agissent le plus souvent de concert pour inhiber ou prévenir la croissance bactérienne. Les facteurs tels que la température, le pH, l'activité de l'eau (ou l'eau disponible), les additifs alimentaires ou les ingrédients antimicrobiens, la présence de sels (dont de chlorure de sodium), l'oxygène ainsi que la charge et la concurrence microbiennes doivent être examinés par les transformateurs d'aliments pour déterminer l'équilibre approprié pour la fabrication d'aliments sans danger. En général, plus d'un et potentiellement tous ces facteurs peuvent être utilisés comme agents pour la prévention de la croissance microbienne qui, autrement, pourrait provoquer

FONCTIONS DU SEL ET DES ADDITIFS CONTENANT DU SODIUM DANS LES ALIMENTS

- innocuité microbienne des aliments, conservation et durée de conservation
- liaison des protéines, tendreté et sensations en bouche
- maîtrise de la fermentation du fromage et du pain
- maintien de la couleur des viandes
- goût et texture de plusieurs aliments

des maladies d'origine alimentaire. Le sel (NaCl) constitue un agent de conservation efficace en raison de sa capacité de déshydrater les cellules de même que par d'autres mécanismes : la plupart des bactéries sont vulnérables à d'importantes teneurs en sel⁶³. Le degré de tolérance au sel varie chez les bactéries et les champignons, certains sont résistants au sel, d'autres y sont tolérants et certains sont halophiles (ils « raffolent du sel »). La *Listeria monocytogenes*, le *Staphylococcus aureus* et le *Vibrio parahaemolyticus* sont des exemples de pathogènes bactériens d'origine alimentaire qui respectivement sont tolérant au sel, résistant au sel et halophile. Néanmoins, le sel et les autres composés de sodium peuvent jouer un rôle important dans la prévention de la croissance des bactéries pathogènes (y compris du *Clostridium botulinum*) et des microorganismes putréfiants, c'est pourquoi des modifications à la

composition pour en réduire la teneur en sel doit faire l'objet d'une recherche minutieuse pour veiller à ce que l'innocuité microbienne ne soit pas compromise⁶⁴.

Avec le goût et les autres caractéristiques sensorielles qui demeurent toujours aux premiers rangs, ou non loin derrière, de la liste des facteurs qui influencent les choix d'aliments par le consommateur, et l'important rôle fonctionnel du sel, les fabricants d'aliments se trouvent devant un défi technique de taille lorsqu'il s'agit de modifier la teneur en sodium des aliments. De plus, il n'existe aucun substitut du sel qui, à lui seul, en assume toutes les fonctions. Les produits de rechange existants n'ont pas le même profil gustatif que le sel, pas plus qu'ils n'imitent tous ses rôles fonctionnels. Ils peuvent aussi être beaucoup plus coûteux que le sel. Un transformateur d'aliments doit déterminer le rôle que joue le sel dans l'aliment, sélectionner l'option de réduction ou de remplacement du sel, que ce soit entièrement ou en partie, vérifier l'innocuité microbienne de la nouvelle formule du produit, de même que sa durée de conservation et l'acceptation par le consommateur. Il peut devoir tenir compte du fait que les substituts du sel, qui figurent dans la liste des ingrédients, sont moins familiers aux consommateurs. Enfin, alors que les additifs alimentaires doivent être soumis à une évaluation de leur innocuité avant que leur utilisation soit autorisée au Canada, des limites peuvent aussi être imposées quant à la mesure dans laquelle ils peuvent être utilisés, et ce, en raison de leur profil

d'innocuité particulier. Malgré les complications devant lesquelles elle se trouve, l'industrie alimentaire admet que de nouvelles substances et de nouveaux additifs pourraient bien jouer un rôle dans la réduction du sodium, et ses représentants encouragent Santé Canada à placer l'évaluation de ces substances au nombre de ses priorités.

Lorsque soit les fabricants d'aliments, soit les exploitants d'établissements de services alimentaires et de restaurants ont recours à des ingrédients achetés de tiers pour préparer leurs produits alimentaires (c.-à-d., servant à la fabrication d'aliments ou les accompagnant), la réduction du sodium dans le produit final dépend dans une large mesure de ces ingrédients ou de ces produits alimentaires d'accompagnement. Les interventions de réduction du sodium doivent être réalisées tout au long de la chaîne de préparation alimentaire, que ce soit chez les fournisseurs ou chez le fabricant du produit final, que ce soit sur le plan de la fabrication ou de la vente au détail dans des établissements où des aliments sont préparés, que ce soit dans les établissements de services alimentaires ou dans les restaurants.

La réduction du sodium dans les aliments peut créer des occasions d'innover au sein de l'industrie alimentaire

Entre autres répercussions importantes, la réduction du sodium peut créer des occasions d'innover au sein de l'industrie alimentaire en mettant au point des ingrédients de rechange, de nouvelles utilisations d'ingrédients et de nouvelles

techniques de transformation des aliments. Un récent rapport de l'IOM portant sur les démarches pour la prévention et la maîtrise de l'hypertension appuie l'utilisation du sel « modifié » dans la préparation des aliments, soit de sel dans lequel la part de chlorure de sodium qui aurait normalement été utilisée est remplacée par du chlorure de potassium. Ceci procure le double avantage de diminuer l'apport en sodium tout en augmentant l'apport en potassium. Les produits qui contiennent ces succédanés devraient être clairement étiquetés à l'intention des personnes dont l'apport en potassium doit être limité pour des raisons médicales. Il s'agit des personnes chez lesquelles le débit de filtration glomérulaire est compromis, soit environ 0,1 % de la population américaine⁶⁵.

Les produits alimentaires doivent demeurer acceptables pour les consommateurs

Pour qu'un changement dans l'approvisionnement alimentaire soit réussi, les produits alimentaires doivent demeurer acceptables pour les consommateurs. Ainsi, lorsque le sel est principalement présent dans des aliments à titre de rehausseur de goût, pour s'assurer de l'acceptation par les consommateurs, des réductions graduelles de la teneur en sel sont préférables. Des modifications successives de la composition des aliments seront vraisemblablement nécessaires. L'éducation est un aspect important des changements à l'approvisionnement alimentaire. L'industrie alimentaire dépend des interventions éducatives parallèles pour faciliter la sensibilisation des consommateurs à l'égard du sodium dans les aliments ainsi que leur acceptation du besoin d'une réduction, de sorte qu'ils seront réceptifs aux changements et qu'ils rechercheront des aliments à plus faible teneur en sodium. On croit qu'il faudra du temps aux consommateurs pour préférer des aliments moins salés, bien que des données probantes indiquent que la période d'adaptation ne requiert que quelques semaines³.

Les changements peuvent entraîner une augmentation des coûts pour les consommateurs

Certaines difficultés technologiques relatives à la réduction du sodium dans les aliments peuvent se traduire par une augmentation des coûts pour le fabricant d'aliments. L'incidence de ces coûts supplémentaires peut être aggravée par des iniquités concurrentielles, qu'elles émanent au pays ou de l'étranger. Si des produits importés et des produits locaux semblables sont vendus par des concurrents qui n'abaissent pas leur teneur en sodium, les consommateurs pourraient faire leur choix en fonction de leurs préférences gustatives. Il est essentiel que tous les paliers commerciaux soient sensibilisés à la Stratégie de réduction du sodium et à son importance pour la santé globale de la population canadienne. Heureusement, le besoin de réduire la teneur en sodium des aliments transformés fait l'unanimité à l'échelle mondiale, y compris aux États-Unis et en Europe. On espère que cet élan international et la sensibilisation par les importateurs contribueront à faire en sorte que la teneur en sodium des produits importés sera moins élevée.

En résumé, malgré les diverses difficultés décrites ci-dessus, l'industrie alimentaire appuie vigoureusement les interventions en matière de réduction du sodium et elle comprend l'importance de cet objectif de santé publique. Aucun secteur n'a demandé à se soustraire à la Stratégie.

Élaboration des recommandations sur l'approvisionnement alimentaire

Les travaux du sous-comité sur l'approvisionnement alimentaire du Groupe de travail sur le sodium pour l'élaboration de ses recommandations ont été guidés par les critères selon lesquels la démarche devrait être volontaire, d'une portée considérable (à l'égard de la réduction de la teneur en sodium des aliments et de l'apport en sodium chez la population canadienne), progressive, réaliste, faisable, mesurable, encadrée par un calendrier d'exécution ainsi que durable. Quatre éléments majeurs ont été désignés comme essentiels à la réussite – les recommandations sont alignées sur chacun de ces éléments. (Voir l'encadré à la page suivante.)

RECOMMANDATIONS SUR L'APPROVISIONNEMENT ALIMENTAIRE: LES QUATRE ÉLÉMENTS DE LA RÉUSSITE

1. Les cibles de réduction du sodium dans les aliments pour atteindre l'objectif intérimaire de réduction du sodium accompagnées d'un plan précis pour mesurer les progrès accomplis vers ces cibles au fil du temps. En consultation avec l'industrie alimentaire, Santé Canada travaille à l'établissement de cibles canadiennes de réduction du sodium dans les aliments en ayant pour but d'atteindre l'objectif intérimaire d'un apport moyen en sodium de 2300 mg par jour pour l'ensemble de la population à atteindre d'ici 2016. Ces cibles s'appliquent à tous les aliments de chaque catégorie, qu'ils soient vendus aux consommateurs, destinés à d'autres étapes de fabrication ou qu'ils soient utilisés par les exploitants d'établissement de services alimentaires et de restauration. Il importe de noter que pour atteindre l'objectif intérimaire d'apport en sodium, l'atteinte des cibles de réduction du sodium établies pour les aliments par l'industrie alimentaire ne suffira pas. Des changements de comportement du consommateur tels qu'abandonner l'ajout de sel à la maison et choisir consciencieusement la version la plus faible en sodium des aliments devront aussi se produire.
2. L'engagement de l'industrie des aliments transformés et de l'industrie des services alimentaires et de leurs membres envers l'atteinte de ces cibles. Un processus devrait être établi pour permettre à l'industrie des aliments transformés et à l'industrie des services alimentaires de confirmer de façon significative leur engagement à l'égard du programme de réduction du sodium, de même que de faire état des progrès qu'elles ont accomplis vers l'atteinte des cibles.
3. L'engagement des gouvernements à entreprendre les modifications réglementaires, s'il y a lieu, pour favoriser la réduction du sodium. La réussite de la mise en œuvre de certains aspects de la Stratégie de réduction du sodium dépend de l'amélioration et de la modification des règlements existants.
4. L'engagement des partenaires, au moyen d'interventions concrètes, à soutenir l'industrie dans l'atteinte des cibles de réduction du sodium.

RECOMMANDATION 1-1 : Le Groupe de travail recommande que Santé Canada continue à travailler avec l'industrie alimentaire à l'établissement de cibles volontaires de réduction du sodium par catégorie d'aliments.

Santé Canada et l'industrie alimentaire devraient diriger conjointement la mise en œuvre de cette recommandation.

Les cibles intérimaires ont été publiées pour un premier groupe d'aliments⁵⁵, et leur version définitive sera publiée au même moment que celles établies pour le second groupe d'aliments, soit vers le début de 2011. Le rythme auquel les cibles seront atteintes dépendra de la catégorie d'aliments, mais elles devraient l'être d'ici 2016. Des jalons seront établis pour veiller à ce que les progrès vers l'atteinte de cibles d'ici à 2016 se poursuivent. Depuis quelques années, certains fabricants et des pans entiers du secteur de l'alimentation ont déjà entrepris des réductions du sodium. Néanmoins, comme mentionné ci-dessus, il sera difficile de réduire substantiellement la teneur en sodium de certains aliments, et ce, en raison des rôles fonctionnels que joue le sel dans des denrées telles que les viandes séchées et saumurées, les marinades, le fromage et le pain. Le processus au moyen duquel les cibles sont établies est résumé ci-dessous.

Établir des cibles pour la teneur en sodium des aliments transformés

Santé Canada a déjà entrepris le processus d'établissement de cibles pour diverses catégories d'aliments dans l'approvisionnement alimentaire⁵⁵. Ce processus se déroule sur la base de la modélisation de scénarios d'apport en sodium chez la population canadienne en ayant recours aux données de l'ESCC 2.2²⁶. Les démarches entreprises dans les autres pays, notamment au Royaume-Uni, ont été étudiées et ont éclairé le processus d'élaboration des cibles dans le contexte canadien. Le processus d'établissement des cibles tient compte de la teneur en sodium actuelle des catégories d'aliments au Canada sur la base de la part de marché, de la faisabilité de l'atteinte des cibles, des besoins relatifs à l'innocuité microbienne et à la qualité des aliments et des connaissances sur l'approvisionnement alimentaire canadien. Ce processus comporte des consultations avec

l'industrie alimentaire afin de confirmer les cibles finales. Plus de détails sur l'établissement de ces cibles sont publiés sur le site Web de Santé Canada⁵⁵.

Les démarches entreprises dans les autres pays, notamment au Royaume-Uni, ont été étudiées et ont éclairé le processus d'élaboration des cibles dans le contexte canadien.

Les cibles doivent nécessairement s'appliquer à tous les produits d'une catégorie, peu importe leur prix ou à qui ils sont destinés, que ce soit directement aux consommateurs, à d'autres fabricants du domaine de l'alimentation ou aux secteurs de la restauration et des services alimentaires.

Un grand nombre de produits sont lancés sur le marché canadien chaque année, et les fabricants devront déployer des efforts pour veiller à ce que la teneur en sodium de ces aliments soit alignée sur les cibles de réduction établies pour leur catégorie respective. Il importe qu'une attention prioritaire soit accordée aux aliments destinés principalement aux enfants lorsque les entreprises examinent leur gamme de produits. Les entreprises doivent aussi songer à maintenir un équilibre lorsqu'il s'agit de réduire la teneur en sodium de leurs produits dans toute la mesure du possible tout en assurant l'accessibilité et l'innocuité microbienne des aliments. La teneur en sodium des aliments offerts à prix plus modique ou des aliments de marques économiques doit aussi être examinée pour faire en sorte que les segments de la population désavantagés sur le plan socioéconomique ne subissent aucune iniquité involontaire.

En vertu du *Règlement sur les aliments et drogues*, les produits préemballés destinés exclusivement à l'utilisation comme ingrédients dans la fabrication d'autres produits préemballés, que ce soit pour la vente au détail aux consommateurs ou comme ingrédients dans la préparation d'aliments par une entreprise ou un établissement à vocation commerciale, doivent être accompagnés de la même information nutritionnelle que tous les produits préemballés. De la même façon, l'information nutritionnelle doit accompagner les produits

préemballés qui comportent plusieurs portions et les produits préemballés prêts à servir destinés à être servis dans une entreprise ou un établissement à vocation commerciale. Ceci permet d'associer clairement les cibles de sodium non seulement aux aliments préemballés vendus directement aux consommateurs, mais aussi aux aliments et aux ingrédients vendus aux fabricants d'aliments, aux restaurants et aux établissements de services alimentaires à des fins de préparation d'autres aliments.

Établir des cibles pour la teneur en sodium des aliments destinés aux tout-petits

La consommation de sodium d'un pourcentage très élevé des enfants excède l'apport maximal tolérable (AMT), et la consommation alimentaire au cours de la petite enfance influence les habitudes la vie durant. Bien que ses membres ne soient pas parvenus à un consensus sur la question de savoir si les cibles pour les aliments destinés aux tout-petits devaient être obligatoires ou volontaires, le Groupe de travail sur le sodium appuie l'établissement de cibles particulières pour les aliments mis en marché à l'intention particulière des tout-petits. Un soutien substantiel a été exprimé à l'égard de la modification du *Règlement sur les aliments et drogues* dans le but de limiter la teneur en sodium ou en sel des aliments destinés aux tout-petits, soit en imposant des limites semblables à celles qui sont en vigueur pour les aliments destinés aux nourrissons, mais aucun consensus n'a été atteint sur ce point. Certains ont plaidé pour des mesures volontaires, du moins au départ, conformément à l'entente entre les membres du Groupe de travail selon laquelle la Stratégie préconiserait des mesures de réduction volontaire dans les aliments offerts sur le marché. Afin d'établir des cibles, qu'elles soient volontaires ou réglementaires, comme il n'existe pas de définition réglementaire des termes « tout-petit » et « aliments destinés aux tout-petits », une décision devra d'abord être prise quant à la façon d'identifier les aliments visés. D'une façon ou d'une autre, des démarches devraient être entreprises pour éduquer les parents au sujet de la teneur en sodium des aliments qu'ils offrent à leurs jeunes enfants puisque ce groupe d'âge consomme généralement les mêmes aliments que le reste de la famille.

RECOMMANDATION 1-2: Le Groupe de travail recommande que Santé Canada, en collaboration avec les provinces et les territoires, continue à travailler avec l'industrie de la restauration et des services alimentaires à l'établissement de cibles volontaires de réduction du sodium pour les repas et les mets au menu des restaurants et des établissements de services alimentaires.

Santé Canada, en collaboration avec les provinces et les territoires, l'industrie de la restauration et l'industrie des services alimentaires devrait diriger la mise en œuvre de cette recommandation. Afin d'avantager la population canadienne entière, les cibles établies pour les repas et les mets au menu vendus dans les restaurants et les établissements de services alimentaires devraient être uniformes à l'échelle du pays.

La teneur en sodium des mets au menu tels que les hamburgers, les sandwiches ou les lasagnes préparés à partir d'ingrédients dans un restaurant ou dans un établissement de services alimentaires est influencée par plusieurs facteurs, dont le choix des ingrédients ou des aliments, les quantités relatives de ces ingrédients ou de ces aliments dans une portion, l'ajout de sel par le chef ou le cuisinier et la taille globale de la portion. Néanmoins, dans plusieurs cas, des aliments semblables sont vendus préemballés dans des établissements de vente au détail, par exemple les dîners congelés ou les sandwiches préemballés. Il est nécessaire d'harmoniser les démarches pour l'établissement des cibles pour les aliments préparés pour le marché de détail par les fabricants d'aliments et ceux préparés par les restaurateurs ou par d'autres exploitants d'établissements de services alimentaires. Cependant, il faut admettre que l'industrie des services alimentaires se trouve devant des défis uniques, et que la mise en œuvre d'un processus coopératif entre Santé Canada, les provinces et les territoires, et les représentants de l'industrie des services alimentaires est essentielle pour l'établissement de cibles pour ces aliments.

RECOMMANDATION 1-3: Le Groupe de travail recommande que les fabricants atteignent les cibles volontaires de réduction du sodium dans leurs produits et, au fil du temps, qu'ils aillent au-delà de celles-ci jusqu'à ce qu'ils atteignent la teneur en sodium la plus faible possible, et ce, en tenant compte de l'innocuité microbienne des aliments, de leur qualité et de leur acceptation par les consommateurs.

Les fabricants d'aliments devraient diriger la mise en œuvre de cette recommandation.

Dans certains cas, pour préserver l'innocuité microbienne des aliments ou pour des raisons fonctionnelles, il sera nécessaire de trouver des solutions de rechange au sel ou aux autres ingrédients contenant du sodium. Toutefois, il serait avantageux, au moment de déterminer la composition d'aliments préparés pour la vente, de réduire l'utilisation du sel en premier lieu. Puisqu'il est prouvé qu'au fil du temps, le palais s'habitue de lui-même aux aliments moins salés, les solutions de rechange au sel ne devraient être utilisées que lorsqu'elles sont absolument nécessaires.

RECOMMANDATION 1-4: Le Groupe de travail recommande qu'un mécanisme permettant aux entreprises individuelles de s'engager à l'égard de la Stratégie de réduction du sodium soit implanté sur le site de Santé Canada traitant du sodium.

Santé Canada devrait diriger la mise en œuvre de cette recommandation.

Mettre en place un tel mécanisme permettrait aux entreprises de faire état de leur sensibilisation et de leur engagement à atteindre les cibles de réduction du sodium tant pour les produits nouveaux qu'existants de leurs gammes. Il s'agit aussi d'un élément clé du programme volontaire structuré de réduction de la teneur en sodium des aliments. Des modalités précises devraient être déterminées consensuellement pour que le nom d'une entreprise puisse figurer sur le site Web. Les progrès accomplis par les entreprises vers l'atteinte des cibles doivent être significatifs et faire l'objet d'une mise à jour régulière pour maintenir leur présence en ligne comme entreprise engagée.

RECOMMANDATION 1-5: Le Groupe de travail sur le sodium recommande que le *Règlement sur les aliments et drogues* soit modifié pour faire en sorte que, dans le but de faciliter la comparaison de la teneur en sodium d'aliments semblables, les portions qui figurent dans le tableau de la valeur nutritive soient aussi uniformes que possible.

Santé Canada devrait diriger la mise en œuvre de cette recommandation.

Les exigences relatives au tableau de la valeur nutritive ont été établies à titre d'outil d'étiquetage qui permet aux consommateurs de comparer facilement la valeur nutritionnelle des aliments et de prendre des décisions d'achat éclairées. Lorsque la portion de produits semblables n'est pas exactement ou approximativement la même, il devient difficile de comparer leur contribution relative à la consommation de sodium.

Puisque les exigences réglementaires actuelles confèrent une latitude maximale au fabricant pour la détermination de la portion qui figure dans le tableau de la valeur nutritive sur les emballages contenant plusieurs portions d'aliments, les consommateurs éprouvent souvent de la difficulté à comparer la teneur en sodium des produits. Par comparaison, aux États-Unis, les portions utilisées pour l'étiquetage nutritionnel font l'objet de règles plus strictes en vertu de la *Nutrition Labelling and Education Act*. Un examen du rendement approfondi doit être réalisé afin de confirmer que les quantités de référence et la présentation des portions actuellement en usage atteignent les objectifs établis en matière d'étiquetage nutritionnel. L'industrie alimentaire a déjà été invitée par Santé Canada à travailler de concert pour présenter aux consommateurs des portions plus uniformes, soit de façon à respecter l'esprit des exigences en matière d'étiquetage nutritionnel.

RECOMMANDATION 1-6: Le Groupe de travail recommande que le *Règlement sur les aliments et drogues* soit modifié pour remplacer la base de l'établissement de la valeur quotidienne (VQ) du sodium dans le tableau de la valeur nutritive en la faisant passer de 2 400 mg à 1 500 mg, et ce, pour refléter l'apport suffisant (AS).

Santé Canada devrait diriger la mise en œuvre de cette recommandation.

Dans le tableau de la valeur nutritive, la VQ de plusieurs éléments nutritifs est fondée sur l'apport quotidien cible que les personnes devraient atteindre ou dépasser. Dans la perspective de la santé publique, présenter une VQ fondée sur un apport de référence de 2 400 mg, ce qui se rapproche davantage de l'AMT que de l'AS, favorise un apport en sodium excessif. Ultimement, les Canadiens et les Canadiennes devraient consommer une quantité de sodium correspondant à l'AS ou l'avoisinant. Ainsi, le GTS est d'avis que la base de la VQ de sodium dans le tableau de la valeur nutritive devrait être l'AS et non l'AMT. Le GTS estime que des programmes éducatifs à l'appui seront requis pour expliquer aux consommateurs les raisons pour lesquelles les quantités de sodium présentées comme pourcentage de la VQ peuvent paraître plus élevées qu'avant l'entrée en vigueur de la modification.

RECOMMANDATION 1-7: Le Groupe de travail recommande que Santé Canada améliore le système d'étiquetage nutritionnel actuel au Canada afin d'en faciliter la compréhension par les consommateurs et d'en faciliter l'utilisation, particulièrement en ce qui a trait au sodium.

Santé Canada devrait diriger la mise en œuvre de cette recommandation.

En réponse à la demande croissante d'améliorations au système actuel d'étiquetage nutritionnel au Canada, Santé Canada devrait réexaminer les dispositions réglementaires régissant les exigences en matière d'étiquetage. L'objectif du réexamen consisterait à améliorer le système actuel afin de développer l'aptitude des consommateurs à lire, à interpréter et à utiliser l'information nutritionnelle de manière efficace de façon à faire des choix favorisant l'alimentation santé. Pour effectuer un tel réexamen, un tour d'horizon complet et une analyse des systèmes d'étiquetage nutritionnel auxquels on a recours ailleurs dans le monde, de même qu'une étude de l'utilisation qu'en font les consommateurs et des besoins en matière d'améliorations du système en vigueur au Canada devront être réalisés. Les observations auxquelles on parviendra formeront la base des recommandations et de la mise en

œuvre des changements aux exigences en matière d'étiquetage. Bien que la réduction de l'apport en sodium soit le principal domaine d'intérêt du GTS, il n'en demeure pas moins que l'étiquetage nutritionnel tient compte d'un éventail d'éléments nutritifs dont l'importance et l'incidence sont variables pour la santé publique, ce qui suscite le besoin d'adopter une démarche holistique qui favoriserait la santé globale.

Au cours de sa recherche et de ses délibérations, le GTS s'est penché sur l'éventualité de mettre en évidence la teneur élevée en sodium de certaines catégories d'aliments. Bien que divers modèles aient été utilisés dans d'autres pays, par exemple le système des « feux de circulation » au Royaume-Uni et l'identification des aliments à haute teneur en sel en Finlande, le contexte pour l'élaboration de ces démarches différerait du contexte canadien où un système d'étiquetage complet et obligatoire est déjà établi. Néanmoins, certains membres du GTS ont convenu que l'étiquetage sur le devant de l'emballage des produits à haute teneur en sodium devrait constituer un volet d'intervention pour améliorer le système d'étiquetage nutritionnel canadien. En vue d'une telle identification, d'autres options devraient aussi être évaluées.

L'élaboration de ces modifications réglementaires doit être basée sur une recherche statistiquement valable entreprise par le gouvernement en collaboration avec l'industrie de la restauration et des services alimentaires.

À la demande du Congrès américain, l'IOM s'emploie actuellement à l'examen de systèmes d'étiquetage nutritionnel sur le devant de l'emballage. Une fois que cet examen sera terminé, le GTS demandera au gouvernement fédéral de se pencher sur les recommandations qui en émaneront et de mettre en œuvre les améliorations requises aux exigences canadiennes en matière d'étiquetage nutritionnel.

Le recours aux allégations santé et aux allégations en matière de contenu en éléments nutritifs sur l'étiquette des aliments ou dans la publicité sur les aliments est souvent perçu comme un outil de commercialisation que les entreprises peuvent utiliser pour attirer les consommateurs au moyen de la mise en valeur de certains aspects nutritionnels d'un aliment. Cependant, il est fréquent que de telles allégations soient utilisées pour mettre en valeur certains aspects positifs de l'aliment en faisant abstraction, dans certains cas, de ses aspects négatifs. Cette façon de faire peut inciter le consommateur à consommer un aliment en raison de l'une de ses caractéristiques sans qu'il tienne compte des autres. Pour éviter cette conséquence, il pourrait être nécessaire d'intégrer un critère d'inadmissibilité à l'utilisation de tous les types d'allégations santé et d'allégations sur la teneur en éléments nutritifs, ce qui ferait en sorte que les consommateurs ne soient pas induits en erreur par des allégations positives figurant sur des aliments dont par ailleurs, la teneur en sodium est élevée.

Des réformes de l'étiquetage nutritionnel devraient être envisagées afin d'exiger la divulgation de la teneur en potassium des aliments, et ce, particulièrement au sujet des produits auxquels des sels de potassium ont été ajoutés. Actuellement, à moins qu'une allégation soit formulée au sujet de la quantité de sodium contenue dans l'aliment, le *Règlement sur les aliments et drogues* n'exige pas la divulgation de la quantité de potassium dans le tableau de la valeur nutritive. Cependant, ce renseignement est nécessaire pour permettre à certaines populations vulnérables d'éviter les aliments à haute teneur en potassium et aux fonctionnaires d'assurer le suivi des modifications à la teneur en potassium de l'approvisionnement alimentaire, et ce, tout particulièrement alors que plusieurs entreprises pourraient avoir recours aux succédanés de sel à base de potassium.

RECOMMANDATION 1-8: Le Groupe de travail recommande que le *Règlement sur les aliments et drogues* et que les règlements provinciaux pertinents soient modifiés de façon à exiger la divulgation sur les lieux, autant que possible (c.-à-d., dans les établissements où le degré de standardisation est élevé), de l'information nutritionnelle au sujet des mets standardisés préparés et assemblés sur les lieux qui figurent au menu des restaurants et des établissements de services alimentaires, et ce, de façon cohérente et aisément accessible.

Santé Canada devrait diriger la mise en œuvre de cette recommandation.

La faisabilité de la communication de l'information nutritionnelle sur les lieux devrait être déterminée en fonction de la mesure dans laquelle des mets standardisés sont offerts au menu de plusieurs restaurants ou d'établissements de services alimentaires d'une même chaîne. Dans ce contexte, la standardisation signifie l'utilisation d'une chaîne d'approvisionnement commune (c.-à-d. du même fournisseur), des mêmes ingrédients et de recettes standardisées à l'échelle de tous les établissements d'une chaîne donnée.

L'élaboration de ces modifications réglementaires doit être basée sur une recherche statistiquement valable entreprise par le gouvernement en collaboration avec l'industrie de la restauration et des services alimentaires. La recherche doit appuyer l'efficacité de la forme, qu'elle soit nouvelle ou existante, que revêt la communication de l'information nutritionnelle dans les établissements de services alimentaires au Canada ou ailleurs, et ce, dans le but de permettre aux consommateurs de faire des choix alimentaires éclairés. Tout règlement doit offrir une flexibilité suffisante pour convenir aux réalités opérationnelles variées des divers établissements de services alimentaires.

Le GTS admet que l'industrie de la restauration et des services alimentaires se trouve devant plusieurs défis en matière de communication de l'information nutritionnelle. Non seulement une grande variété d'aliments sont-ils préparés dans ces établissements, mais il existe aussi une

certaine variabilité dans la préparation des mêmes aliments au sein des établissements et entre ceux-ci. Plusieurs membres de l'Association canadienne des restaurateurs et des services alimentaires ont entrepris des démarches dans le but de fournir l'information nutritionnelle dans plusieurs grandes chaînes de restaurants. Dans plusieurs cas, l'information nutritionnelle est publiée sur le site Internet ou ailleurs qu'au point de vente.

RECOMMANDATION 1-9: Le Groupe de travail recommande que le gouvernement fédéral, de concert avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, réexamine, au besoin, le processus d'approbation des additifs alimentaires et qu'il modernise les normes d'identification des aliments tout en maintenant l'innocuité microbienne des aliments.

Santé Canada devrait diriger la mise en œuvre de cette recommandation.

Il est entendu qu'une réduction globale de la teneur en sodium de l'approvisionnement alimentaire est désirable pour parvenir à une réduction significative de l'apport en sodium alimentaire chez la population canadienne. Parallèlement, à cause du rôle qu'ils jouent dans certains aliments, il n'est pas toujours possible de se limiter à éliminer le sel ou d'autres additifs alimentaires contenant du sodium, particulièrement lorsque l'innocuité microbienne, la conservation, la texture et le goût sont en jeu. Dans certains de ces cas, une fois le sel ou d'autres composés contenant du sodium éliminés, ils doivent être remplacés par d'autres ingrédients ou additifs alimentaires qui produiront les mêmes effets. Afin que l'industrie alimentaire fasse preuve de diligence dans cette démarche, certaines modifications réglementaires pourraient être nécessaires de façon à stimuler l'innovation en la matière. Sans compromettre la rigueur de l'évaluation de l'innocuité, un allègement du processus de modification réglementaire actuel pour les additifs alimentaires ainsi que la modernisation des normes d'identité pour l'utilisation d'ingrédients de remplacement au sodium, particulièrement lorsqu'on y a recours à des fins d'innocuité alimentaire microbienne, seront nécessaires.

RECOMMANDATION 1–10: Le Groupe de travail recommande que le gouvernement fédéral, de concert avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, élabore des lignes directrices sur le sodium et des politiques d’approvisionnement plus cohérentes à l’intention des exploitants d’entreprises de services alimentaires installés dans des établissements financés par les deniers publics tels que les écoles, les garderies, les établissements correctionnels et les forces armées.

Santé Canada, en collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, devrait diriger la mise en œuvre de cette recommandation.

La politique gouvernementale englobe la promotion de la saine alimentation auprès de l’ensemble de la population. Ceci devrait se refléter sur les lignes directrices élaborées pour les services alimentaires installés dans établissements financés par les deniers publics pour faire en sorte que les consommateurs accèdent à une alimentation nutritive, particulièrement alors que fréquemment, les consommateurs dans ces milieux n’exercent pas une maîtrise directe sur leurs choix alimentaires. L’apport excessif en sodium alimentaire est un facteur de risque de maladies chroniques (telles que la maladie cardiovasculaire) qui constituent un important fardeau qui pèse sur les budgets des soins de santé à l’échelle du Canada. Il importe que les aliments achetés pour la consommation par la population dans les établissements financés par les deniers publics ne contribuent pas au fardeau de la maladie.

Actuellement, il n’existe pas de lignes directrices uniformes sur le sodium visant les aliments servis dans les établissements financés par les deniers publics. L’absence d’uniformité des normes et des lignes directrices appliquées dans divers établissements de services alimentaires peut faire en sorte qu’il soit difficile d’offrir une alimentation n’excédant pas l’AMT en sodium. Des normes pourraient contribuer à faire en sorte que la planification du menu global satisfasse aux recommandations de l’IOM et du *Guide alimentaire canadien* en matière de sodium.

2. Recommandations sur la sensibilisation et l’éducation

L’élaboration de recommandations sur les priorités stratégiques et l’orientation en matière de sensibilisation et d’éducation du consommateur a été confiée au sous-comité sur la sensibilisation et l’éducation. Le sous-comité s’est rassemblé à plusieurs reprises pendant l’été et l’automne 2009 et au cours de l’hiver 2010 afin d’élaborer des recommandations et des lignes directrices pour l’élaboration de messages clés. L’orientation adoptée pour formuler les objectifs, les messages et les recommandations a été affinée au fur et à mesure que les données sur le point de vue de la population canadienne à l’égard du sodium issues de la recherche sur l’opinion publique réalisée en 2009 ont été publiées⁴⁹. Les activités recommandées en matière d’éducation et de sensibilisation ont aussi pour but d’enrichir la littératie des Canadiens et des Canadiennes en matière de santé.

Plus précisément, les recommandations de la Stratégie de réduction du sodium pour le Canada touchant la sensibilisation et l’éducation ont pour but :

- » d’informer et d’éduquer la population canadienne au sujet du sodium et des répercussions sur la santé d’un apport élevé en sodium;
- » d’inciter les consommateurs à réduire leur apport en sodium;
- » de stimuler la demande de produits à plus faible teneur en sodium par les consommateurs.

Le Groupe de travail s’est penché sur l’information qui devrait être intégrée aux messages clés à l’appui de la Stratégie de réduction du sodium. (Voir l’encadré à la page suivante.) Une fois rédigés, les messages clés seront soumis à des groupes de discussion composés de Canadiens et de Canadiennes. Par la suite, ils seront diffusés dans le cadre d’un prochain rapport sur les progrès du GTS et ils constitueront le noyau des programmes de communication ayant pour but de réduire l’apport en sodium au Canada. Il est essentiel que les messages soient communiqués de manière uniforme et cohésive par tous les intervenants participant à la Stratégie.

LES MESSAGES CLÉS À L'APPUI DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE DE RÉDUCTION DU SODIUM DEVRONT REFLÉTER LES POINTS DE PREMIER PLAN SUIVANTS :

Les Canadiens et les Canadiennes consomment trop de sodium – dans plusieurs cas, plus du double de la quantité recommandée.

- Les adultes devraient viser 1 500 mg de sodium ou moins par jour et leur consommation quotidienne ne devrait pas excéder 2300 mg. Ces quantités sont moindres pour les enfants.
- Toutes sources confondues, les Canadiens et les Canadiennes consomment en moyenne 3400 mg de sodium par jour.
- La plupart des Canadiens et des Canadiennes reconnaissent que l'apport en sodium est trop élevé au sein de la population, mais ils croient, à tort, que leur propre consommation de sodium n'est pas excessive.

Un apport élevé en sodium augmente la tension artérielle, laquelle est le principal facteur de risque évitable de décès.

- L'hypertension artérielle est la cause majeure de maladie cardiovasculaire et un facteur de risque d'accident vasculaire cérébral et de néphropathie.
- Des éléments probants donnent à penser qu'une alimentation à haute teneur en sodium est un facteur de risque de l'ostéoporose, du cancer gastrique et de l'asthme.
- Selon l'Organisation mondiale de la santé, les interventions visant à réduire l'apport en sel à l'échelle d'une population se sont révélées très rentables, et ce, à plusieurs reprises.

Les trois quarts du sodium consommé par la population canadienne proviennent du sodium ajouté aux aliments pendant leur transformation.

- La majeure partie du sodium consommé par la population canadienne provient des aliments préemballés prêts à

manger plutôt que du sel ajouté à table ou pendant la préparation des repas à la maison. Les aliments servis dans les restaurants contiennent généralement de grandes quantités de sodium.

- Dans certains cas, les consommateurs remarqueront un changement du goût des aliments dont la teneur en sodium a été réduite; les consommateurs doivent savoir que le goût s'adapte rapidement à ces teneurs plus faibles en sodium et ils doivent être encouragés à ne pas rajouter de sel à leurs aliments.
- Le message doit aussi cibler le sel ajouté pendant la préparation des aliments à la maison et à table.

Le tableau de la valeur nutritive peut aider les consommateurs à choisir des produits à plus faible teneur en sodium.

- Comme la teneur en sodium varie grandement entre les produits, le % de la valeur quotidienne ou les mg de sodium et l'information sur la portion qui figurent dans le tableau de la valeur nutritive devraient être utilisés pour comparer les produits et pour choisir ceux qui contiennent le moins de sodium.
- Les consommateurs devraient s'informer de la teneur en sodium des aliments pour emporter et servis au restaurant et à la cafétéria.

Consommer davantage de légumes, de fruits et de céréales entières contribue à une meilleure santé.

- *Bien manger avec le Guide alimentaire canadien* présente des lignes directrices pour choisir des aliments santé et pour contribuer à réduire l'apport en sodium.

Les recommandations du GTS à l'appui de la sensibilisation et de l'éducation sont destinées à un éventail de groupes et à des fins particulières, dont les recommandations :

- » à l'intention de l'industrie alimentaire – Recommandation 2-1;
- » à l'intention des intermédiaires (les intervenants qui traduisent et communiquent les messages au consommateur) – Recommandation 2-2;

- » à l'appui du marketing social – Recommandation 2-3;
- » vouées au renforcement de l'action communautaire – Recommandation 2-4;
- » à l'appui de la restriction de la commercialisation auprès des enfants – Recommandation 2-5;
- » à l'appui de l'amélioration des politiques en matière de santé (étiquetage nutritionnel et *Guide alimentaire canadien*) – Recommandations 2-6 et 2-7.

Les principaux résultats auxquels on s'attend de cet éventail de recommandations consistent à augmenter la sensibilisation et les connaissances de la population canadienne en matière de réduction du sodium et à influencer ses comportements à cet égard. La démarche multifacette recommandée pour atteindre ces objectifs est décrite à la figure 5 ci-dessous.

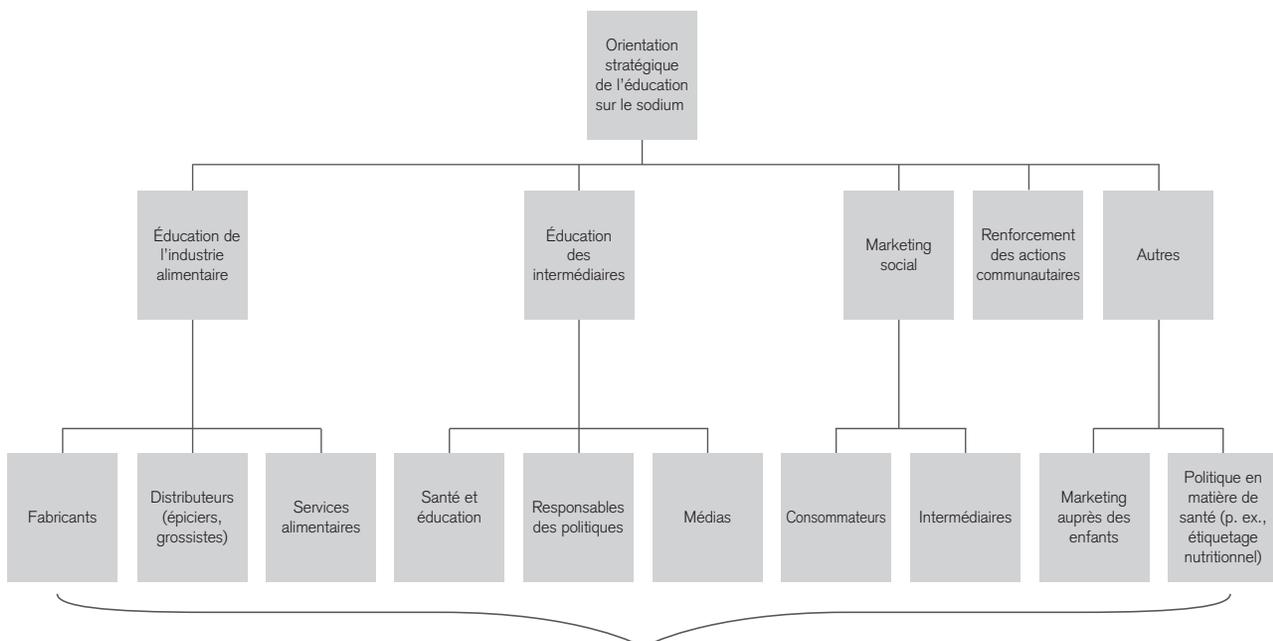
RECOMMANDATION 2-1 : Le Groupe de travail recommande que des programmes éducatifs soient élaborés et adaptés pour les intermédiaires travaillant dans divers secteurs de l'industrie alimentaire (fabrication, distribution et services d'alimentation) dans le but de les informer au sujet du sodium et de la Stratégie de réduction du sodium pour le Canada.

Tous les paliers gouvernementaux et l'industrie alimentaire devraient diriger conjointement la mise en œuvre de cette recommandation.

Le matériel présentant les lignes directrices et les outils de formation devraient être conçus pour être utilisés par une gamme d'intermédiaires et particulièrement, par les fabricants d'aliments, les restaurants et les établissements de services alimentaires de plus petite envergure qui peuvent ne pas avoir accès à ces ressources. Du travail en collaboration avec les écoles et les établissements de formation qui offrent des programmes de formation des chefs ou d'autres programmes en matière culinaire devrait être entrepris pour augmenter la sensibilisation et offrir un soutien et des conseils sur la cuisine à faible teneur en sodium et sur les pratiques de préparation des aliments. De tels outils pourraient comprendre : du matériel de formation des gestionnaires à l'égard de la réduction du sodium au moyen de l'élaboration de recettes; la sélection des ingrédients/des pratiques d'achat et de préparation sur les lieux; du matériel de formation du personnel de première ligne sur l'importance d'observer les pratiques de préparation sur les lieux (tel que des affiches).

FIGURE 5

Démarche multifacette pour augmenter la sensibilisation et les connaissances de la population canadienne en matière de réduction du sodium et influencer ses comportements à cet égard



Contribuer à réduire l'apport en sodium en influençant le comportement des Canadiens et des Canadiennes

Pour les fabricants d'aliments : Les programmes et les outils de formation destinés aux fabricants d'aliments devraient être axés sur le réexamen et la modification de la composition des produits afin d'en réduire la teneur en sodium. Pour augmenter la sensibilisation des consommateurs, les fabricants d'aliments doivent communiquer les progrès qu'ils ont accomplis dans le cadre de leur engagement à réduire le sodium et faire la promotion des produits dont la teneur en sodium a été réduite.

Pour les distributeurs d'aliments : Afin que leurs clients soient au courant de l'existence de produits dont la teneur en sodium a été réduite, les distributeurs d'aliments devraient les promouvoir activement.

Pour les exploitants d'établissements de services alimentaires : Les programmes et les outils de formation devraient mettre l'accent sur l'appui aux exploitants d'établissements de services alimentaires lorsqu'il s'agit de réexaminer et de modifier leurs recettes et leurs pratiques en matière d'ajout de sel afin qu'ils réduisent la teneur en sodium des aliments. Les programmes devraient aussi les inciter à ranger hors de la vue de leurs clients les salières, les sachets de sel et de sauce soja, de même que les condiments à haute teneur en sel. Les exploitants d'établissements de services alimentaires devraient promouvoir auprès de leurs clients les versions à plus faible teneur en sodium de leurs produits.

RECOMMANDATION 2-2 : Le Groupe de travail recommande que des programmes éducatifs soient élaborés pour atteindre les intermédiaires clés des domaines de la santé, des médias et de l'éducation et des secteurs gouvernementaux.

Tous les paliers gouvernementaux et toutes les organisations non gouvernementales (ONG), les associations de professionnels de la santé et les organisations à vocation scientifique devraient diriger conjointement la mise en œuvre de cette recommandation.

Les intermédiaires et les éducateurs devraient se montrer proactifs dans l'intégration des connaissances sur le sodium à leurs pratiques. Des ressources devraient être élaborées à

l'intention exclusive des intermédiaires des médias. Les ressources pourraient être élaborées et distribuées en collaboration avec des partenaires pour communiquer des renseignements justes et actualisés. Les intermédiaires des médias devraient jouer un rôle proactif dans la vulgarisation des connaissances sur le sodium à l'intention des consommateurs. Des outils pour augmenter l'auto-efficacité des consommateurs canadiens à réduire leur apport en sodium devraient être élaborés et partagés avec les intermédiaires.

On suggère que les ministères de l'Éducation intègrent la réduction du sodium à leur programme scolaire lorsqu'ils abordent la question de l'alimentation santé. Le Consortium conjoint pour les écoles en santé pourrait constituer une tribune adéquate pour faire progresser cette question.

RECOMMANDATION 2-3 : Le Groupe de travail recommande que le gouvernement fédéral dirige la conception et la mise en œuvre d'une campagne de marketing social sur le sodium. Cette campagne devrait être alignée sur les efforts déployés par l'industrie alimentaire pour modifier la composition de leurs produits.

La phase initiale de la campagne devrait être axée sur l'augmentation de la sensibilisation au fait que le sodium est un problème pour la plupart des gens. Les messages devraient aussi informer les consommateurs de la consommation excessive de sodium par la population canadienne, de l'incidence de celle-ci sur la santé, de même que sur les principales sources de sodium alimentaire. Les phases suivantes devraient être axées sur l'utilisation de l'information sur le sodium qui figure dans le tableau de la valeur nutritive et sur les messages relatifs à la saine alimentation pour une meilleure santé cardiaque. En outre, les outils pour augmenter l'auto-efficacité des consommateurs canadiens dans la réduction de leur apport en sodium devraient être élaborés et distribués. La campagne de marketing social devrait être adaptable par et pour les communautés. Des canaux de communication innovateurs tels que les réseaux sociaux devraient aussi être mis à profit.

RECOMMANDATION 2-4 : Le Groupe de travail recommande que les organismes de financement gouvernementaux et non gouvernementaux élaborent des mécanismes de financement coordonnés et cohésifs pour augmenter les activités orientées sur la collectivité qui appuieront la Stratégie de réduction du sodium.

La réduction de l'apport en sodium chez les consommateurs exigera les efforts concertés de tous les intervenants. Le financement et les activités devraient être coordonnés pour éviter les chevauchements et maximiser les ressources et leur incidence. Les activités devraient être adaptées, y compris sur le plan culturel, de façon à interpeller divers auditoires.

RECOMMANDATION 2-5 : Le Groupe de travail recommande que le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux continuent à rechercher et à examiner des options visant à réduire l'exposition des enfants à la commercialisation des aliments à teneur élevée en sodium.

Les enfants constituent un groupe très vulnérable de la population et les données probantes démontrent que partout au monde, la publicité à grande échelle et les autres formes de commercialisation des boissons et des aliments sont axées sur les enfants. Fait important, les enfants ne sont pas en mesure de comprendre entièrement le contexte de la publicité qui leur est destinée. La plupart de ces activités de commercialisation ont pour objet des aliments à haute teneur en lipides, en sucre ou en sel⁶⁶.

Plusieurs analyses du contenu de publicités diffusées pendant la programmation télévisuelle destinée aux enfants en Australie, en Nouvelle-Zélande, au Royaume-Uni et aux États-Unis ont révélé qu'elles ont principalement pour objet des aliments à haute densité calorique, mais à faible teneur en éléments nutritifs⁶⁷. Un récent examen de la publicité diffusée à la télévision canadienne parvient aux mêmes conclusions⁶⁸. Qui plus est, la télévision est la première source de commercialisation des aliments et des boissons ciblant les enfants âgés de moins de 12 ans. Dans le contexte canadien, la *Loi sur la protection du consommateur*

en vigueur au Québec depuis 1980 interdit toute publicité destinée aux enfants de moins de 13 ans, y compris les publicités sur les aliments, de même que sur plusieurs jouets et produits multimédias qui favorisent généralement le temps passé à l'écran au détriment de l'activité physique.

L'Agence de la santé publique du Canada étudie les données probantes et les options pour réduire l'exposition des enfants à la commercialisation des aliments et des boissons. Le GTS encourage le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux à poursuivre ce travail pour déterminer les améliorations qui peuvent être apportées à l'environnement de commercialisation dans lequel les enfants évoluent actuellement afin de mieux les protéger de la commercialisation des aliments et des boissons à haute teneur en lipides, en sucre ou en sel.

RECOMMANDATION 2-6 : Le Groupe de travail recommande que dans le contexte d'une campagne d'éducation de vaste portée sur le sodium, une stratégie soit élaborée pour aider les consommateurs à comprendre le tableau de la valeur nutritive actuel. Il faut comprendre que des changements y seront apportés à l'avenir et qu'une stratégie complète sera nécessaire pour appuyer la nouvelle version du tableau de la valeur nutritive.

Cette recommandation est fondée sur l'avis du GTS selon lequel le gouvernement fédéral doit s'engager à fournir le financement adéquat pour entreprendre un programme éducatif complet dans le but d'aider les consommateurs à comprendre l'étiquetage nutritionnel.

Au Canada, des préoccupations sont exprimées à l'égard de la difficulté potentielle que peuvent éprouver les consommateurs quant à l'utilisation et à l'interprétation des renseignements présentés dans le tableau de la valeur nutritive. On s'accorde généralement sur le fait qu'au Canada, lorsque les exigences actuelles en matière d'étiquetage nutritionnel ont été promulguées en 2003, les ressources adéquates n'ont pas été mises en place pour éduquer les consommateurs sur la façon d'utiliser le tableau

de la valeur nutritive quand celui-ci a commencé à figurer sur l'étiquette des aliments.

RECOMMANDATION 2-7 : Le Groupe de travail recommande que le gouvernement fédéral réexamine et mette à jour le *Guide alimentaire canadien* pour augmenter l'importance et l'efficacité des conseils portant sur le sodium et les calories.

Cette recommandation peut être mise en œuvre immédiatement au moyen d'Internet. Comme aucune révision du *Guide alimentaire canadien* n'est prévue dans un avenir rapproché, le GTS recommande également qu'il soit réexaminé en temps opportun pour refléter les besoins propres au Canada en matière de santé publique.

On recommande qu'à la prochaine mise à jour, la documentation scientifique disponible soit examinée pour veiller à communiquer un message juste au sujet du sodium et que l'on confère à ce message une portée proportionnelle au degré de risques que comporte cet élément nutritif par rapport aux autres.

L'apport en sodium semble en étroite corrélation avec l'apport énergétique. Une étude finlandaise a permis de constater que les aliments offerts en grosses portions, que les changements des habitudes de consommation de collations et que l'augmentation du pourcentage de la population qui prend ses repas à l'extérieur de la maison, particulièrement dans les établissements de restauration rapide, comptent tous au nombre des facteurs qui contribuent à augmenter l'apport en sel et l'apport énergétique³².

3. Recommandations sur la recherche

Le sous-comité sur la recherche du GTS a été chargé de cerner les lacunes de connaissances et d'établir les priorités en matière de recherche qui inciteraient les partenaires et la communauté à produire des données clés à l'appui de la Stratégie de réduction du sodium pour le Canada. En réalisant ses travaux, le sous-comité sur la recherche a aussi déterminé le besoin d'explorer, en collaboration avec le sous-comité sur la surveillance et l'évaluation, des points de référence et des indicateurs adéquats pour mesurer les progrès accomplis au moyen de la Stratégie de réduction du sodium.

Trois domaines de recherche ont été déterminés et explorés :

- » Les enjeux du sodium en matière de santé, dont :
 - l'exposition au sodium pendant l'enfance ou *in utero* comme facteur prédisposant à l'hypertension artérielle et aux maladies cardiovasculaires;
 - la vulnérabilité des populations à risque aux effets du sodium, par exemple du peuple autochtone, des personnes de l'Asie du Sud et d'origine africaine, des nourrissons, des enfants et des personnes âgées;
 - l'influence de la réduction du sodium chez la population, y compris les bienfaits à long terme et les risques autres que les paramètres cardiovasculaires tels que l'asthme, l'ostéoporose, les cancers gastro-intestinaux, etc.
- » Les enjeux du sodium en matière de science de la nutrition, dont :
 - le rôle du sodium dans l'innocuité microbienne des aliments;
 - les limites de réduction de la teneur en sodium des aliments tout en préservant les aspects fonctionnels en raison desquels le sodium est ajouté;
 - le rôle du sodium dans la physiologie du goût;
 - les solutions de rechange au sodium en tenant compte de l'innocuité et de ses fonctions et en envisageant les innovations technologiques et les stratégies de transformation alimentaire de remplacement.
- » Les enjeux relatifs au passage « des connaissances à la pratique » en matière de sodium, dont :

- l'incidence des règlements et des politiques, y compris les questions telles que la façon dont l'étiquetage influe sur le choix des aliments et un examen des « expériences naturelles » fondé sur les démarches en matière de politiques appliquées dans divers pays;
- la concrétisation par l'intervention, y compris la compréhension des barrières qui font obstacle au passage des connaissances à la pratique en ce qui a trait au sodium, des différences selon les segments de la population générale et de l'incidence de l'élaboration d'outils habilitants.

Un symposium scientifique, organisé par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), l'Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète et l'Institut de la santé circulatoire et respiratoire en collaboration avec le sous-comité sur la recherche a constitué un élément clé du travail du sous-comité sur la recherche. Un soutien additionnel a été assuré par d'autres instituts des IRSC, l'Agence de la santé publique du Canada, la Fondation des maladies du cœur du Canada, la Fondation canadienne du rein et le Réseau des aliments et des matériaux d'avant-garde. Intitulé *l'Atelier national sur l'élaboration d'un programme de recherche pour la réduction du sodium au Canada*, cet atelier de deux jours (tenu les 25 et 26 janvier 2010) poursuivait quatre objectifs principaux :

1. Cerner les points forts, les lacunes et les possibilités en matière de capacité de recherche vouée à la réduction du sodium au Canada dans les secteurs thématiques de la santé, de la science des aliments, du passage des connaissances à la pratique et de l'évaluation et la surveillance;
2. Établir un programme de recherche ciblant la réduction du sodium au Canada, lequel appuiera les travaux du Groupe de travail multi-intervenants sur la réduction du sodium (Groupe de travail sur le sodium) et sera intégré aux rapports du GTS;
3. Déterminer les possibilités de collaboration internationale et mondiale pour la communauté de la recherche canadienne dans le contexte de la prévention et de la maîtrise de la maladie chronique;

4. Obtenir l'appui de bailleurs de fonds de recherche pour appuyer le programme de recherche déterminé sur la réduction du sodium au Canada.

L'atelier a rassemblé un éventail diversifié d'intervenants provenant d'une variété de secteurs dont de la communauté de la recherche, d'ONG vouées à la santé, du gouvernement et de l'industrie alimentaire, de même que des invités internationaux. Au cours d'assemblées plénières et de séances en groupes, les participants ont cerné les principales lacunes de connaissances et ont établi les priorités en matière de recherche et de plans d'action pour chacun des trois volets suivants : la santé, la science de la nutrition et la technologie alimentaire, et le passage des connaissances à la pratique. Les participants ont été invités à porter une attention particulière aux secteurs dans lesquels le Canada serait en mesure d'apporter une contribution unique au domaine.

Les participants à l'atelier ont aussi déterminé le besoin d'établir des points de référence pour la surveillance des progrès accomplis vers les cibles de réduction du sodium, y compris les données devant être recueillies comme ligne de base et les paramètres clés devant faire l'objet d'une surveillance continue afin d'assurer le suivi du changement. Plus particulièrement, ils ont déterminé : les données concernant l'approvisionnement alimentaire (qui peuvent comprendre les sources de sodium et la teneur en sodium des aliments, les habitudes de consommation et les tendances en matière de nutrition au sein de la population); les données sur le comportement du consommateur (qui peuvent comprendre les paramètres de la sensibilisation dans différents segments de consommateurs, le degré de sensibilisation et les stades de réflexion et d'action chez les décideurs de l'industrie, des écoles et d'autres établissements); de même que les données sur les résultats (qui peuvent comprendre la mesure de l'excrétion urinaire de sodium, la tension artérielle au sein de la population et les résultats cardiovasculaires). Ils ont aussi formulé des recommandations sur la surveillance et l'évaluation (intégrées à la sous-section 4 ci-après intitulée *Recommandations sur la surveillance et l'évaluation*).

Un sommaire du rapport sur l'atelier est présenté à l'Annexe 5 de la présente Stratégie, et un rapport complet sera publié sur le site Web des IRSC (www.irsc.ca). Les rapports faisant état des progrès accomplis par rapport aux recommandations de l'atelier suivront.

Les recommandations en matière de recherche sont fondées sur les discussions qui ont eu cours pendant l'atelier et sur les délibérations subséquentes entre le sous-comité sur la recherche et le GTS.

RECOMMANDATION 3-1 : Le Groupe de travail recommande que le gouvernement fédéral affecte davantage de ressources aux conseils subventionnaires ainsi qu'aux organismes et aux ministères à vocation scientifique pertinents pour concevoir et mettre en œuvre des mécanismes de renforcement des capacités, pour cibler le financement de la recherche, pour améliorer la collaboration en recherche entre les universitaires, le gouvernement et les secteurs de l'industrie et pour augmenter ces partenariats de sorte que la recherche relative à la réduction du sodium progresse.

Les Instituts de recherche en santé du Canada devraient être responsables de la mise en œuvre de cette recommandation.

Il s'agit d'une recommandation de vaste portée visant le changement de la démarche en matière de recherche sur le sodium. Les conseils subventionnaires comprennent les IRSC, le Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada et le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada. Les ministères à vocation scientifique concernés sont Santé Canada, l'Agence de la santé publique du Canada et Agriculture et Agroalimentaire Canada. L'invitation à participer devrait être largement diffusée et s'adresser à la communauté universitaire, aux instituts de recherche et à l'industrie alimentaire.

Actuellement, en recherche alimentaire et en recherche sur la santé en matière de sodium, on fait état d'un important manque de coordination et d'une tendance à adopter des démarches fragmentées. Lors de l'atelier sur la recherche en matière de sodium, un consensus a été atteint à l'effet que des avantages considérables découleraient de liens plus

étroits entre les diverses démarches et les nombreux intervenants (qui ont parfois des intérêts concurrents), et qu'une démarche « fabriquée au Canada » pour aborder la question en collaboration procurerait des avantages importants au pays et ferait office d'exemple de pratiques d'excellence pour les autres.

Les possibilités existent, que ce soit en ayant recours à des programmes existants tels que les Centres d'excellence en commercialisation et en recherche, les Réseaux de centres d'excellence, la collaboration Industrie-Agroalimentaire Canada ou en élaborant des programmes particuliers, de rassembler les divers secteurs dans le but de dénouer ces difficultés.

Les conflits d'intérêts dans les partenariats publics-privés devront être gérés avec proactivité pour faire en sorte que les renseignements préconcurrentiels soient partagés tout en protégeant correctement la propriété intellectuelle. Les conflits d'intérêts devront être déclarés et ultimement, être résolus sur la base de l'objectif commun de favoriser les intérêts du public dans toute la mesure du possible.

RECOMMANDATION 3-2: Le Groupe de travail recommande que le gouvernement fédéral habilite les conseils subventionnaires et les partenaires compétents pour élaborer et mettre en œuvre un programme de subvention de recherche pour combler les lacunes de connaissances sur la compréhension élémentaire de la physiologie du sodium ainsi que le besoin d'éclairer la politique et la pratique.

Les Instituts de recherche en santé du Canada devraient être responsables de la mise en œuvre de cette recommandation.

Les activités de recherche qui devraient être entreprises dans ce domaine comprennent :

- » La définition des mécanismes de base qui sous-tendent les risques pour la santé que comporte le sel, dont les fondements physiologiques à l'égard des effets du sel sur des tissus et des organes particuliers (p. ex., les effets du

sodium au fil du temps sur la tension artérielle, les effets cardiovasculaires et vasculaires directs, les effets sur le système immunitaire, le cancer gastrique, la réactivité de l'appareil respiratoire, les effets sur la minéralisation osseuse, les calculs néphritiques contenant du calcium, la consommation calorique et les effets du sel sur le système nerveux central et les mécanismes rénaux).

- » La recherche sur les effets à long terme du sodium sur la santé au Canada en ayant recours à des méthodologies telles que des études de cohortes ou le recoupement des données administratives provinciales.
- » L'examen de la causalité d'une alimentation à haute teneur en sel pour les enjeux généraux en matière de santé et de l'incidence de la réduction du sodium au moyen d'études d'intervention en ayant recours à une variété de méthodes, dont les essais randomisés internationaux.
- » La détermination d'apports en sodium optimaux pendant la grossesse et l'enfance en tenant compte des incidences à long terme sur la santé, y compris sur la tension artérielle et la maladie cardiovasculaire.
- » La découverte de biomarqueurs pour l'exposition au sel ainsi que la définition et la validation de liens avec les résultats en matière de santé.
- » La détermination de mécanismes et de contrôles de l'apport en sel, de sa distribution et de son excrétion.
- » La détermination des mécanismes physiologiques de la perception du goût altérés par le sodium, y compris les effets modificateurs de diverses matrices alimentaires.
- » La détermination des effets des formes de sodium autres que le chlorure de sodium sur la tension artérielle et leurs autres effets physiologiques.

Ces questions peuvent être abordées au moyen des programmes de recherche existants (une fois les priorités adéquates établies) ou de nouveaux programmes conçus pour aborder un ensemble coordonné de questions.

RECOMMANDATION 3-3 : Le Groupe de travail recommande que le gouvernement fédéral habilite les conseils subventionnaires, les organismes et les ministères compétents de même que l'industrie alimentaire à travailler de concert pour mieux comprendre les teneurs en sodium minimales atteignables dans les aliments sans sacrifier les aspects fonctionnels particuliers du sel dans les aliments, et ce, en mettant l'accent sur l'innocuité microbienne des aliments et les questions relatives à la technologie alimentaire.

Les Instituts de recherche en santé du Canada, Santé Canada et Agriculture et Agroalimentaire Canada devraient diriger la mise en œuvre de cette recommandation.

Les activités de recherche qui devraient être entreprises dans ce domaine comprennent :

- » La recherche de procédés ou de technologies de remplacement pour assurer l'innocuité microbienne des aliments et satisfaire les besoins technologiques à une teneur moindre en sodium sans augmenter les coûts outre mesure.
- » La détermination des conséquences sur l'innocuité microbienne des aliments de la réduction de la teneur en sodium des aliments et la façon de les gérer avec efficacité.
- » La recherche sur l'efficacité, les risques et les bienfaits potentiels des sels sans sodium en matière de technologie et d'innocuité alimentaires (p. ex., des sels de potassium, des sels multiminéraux, d'autres exhausteurs de saveur, etc.).
- » La détermination du taux de changement qui peut être atteint en réduisant la teneur en sodium des aliments tout en n'exerçant qu'une incidence minimale sur le comportement motivé par le goût chez les consommateurs.

Comme le type d'aliments peut exercer une influence considérable sur les résultats, il est évident que ces questions devront être explorées pour plusieurs aliments différents. L'industrie alimentaire dépend de ces initiatives de recherche pour atteindre les cibles de réduction du sodium dans plusieurs des catégories d'aliments.

Pour élargir le partage de techniques et de technologies dans le but d'atteindre les cibles de réduction du sodium, ce qui favorisera la santé de toute la population canadienne, l'industrie alimentaire devrait envisager la recherche réalisée dans ce domaine comme un enjeu étranger à la concurrence.

RECOMMANDATION 3-4 : Le Groupe de travail recommande que le gouvernement fédéral, les organismes non gouvernementaux (ONG) du domaine de la santé concernés et d'autres intervenants financent la recherche et le développement sur les politiques et les programmes de santé publique et à l'intention de la population.

Les Instituts de recherche en santé du Canada, Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada devraient diriger la mise en œuvre de cette recommandation.

Les activités de recherche qui devraient être entreprises dans ce domaine comprennent :

- » L'examen continu et systématique des politiques en matière de réduction du sodium de partout au monde et l'évaluation de l'efficacité, des points forts et des faiblesses de ces politiques, y compris des facteurs situationnels.
- » Un examen portant sur les nourrissons et les enfants, dont sur les aliments pour les tout-petits, la commercialisation auprès des enfants, l'influence de l'emballage, les politiques alimentaires en milieu scolaire, etc.

- » L'évaluation des stratégies de marketing social les plus efficaces pour réduire le sodium alimentaire (p. ex., les messages axés strictement sur le sodium plutôt que des messages plus généraux traitant de la santé du cœur).
- » L'évaluation des incidences sur la sécurité alimentaire et le prix des aliments, dont les effets des démarches volontaires, des politiques en matière de pratiques de commercialisation et des politiques fiscales innovatrices sur la réduction du sodium et sur les disparités en matière d'alimentation.
- » L'évaluation de l'incidence économique et des économies en soins de santé pour le Canada d'une politique efficace en matière de réduction du sodium.
- » La recherche en sciences sociales sur les facteurs qui influencent le comportement des consommateurs à l'égard de la réduction de l'apport en sodium.

RECOMMANDATION 3-5 : Le Groupe de travail recommande que le gouvernement fédéral affecte les ressources adéquates aux conseils subventionnaires et aux intervenants intéressés pour élaborer et mettre en œuvre une initiative de recherche visant à examiner la réduction du sodium dans le contexte de saines habitudes alimentaires.

Les Instituts de recherche en santé du Canada et Santé Canada devraient diriger conjointement la mise en œuvre de cette recommandation.

Les activités de recherche qui devront être réalisées dans ce domaine comprennent :

- » L'examen de l'incidence sur la santé des diverses habitudes alimentaires, dont l'apport en sel, et du potentiel de changement des habitudes alimentaires au moyen des influences individuelles et du milieu.
- » La détermination des habitudes alimentaires que peuvent adopter les adultes et les enfants et celles qu'ils adopteront à long terme en présence d'influences du milieu.
- » La détermination de la relation potentielle entre les disparités en matière d'alimentation et de santé en ciblant les liens dans la perspective de la consommation de sodium.

Ces recommandations ont été recueillies par le GTS auprès d'un vaste éventail d'intervenants. Ainsi, on ne peut les attribuer à un ministère ou à un autre groupe d'intervenants. Les divers intervenants sont invités à poursuivre leur collaboration pour établir les priorités et pour satisfaire les besoins en recherche qui sont sous-jacents à la réussite de la Stratégie de réduction du sodium.

Ces recommandations devraient être perçues comme une première étape d'une démarche continue visant à éclairer les activités entreprises pour réduire la consommation de sodium chez les Canadiens et les Canadiennes jusqu'à ce qu'elle atteigne l'apport associé à une santé optimale. En plus de surveiller et d'évaluer l'efficacité programmatique, un réexamen périodique des lacunes en matière de recherche, des priorités et de l'élaboration d'autres plans devrait être entrepris pour poursuivre la mise en œuvre de la Stratégie de réduction du sodium pour le Canada.

4. Recommandations sur la surveillance et l'évaluation

Le sous-comité sur la surveillance et l'évaluation a été chargé de proposer des recommandations visant à assurer le suivi des progrès accomplis dans la mise en œuvre de la Stratégie de réduction du sodium pour le Canada ainsi que d'élaborer un plan global pour un programme de surveillance et d'évaluation. Le sous-comité a établi l'importance de :

- » la planification – plus précisément de l'élaboration de paramètres clés et de la façon de mesurer les progrès accomplis de façon suivie;
- » l'investissement – en ce qui a trait aux coûts, au temps et aux efforts déployés;
- » la mise en œuvre – d'une démarche multidisciplinaire et intersectorielle pour la surveillance efficace et opportune des résultats à court, moyen et long terme (y compris l'élaboration de politiques).

Des indicateurs de réussite clairs devront être élaborés et surveillés, et on devra en faire état dans le cadre du plan d'évaluation. La réussite de cette Stratégie devrait être mesurée par l'établissement de la preuve qu'un changement important est observé non seulement dans l'approvisionnement alimentaire canadien, mais aussi dans l'apport en sodium et dans l'état de santé de la population canadienne. Voici, sans en exclure d'autres, certains secteurs de changement dont on devrait tenir compte :

- » ultimement, l'apport en sodium de la majeure partie de la population (de 95 % ou davantage) est inférieur à 2 300 mg par jour;
- » en 2016, l'apport en sodium a diminué au point où l'apport quotidien moyen de la population est égal ou inférieur à 2 300 mg;
- » la composition des produits alimentaires a été modifiée pour atteindre les cibles de réduction du sodium;
- » en ce qui concerne le sodium, la base de connaissances de tous les intervenants a augmenté; et
- » en matière de sodium, la recherche est réalisée et les résultats qui en sont issus influent sur la stratégie.

Les mesures, les indicateurs et les cibles dont on devra tenir compte comprennent : la surveillance de la teneur

en sodium de l'approvisionnement alimentaire; la surveillance des aliments consommés par la population canadienne (y compris le sel ajouté à table et pendant la préparation des repas); la surveillance du changement des taux de morbidité et de mortalité provoqués par les maladies cardiovasculaires et les accidents vasculaires cérébraux; et l'évaluation de l'efficacité des campagnes de sensibilisation et d'éducation.

Les travaux sont en cours dans le but de déterminer des lignes de base pour les divers indicateurs et dresser le bilan des sources de données disponibles ainsi que cerner les besoins additionnels en matière de données et les nouvelles possibilités de combler les lacunes à ce chapitre.

RECOMMANDATION 4-1 : Le Groupe de travail recommande l'élaboration d'un plan de surveillance et d'évaluation complet.

Un plan pour la surveillance et l'évaluation devrait suivre les lignes directrices pour l'élaboration du *Cadre de gestion axée sur les résultats et de responsabilisation* et refléter les récents travaux du Conseil du Trésor sur les initiatives horizontales^{69,70}. Plus précisément, le plan devrait dresser les grandes lignes des rôles et des responsabilités à l'égard de la collecte et de la coordination des données,

DES INDICATEURS DE RÉUSSITE :

- ultimement, l'apport en sodium de la majeure partie de la population (de 95 % ou davantage) est inférieur à 2 300 mg par jour;
- en 2016, l'apport en sodium a diminué au point où l'apport quotidien moyen de la population est égal ou inférieur à 2 300 mg;
- la composition des produits alimentaires a été modifiée pour atteindre les cibles de réduction du sodium;
- en ce qui concerne le sodium, la base de connaissances de tous les intervenants a augmenté;
- en matière de sodium, la recherche est réalisée et les résultats qui en sont issus influent sur la stratégie.

des coûts, des responsabilités, de la gouvernance pour la surveillance et l'évaluation, un modèle logique, des indicateurs, des sources de données, des mécanismes et des calendriers de communication, y compris un plan d'action à mettre en œuvre dans le cas où les cibles ne seraient pas atteintes. Le plan devrait être élaboré par les divers partenaires responsables de la surveillance de la Stratégie de réduction du sodium pour le Canada et devrait aussi mettre à contribution Statistique Canada et d'autres fournisseurs de données.

De plus, l'évaluation de la Stratégie de réduction du sodium devrait tenir compte de la complexité d'une intervention multiniveau auprès de la population. Toutefois, les enjeux en matière d'équité demeurent en tout temps primordiaux. Le plan d'évaluation devrait donc comporter l'évaluation du processus et l'évaluation formative, et viser à comprendre les conséquences involontaires, l'information contextuelle et d'autres questions. L'évaluation reposera tant sur des données quantitatives que qualitatives pour aborder les questions telles que l'efficacité d'un programme volontaire. Un rapport annuel sur l'évaluation de tous les éléments de la Stratégie devrait être publié.

En élaborant un plan de surveillance et d'évaluation, on devra veiller à ce que la Stratégie n'augmente pas les iniquités. Cependant, on doit reconnaître qu'il existe un manque de données sur certains groupes vulnérables tels que les peuples autochtones. Par conséquent, il est recommandé que les enjeux d'équité soient envisagés comme partie intégrante du plan d'évaluation et de surveillance, et que Statistique Canada collabore étroitement à son élaboration, tel qu'indiqué ci-dessus, pour contribuer à l'approvisionnement en données qui contribueront à la compréhension de l'incidence de la Stratégie de réduction du sodium pour le Canada sur l'équité.

RECOMMANDATION 4-2 : Le Groupe de travail recommande la surveillance de l'apport en sodium chez les Canadiens et les Canadiennes.

Les progrès accomplis vers l'atteinte de l'objectif intérimaire d'un apport en sodium global de 2 300 mg par jour d'ici 2016 devraient faire l'objet d'une surveillance

régulière, et les résultats devraient être communiqués aux niveaux provincial, territorial et national. La surveillance de l'apport en sodium chez la population canadienne devrait faire appel à la norme *Or* de l'analyse des urines de 24 heures, y compris de la créatinine, pour évaluer le caractère exhaustif des prélèvements. Actuellement, cette méthode n'est utilisée que dans le cadre d'enquêtes régionales et d'études de recherche de petite envergure. Des travaux doivent être effectués pour déterminer la façon d'y avoir recours sur le plan national dans le cadre du programme de surveillance. La collecte des données de base devrait être effectuée dès que possible.

Cette recommandation comprend le besoin de mettre l'accent sur la surveillance de l'apport en sodium chez les enfants. Il s'agit d'une sous-population hautement vulnérable, et les données probantes démontrent que le sodium constitue un important régulateur de la tension artérielle au sein de ce groupe. Au Canada, l'apport en sodium était supérieur à l'AMT chez 77 % des enfants âgés de 1 à 3 ans et chez 93 % des enfants âgés de 4 à 8 ans. Les enfants dont l'apport excède l'AMT sont vraisemblablement prédisposés à être atteints d'hypertension artérielle plus tard au cours de leur vie. En outre, un apport élevé en sodium inhibe les récepteurs du goût salé, ce qui peut faire en sorte qu'en grandissant, les enfants préfèrent les aliments à plus haute teneur en sel¹².

RECOMMANDATION 4-3 : Le Groupe de travail recommande la surveillance des aliments consommés par la population canadienne en ayant recours à une enquête sur l'apport alimentaire semblable à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2.2.

Cette surveillance est importante pour déterminer si les habitudes alimentaires des Canadiens et des Canadiennes changent et plus particulièrement, si les aliments dont la teneur en sodium est généralement élevée sont remplacés par des aliments dont la teneur est généralement moindre. L'enquête quantifierait aussi l'apport en sodium provenant des aliments transformés, ce qui procurera des données utiles sur cet aspect de la consommation de sodium par la population canadienne. Il est nécessaire de maintenir et d'améliorer les bases de données sur la composition des

aliments qui contiennent des renseignements sur la teneur en sodium des aliments vendus au Canada.

RECOMMANDATION 4-4 : Le Groupe de travail recommande la surveillance et l'évaluation des progrès accomplis à l'égard de chaque élément de la Stratégie de réduction du sodium pour le Canada, particulièrement en ce qui a trait à l'approvisionnement alimentaire, à la sensibilisation et à l'éducation et à la recherche.

Les activités réalisées dans le cadre de chaque volet devraient faire l'objet d'une surveillance en assurant le suivi des progrès accomplis vers l'issue recherchée, des résultats immédiats et des résultats intermédiaires. Par exemple, en matière de sensibilisation et d'éducation du public, la portée et la réussite de la campagne éducative feraient l'objet d'un suivi.

De plus, les progrès accomplis vers l'atteinte des jalons de réduction du sodium pour les aliments devraient faire l'objet d'un suivi. Un plan de surveillance coordonné pour mesurer le sodium dans l'approvisionnement alimentaire doit être élaboré en ayant recours aux données issues des examens de l'étiquette des aliments combinées à l'information sur la part de marché, aux résultats de l'Étude sur l'alimentation totale de Santé Canada et à des analyses ciblées de produits alimentaires. Plus précisément, Santé Canada, en collaboration avec l'industrie alimentaire, devrait surveiller la teneur en sodium des produits alimentaires. Des sources supplémentaires de données pour assurer le suivi des changements dans le contenu en sodium de l'approvisionnement alimentaire seraient déterminées au besoin.

Le degré de financement à l'appui des projets de recherche prioritaires qui figurent au plan de recherche doit aussi être surveillé.

RECOMMANDATION 4-5 : Le Groupe de travail recommande la surveillance à long terme des résultats sur la santé, y compris de la tension artérielle, de la morbidité et de la mortalité provoquées par la maladie cardiovasculaire (l'infarctus aigu du myocarde, l'accident vasculaire cérébral, l'insuffisance cardiaque, etc.) ainsi que par d'autres maladies liées au sodium (telles que le cancer gastrique), de même que la surveillance des économies réalisées par le système de santé.

Certaines des données requises pour surveiller ces résultats sont disponibles au moyen de sources de données existantes telles que celles des Instituts de recherche en santé du Canada et de Statistique Canada. Les autres sources de données devront être déterminées, et des indicateurs devront être élaborés pour d'autres résultats tels que les économies réalisées en soins de santé.

C. Récapitulation et perspective d'avenir

La Stratégie de réduction du sodium pour le Canada est l'aboutissement de plus de deux ans de travail du Groupe de travail sur le sodium pour réduire l'apport en sodium chez les Canadiens et les Canadiennes à une moyenne quotidienne de 2 300 mg pour la population d'ici 2016 et ultimement, jusqu'au point où l'apport d'autant de personnes que possible – d'au moins 95 % de la population – sera inférieur à l'apport maximal tolérable (AMT).

Ce rapport présente les données probantes sur lesquelles le GTS s'est appuyé pour élaborer les recommandations visant à faciliter la réduction du sodium dans l'approvisionnement alimentaire, pour éduquer et rehausser le degré de sensibilisation des consommateurs et des autres parties intéressées, pour financer et établir les priorités des besoins en matière de recherche qui ont été déterminés, de même que pour surveiller et évaluer la Stratégie.

Le GTS était composé d'un groupe d'experts de divers domaines, soit des secteurs de la fabrication d'aliments et des services alimentaires, des ONG vouées à la santé, de la communauté scientifique, de groupes de défense des intérêts des consommateurs, des organisations de professionnels de la santé et de divers ministères et organismes gouvernementaux. Malgré les horizons différents des membres, ils ont tous convenu que

l'apport élevé en sodium chez la population canadienne comporte des risques importants pour la santé et qu'une démarche coordonnée et systématique doit être entreprise par tous les intervenants engagés afin d'entraîner une diminution de la consommation. Tous ont convenu qu'atteindre les objectifs d'apport établis par la Stratégie ne sera pas facile et que cela n'entraînera pas que des coûts modiques, mais tous se sont aussi dits d'accord qu'avec la collaboration adéquate et soutenue de tous les intervenants, il est possible d'y parvenir.

Les observations scientifiques ont démontré que les bienfaits pour la santé des Canadiens et des Canadiennes qui découleraient de la mise en œuvre réussie de la Stratégie de réduction du sodium seraient énormes. L'intervention est rentable, et on s'attend à ce qu'elle entraîne une diminution très importante du nombre de cas de coronaropathie, d'accidents vasculaires cérébraux, d'infarctus du myocarde et de décès. Ceci se traduit par des économies majeures, et ce, tant en dépenses directes reliées aux soins de santé qu'en coûts indirects associés à la perte de productivité et d'années-personnes sans invalidité.

La publication de la Stratégie de réduction du sodium pour le Canada marque le début d'un processus de mise en œuvre et de surveillance. La mise en œuvre des recommandations sera surveillée, de même que les changements dans l'apport en sodium de la population canadienne au fil du temps, le progrès accompli par l'industrie vers l'atteinte des cibles de réduction du sodium, l'efficacité des campagnes de sensibilisation et d'éducation et les avancées en matière de financement et de réalisation d'études pour combler les lacunes de connaissances cernées. Les résultats du processus de surveillance et d'évaluation de la Stratégie globale seront examinés et des étapes supplémentaires pourront être recommandées pour faciliter la réussite de la Stratégie. Ces étapes pourraient comporter des règlements, des études, l'élaboration de politiques et éventuellement, des mesures fiscales additionnelles. Les membres du Groupe de travail, dans leurs divers rôles, entendent poursuivre leurs activités, demeurer engagés à l'égard de la mise en œuvre, de même que conseiller les personnes responsables de la surveillance de la Stratégie de réduction du sodium pour le Canada.

ANNEXE 1

Attributions du Groupe de travail multi-intervenants sur la réduction du sodium

Mission

Élaborer et surveiller la mise en œuvre d'une stratégie visant à réduire la teneur en sodium de l'alimentation des Canadiens et Canadiennes à des quantités conformes aux recommandations figurant dans le rapport de l'Institute of Medicine of the National Academies sur les apports nutritionnels de référence (ANREF) pour le sodium⁵.

Mandat

Sous la direction de Santé Canada, le groupe de travail multi-intervenants sur la réduction du sodium (GTS) travaillera à élaborer, à mettre en œuvre et à surveiller une stratégie sur la santé de la population visant à réduire la teneur en sodium de l'alimentation des Canadiens et Canadiennes à des quantités conformes aux recommandations formulées dans le rapport de l'Institute of Medicine of the National Academies sur les ANREF. La stratégie, qui sera divisée en plusieurs étapes, adoptera une démarche en trois volets comprenant l'éducation, la réduction volontaire de la teneur en sodium des produits alimentaires transformés et des aliments vendus dans les établissements de restauration et, enfin, la recherche.

Les travaux se dérouleront en quatre étapes :

1. Préparation : (jusqu'en avril 2008)

Recueillir l'information nécessaire pour la réunion inaugurale du GTS :

- Données de base sur la teneur en sodium de l'alimentation des Canadiens et Canadiennes et sur les principales sources de sodium alimentaire.
- Sommaire du programme de réduction du sel de la Food Standard Agency du Royaume-Uni. Le GTS pourra ainsi tirer des leçons pour l'élaboration de ses initiatives dans le contexte du Canada.
- Préparer *Votre santé et vous* (VSV), une infofiche traitant le sodium alimentaire.

2. Évaluation : (avril 2008 – octobre 2008)

Entreprendre un processus de collecte de données sur les travaux en cours pour :

- Éduquer et informer les consommateurs et les professionnels de la santé au sujet du sodium, de l'hypertension et de la santé.
- Réduire de façon volontaire la teneur en sodium des produits alimentaires transformés et des aliments préparés dans des établissements de restauration.

- Mieux comprendre le point de vue des consommateurs sur le facteur de risque d'hypertension que représente le sodium et sur les mesures prises pour réduire la teneur en sodium des produits alimentaires transformés et des aliments préparés dans des établissements de restauration.
- Comprendre comment les mécanismes du goût influencent les choix alimentaires à l'égard du sodium.
- Comprendre les fonctions du sodium ainsi que les difficultés techniques/fonctionnelles posées par la réduction des quantités de sodium présentes dans l'approvisionnement alimentaire et les solutions réelles et éventuelles permettant de surmonter ces difficultés.
- Informer sur les mesures dissuasives ou les obstacles réglementaires liés à la réduction de la teneur en sodium des aliments.

3. **Élaboration d'un cadre stratégique:** (novembre 2008 – mars 2009)

- Élaborer un cadre stratégique doté d'objectifs, de plans d'action et de délais pour orienter la mise en œuvre et concevoir des méthodes d'évaluation permettant de mesurer l'efficacité de la Stratégie.
- Consulter l'ensemble des intervenants (au besoin) pour recueillir leurs points de vue et/ou les engager à l'égard de la réduction du sodium alimentaire.
- La démarche, dont l'efficacité sera évaluée, tiendra compte d'autres options en matière de politiques.

4. **Mise en œuvre: (à compter d'avril 2009)**

- Le groupe de travail multi-intervenants surveillera la mise en œuvre de la Stratégie et les progrès accomplis en regard des délais et des méthodes d'évaluation établis dans le cadre stratégique.

Principes directeurs

- » Toutes les communautés d'intervenants concernées par cette question de santé publique seront représentées au sein du GTS par une de leurs organisations. Les communautés représentées au sein du GTS seront: les organismes gouvernementaux, le milieu scientifique, les professionnels de la santé, les organisations non

gouvernementales (ONG) de la santé, l'industrie de la fabrication d'aliments, l'industrie de la restauration et des services alimentaires et les groupes de défense des intérêts des consommateurs.

- » On s'attend à ce que les personnes issues d'organisations représentant une communauté d'intervenants au sein du GTS respectent la mission du GTS et qu'elles contribuent à l'élaboration et à la mise en œuvre du cadre stratégique.
- » On s'attend à ce que les personnes issues d'organisations représentant une communauté d'intervenants au sein du GTS informent leurs pairs des travaux du GTS et qu'elles consultent ceux-ci à la demande du GTS.
- » Le cadre stratégique, fondé sur des recherches scientifiques et des analyses documentaires solides, mènera à l'établissement d'objectifs conformes aux recommandations figurant dans le rapport de l'Institute of Medicine of the National Academies sur les ANREF. Les plans d'action et les délais seront réalistes, réalisables et auront des effets positifs sur la santé des Canadiens et Canadiennes.
- » On s'attend à ce que les personnes représentant une communauté d'intervenants au sein du GTS travaillent ensemble de manière respectueuse et qu'elles soient ouvertes à tous les points de vue et à toutes les opinions concernant cette question de santé publique.
- » On s'attend à ce que les personnes représentant une communauté d'intervenants au sein du GTS respectent la raison d'être de toutes les réunions et qu'elles n'utilisent pas ces réunions pour traiter d'autres questions.
- » Les décisions du GTS seront prises par consensus. (La définition de consensus reste à être établie par le GTS.)

Reddition de comptes et consultations

Santé Canada assurera la supervision du GTS et vérifiera les progrès accomplis vers l'atteinte des objectifs établis. Le GTS fera rapport à Santé Canada, tout au long de son existence, au sujet de l'élaboration et de la mise en œuvre du cadre stratégique. Le GTS informera l'ensemble des intervenants (et fera appel à eux) à différents moments clés des travaux. Le GTS leur donnera également la possibilité de formuler leurs commentaires et leur

Représentation définitive des membres du GTS :

- Milieu scientifique et professionnels de la santé : . . . 6
- Organisations non gouvernementales (ONG) de la santé et groupes de défense des intérêts des consommateurs : 5
- Industrie de la fabrication d'aliments et de la restauration : 7
- Gouvernement : 7

Organisations d'intervenants qui composent le GTS :

Milieu scientifique et professionnels de la santé :

1. Institut de la santé circulatoire et respiratoire des IRSC
2. Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires
3. Société canadienne de nutrition
4. Les diététistes du Canada
5. Conseil des médecins hygiénistes en chef

Organisations non gouvernementales (ONG) de la santé et groupes de défense des intérêts des consommateurs :

1. Hypertension Canada (anciennement Pression artérielle Canada)
2. Fondation des maladies du cœur du Canada
3. Conseil canadien des aliments et de la nutrition
4. Centre pour la science dans l'intérêt public
5. Extenso – Centre de référence sur la nutrition humaine

Industrie de la fabrication d'aliments :

1. Association canadienne de la boulangerie
2. Conseil des viandes du Canada
3. Association des transformateurs laitiers du Canada
4. Produits alimentaires et de consommation du Canada
5. Fabricants de produits alimentaires du Canada
6. Conseil canadien des distributeurs en alimentation

Industrie de la restauration :

1. Association canadienne des restaurateurs et des services alimentaires

Organismes gouvernementaux :

1. Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition, Santé Canada
2. Agence de la santé publique du Canada
3. Direction des aliments, Santé Canada
4. Groupe fédéral-provincial-territorial sur la nutrition
5. Agriculture et Agroalimentaire Canada
6. Agence canadienne d'inspection des aliments

Les réunions auront lieu en personne, par téléconférence et par vidéoconférence. Les communications entre les membres du GTS se feront par l'intermédiaire d'un site Web sécurisé et par des moyens électroniques.

demandera de soumettre des rapports et de présenter des exposés, le cas échéant.

Composition du groupe de travail

Les membres du GTS doivent être des personnes bien informées, capables de fournir des conseils et de l'aide visant à réduire efficacement la teneur en sodium de l'alimentation des Canadiens et Canadiennes. Le GTS adoptera une perspective équilibrée qui reflétera le large éventail des parties intéressées, à savoir les organismes gouvernementaux, le milieu scientifique, les professionnels de la santé, les organisations non gouvernementales de la santé, l'industrie de la fabrication d'aliments, l'industrie de la restauration et des services alimentaires et les groupes de défense des intérêts des consommateurs.

Rôles et responsabilités

Présidente : La directrice du Bureau des sciences de la nutrition, Santé Canada, assure le bon déroulement du processus. (En 2009, la présidence a été assumée par le directeur général du Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition.)

Comité de direction : Le comité de direction sera constitué de la présidente, d'un membre du GTS représentant l'industrie de l'alimentation ou de la restauration et d'un membre du GTS représentant les professionnels de la santé ou les ONG de la santé. Ce comité surveillera le rythme d'avancement des travaux et les progrès accomplis par rapport au plan d'action et cernera les problèmes à porter à l'attention de l'ensemble du GTS. Le comité de direction sera également responsable de l'orientation des nouveaux membres du GTS, le cas échéant.

Secrétariat : Les fonctions de secrétariat seront assurées par Santé Canada, qui travaillera avec la présidente et le comité de direction pour appuyer le GTS, notamment par la

préparation et l'organisation des réunions, par la tenue de dossiers sur les décisions concernant l'élaboration du cadre stratégique et par l'entretien d'un site Web sécurisé.

Membres du groupe de travail: Chaque membre est tenu de participer aux réunions et de travailler à l'atteinte des objectifs du GTS. Les représentants des communautés d'intervenants ont été choisis en fonction de leur expertise et de leurs connaissances dans divers domaines liés à la réduction du sodium alimentaire. On s'attend à ce que les opinions exprimées aux discussions sont des opinions d'expert des membres de GTS et ne reflètent pas nécessairement la position de leurs organisations respectives. On s'attend à ce que les membres informent le GTS de la position de leurs organisations respectives; ils doivent toutefois prendre leurs décisions dans l'intérêt supérieur du groupe de travail et des objectifs énoncés. Tous les membres du GTS auront un rôle à jouer dans la surveillance et la déclaration des progrès accomplis à l'égard du cadre stratégique.

Durée: Chaque organisation d'intervenants à laquelle on a demandé de joindre le GTS nommera un représentant dès le départ. Les organisations représentées au sein du GTS continueront de faire partie du GTS pour la durée entière de celui-ci. (La durée du GTS sera déterminée à la deuxième étape.) Bien qu'il soit souhaitable que la composition du GTS reste inchangée, si une organisation doit se retirer, le GTS proposera à Santé Canada un remplacement convenable. Les intervenants peuvent changer leur représentant selon leurs besoins. Chaque organisation d'intervenants est tenue de fournir à son nouveau représentant, le cas échéant, l'information nécessaire sur les questions dont il faut traiter ainsi que tout le matériel se rapportant aux activités du GTS.

Financement: On s'attend à ce que chaque organisation participant au GTS contribue aux travaux de celui-ci, que ce soit par une contribution financière directe, par une contribution intellectuelle ou par des services en nature.

Santé Canada offrira un soutien financier en remboursant les frais de voyage des membres du GTS qui ont besoin d'un appui financier pour participer aux réunions (p. ex. professeurs d'universités, membres d'ONG).

Annexe aux Attributions

Transmission des recommandations

Le Groupe de travail multi-intervenants sur la réduction du sodium alimentaire explorera les options pour la réduction de la consommation globale de sodium par la population canadienne et formulera des recommandations à l'intention de la ministre de la Santé. La ministre conserve l'autorité et les responsabilités décisionnelles. Certaines recommandations du Groupe de travail peuvent aller au-delà de la portée du portefeuille de la Santé. Dans un tel cas, ces recommandations seront adressées aux parties concernées.

Approbation des Attributions

Les Attributions du Groupe de travail sur la réduction du sodium ont été approuvées par le Groupe de travail et par la ministre de la Santé.

Processus de sélection des membres

Les organismes intéressés des domaines suivants : le milieu scientifique, le milieu des professionnels de la santé, les organismes non gouvernementaux voués à la santé, les groupes de défense des intérêts des consommateurs, les entreprises des industries de la fabrication des aliments, de la restauration et des services alimentaires ainsi que les organismes gouvernementaux ont été invités à désigner un ou deux porte-parole pour participer au Groupe de travail. Santé Canada a choisi les membres parmi les porte-parole désignés par les organismes participants des divers secteurs, et ce, dans le but de regrouper une variété de disciplines, d'ensembles de compétences et de points de vue. On a aussi tenu compte de la représentation géographique.

Affiliations et intérêts

Les membres du Groupe de travail doivent remplir le *Formulaire de déclaration d'intérêts et d'affiliations* et le remettre au Secrétariat. Dans le cas où leur situation personnelle viendrait à changer, il incombe aux membres de mettre à jour leur déclaration par écrit.

Conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels*, un *Formulaire de déclaration d'intérêts et d'affiliations* rempli est confidentiel. La DGPSA ne rendra public aucun renseignement qui paraît au

formulaire sans avoir obtenu l'autorisation du membre, mais les membres doivent accepter la publication en ligne d'un résumé de leurs affiliations et intérêts. On s'attend à ce que les membres se conduisent correctement, c'est-à-dire que l'usage qu'ils font de leur poste ne doit pas pouvoir être raisonnablement interprété comme étant à leur avantage personnel ni à celui d'une autre personne, d'une autre entreprise ou d'un autre organisme.

Confidentialité

Chaque membre qui participe au Groupe de travail doit signer une entente de non-divulagation. L'entente interdit la divulgation de tout renseignement protégé obtenu dans le cadre de la participation aux travaux du Groupe de travail, qu'il ait été obtenu verbalement ou par écrit. Le Secrétariat marquera les renseignements selon le degré de protection qui lui est accordé en vertu de la *Politique du gouvernement sur la sécurité*.

Le président veillera à ce que chaque personne qui participe à une réunion, à une discussion téléphonique, à un échange par courriel ou à une communication sous une autre forme ait reçu des directives claires pour assurer la confidentialité des délibérations.

Autorisation de sécurité

Tous les membres doivent se soumettre à une enquête de sécurité et obtenir la « cote de fiabilité ».

Indemnisation des membres alors qu'ils agissent à titre bénévole

Tous les membres qui siègent au Groupe de travail agissent à titre bénévole. Conformément à la *Politique sur l'indemnisation des fonctionnaires de l'État et sur la prestation de services juridiques de ces derniers* et à la *Politique sur les bénévoles* du Conseil du Trésor, les membres sont admissibles à la même protection contre la responsabilité civile personnelle que les fonctionnaires fédéraux lorsqu'ils se trouvent devant des risques comparables alors qu'ils agissent dans le cadre du mandat du Groupe de travail et à titre bénévole.

Quorum

Les conseils du Groupe de travail sont formulés sous forme de recommandations. À moins d'atteindre le quorum, le Groupe de travail ne se réunira pas. Le quorum sera atteint lorsque les deux tiers des membres du Groupe de travail et la moitié des porte-parole de chaque « partie intéressée » (tels que définis dans les Attributions) seront présents. Nonobstant ce qui précède, tous les membres devraient s'efforcer d'être présents à chaque réunion du Groupe de travail.

Délibérations du Groupe de travail : Consensus

Dans toute la mesure du possible, les décisions seront prises par consensus entre les membres du Groupe de travail. Lorsque aucun consensus n'est atteint, le compte rendu de la réunion reflétera la diversité des opinions. Dans le cas d'enjeux importants, en l'absence d'un consensus, soit après avoir déployé tous les efforts raisonnables pour déterminer une solution afin d'y parvenir, les membres du Groupe de travail qui sont en désaccord avec la décision remettront un rapport minoritaire indiquant les raisons de leur désaccord.

Invités et observateurs

La présidente, en consultation avec le comité de direction, peut inviter des personnes dotées d'une expertise ou d'une expérience particulières pour présenter leurs suggestions et commentaires sur un sujet ou un point particuliers à l'ordre du jour. Toutefois, la personne invitée ne peut participer à la préparation d'avis ou de recommandations à la ministre. Le Groupe de travail peut permettre à des personnes, à des organismes ou à des membres du public d'assister à une réunion ou à des parties d'une réunion à titre d'observateurs.

Suppléants

Les membres qui sont incapables d'assister à une réunion du Groupe de travail ne seront pas autorisés à désigner un suppléant. L'objectif de cette politique consiste à maximiser l'appropriation des décisions par les membres du Groupe

de travail et de préserver la dynamique qui règne au sein de celui-ci.

Processus de démission et de remplacement

Les membres devront signaler leur intention de démissionner 14 jours avant que cette décision prenne effet. L'avis de démission, dont une copie doit être remise au Secrétariat, doit être présenté par écrit et adressé au président. La date de prise d'effet de la démission doit être indiquée dans l'avis. Les organismes dont les porte-parole doivent se retirer du Groupe de travail au cours de son mandat seront invités à désigner un remplaçant. Les nominations au Groupe de travail sont conditionnelles à l'approbation du président.

Motifs de congédiement

À défaut d'agir conformément aux Attributions du Groupe de travail, un membre peut être congédié. Dans un tel cas, la présidente, en consultation avec le comité de direction, recommandera à Santé Canada de mettre fin à la participation du membre. Santé Canada avisera alors le membre par écrit en indiquant les motifs du congédiement et sa date de prise d'effet.

Avis et ordre du jour des réunions

Les membres du Groupe de travail seront informés des réunions et seront consultés sur les points à inscrire à l'ordre du jour au moins quatre semaines à l'avance.

Transparence

Le Secrétariat publiera les rapports sur les réunions, une fois approuvés par le Groupe de travail, sur le site Web de Santé Canada. Les rapports publiés en ligne seront présentés dans les deux langues officielles, et ce, conformément aux *normes sur la Normalisation des sites Internet* du Conseil du Trésor, de même qu'aux *Lignes directrices de Santé Canada sur la présentation des rapports*

et publications et sur la présentation des activités faisant appel à la participation du public et à des consultations. On ne rapportera pas les commentaires formulés par des membres individuels ni par le public.

Médias et communications

Avant la fin de chaque réunion, le Groupe de travail établira les résultats clés qui paraîtront dans les messages rédigés aux fins des communications. Tous les appels des médias concernant le Groupe de travail seront dirigés vers Santé Canada - Relations avec les médias qui coordonnera les réponses avec le porte-parole désigné, soit le président.

Réexamen du Groupe de travail

Santé Canada et le président réexamineront le mandat, les activités, le cadre de référence et la pertinence du Groupe de travail au moment du dépôt de son premier rapport à la ministre. Le ministère conserve la prérogative de démanteler le Groupe de travail à la suite d'un tel réexamen.

ANNEXE 2

Membres du Groupe de travail sur la réduction du sodium alimentaire

Président

D^r Hasan Hutchinson

Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition, Santé Canada

(Président depuis septembre 2009)

D^{re} Mary L'Abbé

Université de Toronto

(Présidente jusqu'à septembre 2009, vice-présidente à compter de septembre 2009)

Scientifiques et professionnels de la santé

D^r Peter Liu

Instituts de recherche en santé du Canada

D^r Kevin Willis

Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires

D^{re} Katherine Gray-Donald

Société canadienne de nutrition

D^{re} Susan I. Barr

Les diététistes du Canada

D^r Eric Young (depuis août 2008)

Conseil des médecins hygiénistes en chef

Organisations non gouvernementales centrées sur la santé et les consommateurs

D^r Norm Campbell

Hypertension Canada (anciennement Pression artérielle Canada)

M^{me} Bretta Maloff

Fondation des maladies du cœur du Canada

M^{me} Francyl Pillo-Blocka

Conseil canadien des aliments et de la nutrition

M. Bill Jeffery

Centre pour la science dans l'intérêt public

D^{re} Nathalie Jobin

Centre de référence en nutrition humaine Extenso

Industrie de la transformation des aliments et des services alimentaires

M. Paul Hetherington

Association canadienne de la boulangerie

M^{me} Mary Ann Binnie

Conseil des viandes du Canada

M. Don Jarvis

Association des transformateurs laitiers du Canada

M^{me} Phyllis Tanaka

Produits alimentaires et de consommation du Canada

M. Colin Farnum

Fabricants de produits alimentaires du Canada

M^{me} Jackie Crichton

Conseil canadien des distributeurs en alimentation

M. Ron Reaman

Association canadienne des restaurateurs et des services alimentaires

Gouvernement

M ^{me} Chantal Martineau	Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition, Santé Canada
M ^{me} Lianne Vardy	Agence de la santé publique du Canada
M ^{me} Nora Lee	Direction des aliments, Santé Canada
M ^{me} Lisa Forster-Coull	Groupe fédéral-provincial-territorial sur la nutrition
M ^{me} Patti Wunsch	Agriculture et Agroalimentaire Canada
M ^{me} Charmaine Kuran	Agence canadienne d'inspection des aliments (jusqu'à novembre 2009)

Membres du secrétariat

D ^{re} Konstantinia Arvaniti	Santé Canada
M ^{me} Sarah Hatt	Santé Canada (depuis janvier 2009)
M ^{me} Charmaine Kuran	Santé Canada (depuis novembre 2009)
M. Liam Shaw	Santé Canada (depuis décembre 2009)
M ^{me} Lynne Underhill	Santé Canada (jusqu'en 2009)

Conseillers auprès du Groupe de travail

D ^r Kevin Cockell	Santé Canada
M ^{me} Elaine De Grandpré	Santé Canada (depuis mai 2009)
D ^r Peter Fischer	Santé Canada
M ^{me} Deborah Gibson	Santé Canada (depuis février 2010)
M ^{me} Heidi Liepold	Agence de la santé publique du Canada (depuis mai 2009)
M ^{me} Jennifer McCrea-Logie	Agence de la santé publique du Canada (depuis mai 2009)
M. Michel Vigneault	Santé Canada

ANNEXE 3

Sommaire de la recherche sur l'opinion publique réalisée pour connaître les points de vue des Canadiens et des professionnels de la santé sur le sodium

Ce sommaire présente à la fois les résultats de la recherche quantitative et de la recherche qualitative qui ont été menées auprès des Canadiens afin de connaître les attitudes, les comportements et les valeurs associés à la consommation de sodium⁴⁹.

Cette recherche a permis à l'ASPC de bien comprendre ce que les Canadiens pensent de la consommation de sodium et de l'information sur le sodium qui se trouve sur les étiquettes des aliments. Elle a également permis à l'ASPC de se renseigner sur la compréhension que les Canadiens ont de cette question, de connaître leurs priorités et de savoir quelles attentes ils ont à l'égard des gouvernements. Grâce à cette recherche, l'ASPC a en outre pu apprendre comment le grand public et les professionnels de la santé (les diététistes et les médecins) perçoivent les renseignements sur le sodium qui sont indiqués sur les étiquettes. En tout, cette recherche a coûté 141 839,37 \$, TPS incluse.

Les grands objectifs de ce projet étaient de mesurer les perceptions et le niveau de connaissance des Canadiens à l'égard du sodium ainsi que de découvrir s'ils perçoivent que le sodium présente un risque pour la santé, d'évaluer leur niveau de connaissance à l'égard de la teneur en sodium des aliments, de déterminer la capacité des consommateurs à utiliser les étiquettes pour faire des choix santé par rapport au sodium et de trouver quels sont les obstacles perçus ou existants qui les empêchent de réduire leur consommation élevée de sodium.

Afin d'atteindre ces objectifs, Décima a effectué une recherche qualitative et quantitative. Quinze groupes de discussion ont d'abord eu lieu partout au pays du 13 mai au 1^{er} juin 2009. Douze groupes composés de membres du grand public se sont déroulés à Toronto, Winnipeg, St. John's et Montréal (en français). La segmentation des séances était la suivante : six groupes composés de membres du grand public, deux groupes composés de Canadiens à faible revenu, deux groupes composés de Canadiens de première génération et deux groupes composés de Canadiens vivant en zone rurale. Les trois autres séances ont réuni des omnipraticiens et des diététistes. De plus, Décima a mené 1 216 entrevues téléphoniques auprès d'adultes canadiens du 14 septembre au 2 octobre 2009. Un échantillon de cette taille produit des résultats représentatifs de l'ensemble de la population à $\pm 2,8\%$, à un intervalle de confiance de 95 %. Les marges d'erreur sont plus importantes pour les sous-échantillons.

Les données révèlent que les gens sont de plus en plus conscients de la présence élevée de sodium dans l'alimentation des Canadiens et de ses impacts négatifs. Les Canadiens indiquent qu'ils portent autant attention au sodium sur les étiquettes des aliments qu'aux autres ingrédients qui présentent des risques pour la santé, par exemple les lipides et les sucres. Ils connaissent également très bien la relation qui existe entre certains problèmes

de santé notoires, comme l'hypertension artérielle, et l'apport en sodium. Les Canadiens plus âgés (55 ans et plus) et les femmes (les mères) sont beaucoup plus impliqués que les autres Canadiens à ce chapitre.

Cependant, dans la population, le degré de compréhension d'un certain nombre de grands enjeux essentiels au progrès varie de façon importante, notamment :

- » Alors que le sodium arrive dans le haut de la liste des nutriments alimentaires qu'ils surveillent de près, très peu de gens ont une idée de ce qu'est un apport en sodium bon pour la santé et beaucoup sous-estiment le nombre de Canadiens qui en consomment trop.
- » Bien que les Canadiens connaissent les liens entre certaines des maladies les plus notoires et le sodium, d'autres liens leur sont inconnus et ils associent parfois à tort le sodium à d'autres problèmes de santé.
- » Les Canadiens indiquent avec raison que les aliments préparés contribuent grandement au problème de consommation élevée de sodium, mais ils sont beaucoup plus susceptibles d'ajouter moins de sel à table ou en cuisinant que de réduire leur consommation d'aliments préparés.
- » La plupart des Canadiens prêtent peu ou pas attention au sodium présent dans les aliments servis au restaurant, alors que les experts semblent dire que ces aliments sont également responsables du problème.

De nombreux Canadiens corroborent les commentaires émis par les participants lors des groupes de discussion et croient que c'est la consommation de sodium «des autres» qui est très préoccupante, et non leur consommation personnelle. Pour cette raison, la consommation excessive de sodium reste dans la catégorie des problèmes de santé qui sont importants, mais pas nécessairement assez urgents pour y prêter attention. Les données démontrent clairement qu'il faut continuer de sensibiliser la population à ce chapitre. Il existe des lacunes cruciales dans les renseignements fournis aux Canadiens. Ils ne connaissent pas toujours ou comprennent mal les facteurs qui contribuent au problème, l'étendue des répercussions et ce qu'ils pourraient faire pour réduire leur apport en sodium.

La mise en œuvre d'un effort ciblé qui serait destiné aux Canadiens de 55 ans et plus ainsi qu'aux femmes et qui mettrait l'accent sur des renseignements bien précis aiderait

vraisemblablement à mieux faire connaître cet enjeu.

L'effort de marketing devrait être axé sur les femmes entre autres parce que les données laissent entendre que ce sont elles qui font le plus souvent l'épicerie. Les principaux renseignements qui devraient faire écho et catalyser l'intérêt des gens sont notamment :

- » Trois Canadiens sur quatre consomment trop de sodium;
- » Les aliments préparés représentent 80 % de l'apport en sodium des Canadiens;
- » Le sodium est un facteur qui joue un rôle important dans un certain nombre de maladies ou de problèmes chroniques;
- » Il ne suffit pas de lire la teneur en sodium sur l'étiquette – il est absolument essentiel de savoir quelle teneur en sodium est trop élevée;
- » La surveillance du sodium ne s'arrête pas à la cuisine – la nourriture de restaurant constitue un grand problème dont beaucoup de Canadiens ne se rendent pas compte.

Des faits et des chiffres importants proviennent du sondage, entre autres :

- » Premièrement, environ la moitié des Canadiens affirment qu'ils lisent habituellement ou toujours le tableau de la valeur nutritive la première fois qu'ils achètent un produit alimentaire. Par contre, seulement trois Canadiens sur dix disent qu'ils lisent toujours ou habituellement les étiquettes des aliments qu'ils ont déjà achetés auparavant.
- » La moitié des Canadiens se sont vu conseiller par un professionnel de la santé de réduire leur consommation de sodium ou ont un membre de leur famille qui s'est vu conseiller de le faire.

Objectif: Perception selon laquelle le sodium présente un risque pour la santé

- » Le niveau de préoccupation à l'égard de l'apport en sodium est modéré chez les Canadiens: deux Canadiens sur trois en sont modérément, pas très ou pas du tout préoccupés. Ceux qui expriment davantage de préoccupation sont plus nombreux que les autres à indiquer qu'ils sont plus susceptibles de surveiller leur apport en sodium de près. En général, les femmes et les Canadiens de 55 ans et plus sont davantage susceptibles de lire les tableaux de la valeur nutritive et d'y chercher précisément des renseignements sur le sodium.

- » Les Canadiens qui lisent généralement les étiquettes sont en outre plus susceptibles de lire la teneur en sodium sur les étiquettes.
- » Les Canadiens comprennent bien que la consommation de sodium est associée à l'hypertension artérielle, aux maladies du cœur et aux accidents vasculaires cérébraux. Ils comprennent cependant moins bien l'effet du sodium sur le diabète et d'autres maladies.
- » Un noyau de Canadiens sont préoccupés par leur apport en sodium. La recherche laisse supposer que ces Canadiens sont plus susceptibles que les autres de surveiller leur apport en sodium et d'éviter d'acheter certains aliments qu'ils croient posséder une teneur élevée en sodium. Il s'agit le plus souvent de femmes, de personnes de plus de 55 ans ou de personnes à qui l'on a conseillé de réduire leur consommation de sodium. Les données laissent supposer que la plupart des autres Canadiens ne sont ni préoccupés ni impliqués en ce qui concerne leur apport en sodium.

Objectif: Capacité des Canadiens à utiliser les étiquettes pour faire des choix santé

- » Environ un Canadien sur trois déclare qu'il lit toujours les tableaux de la valeur nutritive pour déterminer la quantité de sucres, de lipides et de sodium dans un produit. Le nombre de Canadiens qui lisent toujours ces tableaux pour déterminer la quantité de calories, de fibres et de glucides est légèrement moins élevé. Par ailleurs, 8 % des Canadiens indiquent qu'ils lisent toujours les étiquettes pour obtenir des renseignements sur tous les nutriments testés dans le sondage.
- » Les résultats laissent sous-entendre que les Canadiens n'utilisent pas uniquement un type de mesure lorsqu'ils lisent les tableaux de la valeur nutritive. Presque 40 % des personnes sondées regardent tant les pourcentages que la quantité en milligrammes sur les étiquettes. Cette situation s'explique possiblement par le fait que la majorité des Canadiens ne savent pas quelle quantité de sodium ils devraient consommer chaque jour et qu'il serait donc plus facile pour eux d'avoir recours aux pourcentages qu'aux volumes pour prendre une décision en fonction du contenu d'un aliment.
- » La recherche indique que très peu de Canadiens savent qu'il existe une différence entre le sel et le sodium.

En effet, à peine 27 % des Canadiens arrivent à dire qu'il y a une différence et, parmi eux, un Canadien sur quatre est capable d'expliquer correctement en quoi consiste cette différence.

Objectif: Évaluer le niveau de connaissance à l'égard de la teneur en sodium des aliments et la capacité des Canadiens à lire et à comprendre les étiquettes

- » La recherche démontre que les Canadiens ont souvent tendance à penser qu'ils arrivent mieux que la population canadienne en général à consommer la bonne quantité de sodium.
- » Trois Canadiens sur quatre reconnaissent que la plus grande partie du sodium qui se retrouve dans leur alimentation provient des aliments surgelés/préparés – toutefois, seule une minorité d'entre eux indiquent qu'ils les évitent quand ils doivent dire ce qu'ils font pour contrôler leur apport en sodium. Au contraire, les Canadiens sont plus susceptibles de dire qu'ils prennent des mesures de moindre impact, comme ajouter moins de sel lorsqu'ils cuisinent ou à table.
- » Une majorité assez imposante de Canadiens préféreraient que le pourcentage de la valeur quotidienne indiqué sur les étiquettes nutritionnelles soit calculé en fonction de l'apport quotidien adéquat et non de l'apport maximal tolérable.

Objectif: Obstacles perçus

- » Un Canadien sur deux déclare avoir évité d'acheter certains aliments en raison de leur teneur en sodium, alors que trois Canadiens sur quatre affirment qu'ils sont plus susceptibles de choisir un produit lorsque l'étiquette porte la mention « faible en sodium ».
- » Dans une proportion de deux contre un, les Canadiens préféreraient un système d'étiquetage obligatoire et ils croient fermement que les aliments dont la teneur en sodium est élevée devraient obligatoirement arborer des symboles ou des mots à cet effet.
- » Il existe un large consensus chez les Canadiens, à savoir qu'il est important que le gouvernement entreprenne diverses initiatives pour que les gens réduisent leur consommation de sodium.

ANNEXE 4

Activités de collecte de données

Processus de collecte de données au sein du Groupe de travail sur le sodium

Questionnaire interne

Un questionnaire a été élaboré afin que les membres du Groupe de travail sur le sodium (GTS) y indiquent les initiatives et les programmes existants ainsi que les données et l'information qui sont encore manquantes. Le questionnaire posait des questions précises au sujet des connaissances et des lacunes de connaissances concernant l'approvisionnement alimentaire, la sensibilisation et l'éducation et la recherche. Il comportait aussi des questions au sujet du type de renseignements de base possiblement pertinent pour le GTS.

Ligne de base des teneurs en sodium – Le point sur les sources alimentaires

Pour obtenir davantage de renseignements généraux, le GTS a demandé à ce que le personnel de la Direction des aliments de la Direction générale des produits de santé et des aliments de Santé Canada lui procure une estimation de la consommation de diverses sources de sodium dans l'approvisionnement alimentaire canadien. Aux fins de cette analyse, les fichiers de données issus de l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (ESCC) 2.2. ont été utilisés. Plus de 33 000 répondants de tous les âges et de toutes les provinces, excluant les territoires, ont participé à l'enquête (Statistique Canada, 2004). Les tableaux 1 et 2 présentent les faits saillants de l'analyse. Le tableau 1 présente la taille de l'échantillon et l'apport en sodium moyen des divers groupes d'âge-sexe au sujet desquels on a fait état des résultats.

TABLEAU 1

Taille de l'échantillon et apport quotidien global en sodium par groupe d'âge-sexe

	Jeunes âgés de 1 à 8 ans	Jeunes âgés de 9 à 18 ans	Hommes adultes âgés de 19 ans et plus	Femmes adultes âgées de 19 ans et plus	Tous
Taille de l'échantillon	5 451	8 625	8 470	10 583	33 129
Apport en sodium moyen quotidien (mg/jour)	2 388	3 412	3 587	2 684	3 098

Remarque: Les données présentées dans ce tableau sont fondées sur l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes, cycle 2.2, Santé Canada, 2004²⁶.

Le tableau 2 présente l'apport en sodium moyen quotidien provenant des 20 groupes d'aliments y contribuant pour chaque groupe d'âge-sexe. (Pour obtenir plus de renseignements, voir Fischer et coll., 2009⁴⁷.)

TABLEAU 2

Apport en sodium (mg/jour) provenant des 20 groupes d'aliments y contribuant le plus

Groupe d'aliments	Jeunes âgés de		Hommes	Femmes	Tous
	1 à 8 ans	9 à 18 ans	adultes âgés de 19 ans et plus	adultes âgées de 19 ans et plus	
Pains, pains éclair et autres produits apparentés	291,2	452,6	508,3	379,0	430,1
Viandes transformées	232,8	349,4	355,3	184,1	275,9
Plats de pâtes	197,6	226,3	184,7	145,1	175,8
Fromages	161,0	179,3	184,3	146,8	166,7
Légumes (autres)	51,9	99,3	172,2	190,5	158,8
Produits laitiers	219,9	204,2	118,6	107,4	134,8
Plats de viande rouge	69,5	111,8	174,5	103,3	128,5
Volaille (autres)	79,5	129,7	146,2	105,4	121,8
Fonds et sauces	80,4	151,2	141,5	89,5	116,7
Soupes (autres)	46,9	58,8	134,9	118,2	110,1
Pommes de terre (autres)	62,0	127,0	129,1	85,6	105,6
Pizzas	84,9	162,1	108,2	72,7	99,3
Céréales pour le petit-déjeuner	117,6	126,5	92,8	77,2	93,4
Soupes (en conserve)	53,5	78,2	112,7	80,9	90,2
Œufs	30,0	50,8	91,7	58,9	67,7
Poisson, mollusques et crustacés (autres)	30,7	31,7	77,2	61,0	60,5
Plats de riz	34,0	57,5	62,8	57,9	57,5
Beurre et margarine	30,1	39,7	63,3	48,0	51,1
Croustilles et grignotines salées	44,3	81,4	50,2	42,3	50,7
Biscuits, y compris les barres de céréales	58,9	61,5	39,0	32,6	41,3

Remarque: Les données présentées dans ce tableau sont fondées sur l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes, cycle 2.2, Statistique Canada, 2004²⁶.

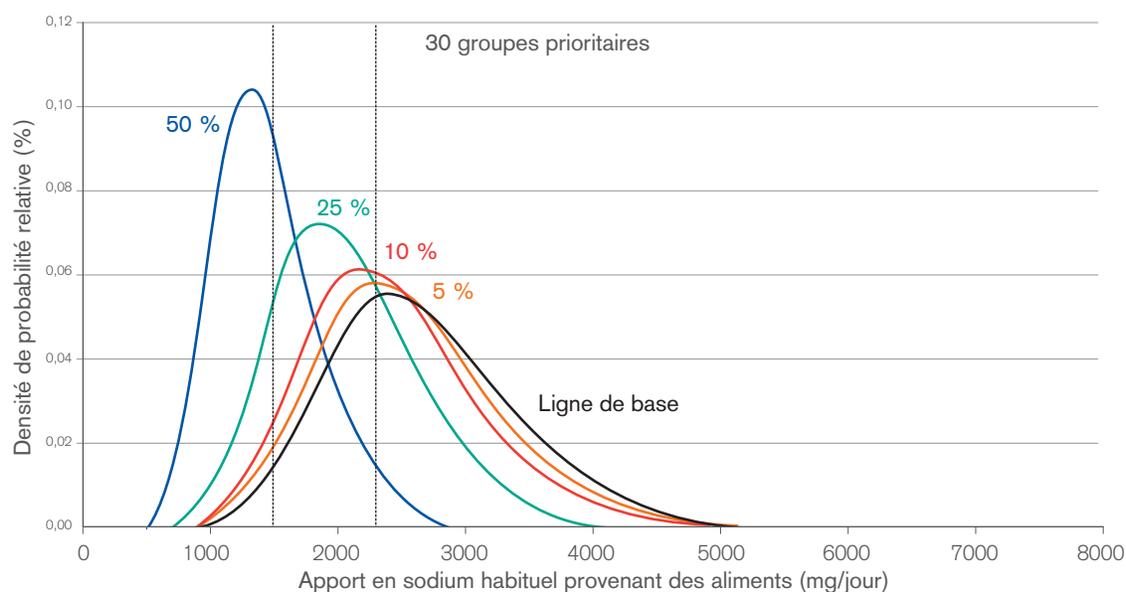
Scénarios de modélisation

Plusieurs scénarios de réduction du sodium ont aussi été présentés au Groupe de travail. Le premier scénario de modélisation consistait à appliquer, en ayant recours aux données de l'ESCC 2.2, des réductions d'ensemble du sodium de 5, de 10, de 25 et de 50 % aux 5, 10, 20 et

30 groupes d'aliments contribuant le plus à l'apport en sodium. Les figures 1 et 2 ci-dessous résument certains des résultats et illustrent l'incidence sur les courbes de distribution de l'apport en sodium habituel que procurent les diverses réductions chez les femmes (figure 1) et chez les hommes (figure 2) âgés de 19 ans et plus.

FIGURE 1

Modèle de courbes de distribution de l'apport en sodium habituel chez les femmes âgées de 19 ans et plus avec des réductions de 5, 10, 25 et 50 % appliquées à la teneur en sodium de tous les aliments des 30 groupes d'aliments contribuant le plus à l'apport en sodium.

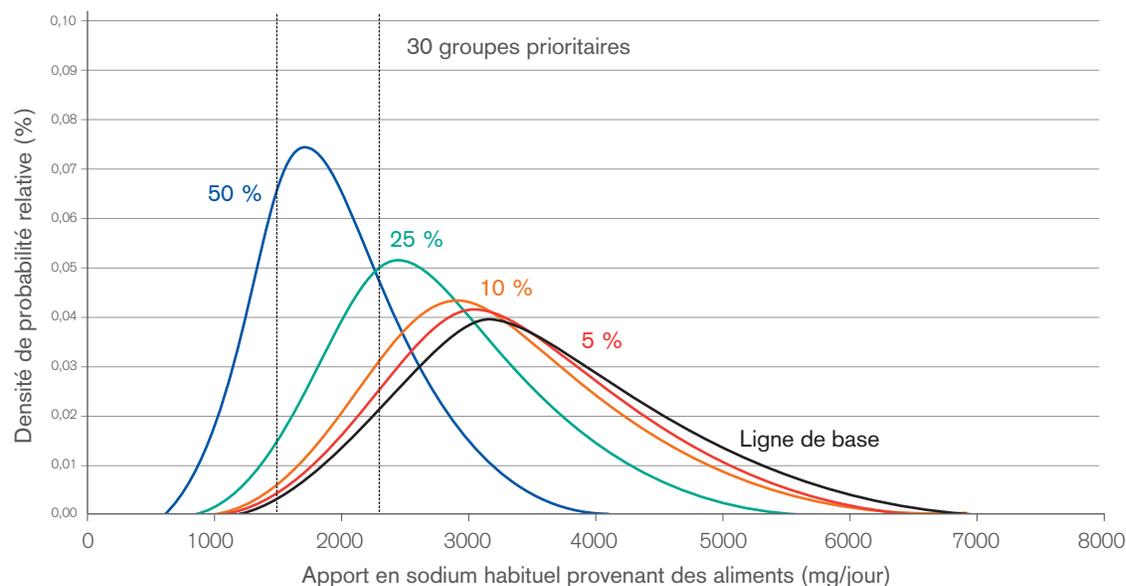


Source: Les données de base sont issues de l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes, cycle 2.2, Statistique Canada, 2004²⁶.

Remarque: La ligne pointillée à 1 500 mg/jour indique l'apport suffisant (AS) et la ligne pointillée à 2 300 mg/jour indique l'apport maximal tolérable (AMT) de sodium.

FIGURE 2

Modèle de courbes de distribution de l'apport en sodium habituel chez les hommes âgés de 19 ans et plus avec des réductions de 5, 10, 25 et 50 % appliquées à la teneur en sodium de tous les aliments des 30 groupes d'aliments contribuant le plus à l'apport en sodium.



Source : Les données de base sont issues de l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes, cycle 2.2, Statistique Canada, 2004²⁶.

Remarque : La ligne pointillée à 1 500 mg/jour indique l'apport suffisant (AS) et la ligne pointillée à 2 300 mg/jour indique l'apport maximal tolérable (AMT) de sodium.

Ces résultats indiquent que les réductions de 5 et de 10 % du sodium dans les 30 groupes d'aliments qui contribuent le plus à l'apport en sodium n'auraient que peu d'incidence sur les courbes de distribution de l'apport en sodium. L'exercice de modélisation démontre qu'une réduction de 25 % a modifié la courbe chez les femmes de sorte que la moyenne se situait entre l'AS et l'AMT, alors qu'une réduction de 50 % la faisait passer sous l'AS. Chez les hommes, une réduction de 50 % a été nécessaire pour obtenir une baisse de l'apport en sodium semblable à celle observée chez le groupe des femmes avec une réduction de 25 %. La réduction du sodium a eu un effet supérieur sur l'extrémité droite par rapport à l'extrémité gauche de la courbe, ce qui donne à penser que les personnes consommant de plus grandes quantités étaient plus touchées que celles consommant des quantités moindres.

Pour le second scénario de modélisation de réduction du sodium, on a appliqué les cibles établies pour 2012 par la Food Standards Agency du Royaume-Uni aux aliments canadiens qui ont été consommés par les répondants à l'ESCC 2.2 et calculé les diminutions théoriques résultantes de l'apport en sodium. Tous les aliments contribuant de plus de 0,01 % au sodium total dans les 50 premiers groupes d'aliments ont été soumis à cet exercice. Ensemble, ces 50 premiers groupes d'aliments fournissaient plus de 99,5 % du sodium dans l'approvisionnement alimentaire. Le tableau 3 résume l'incidence de l'application des cibles de la Food Standards Agency sur l'apport moyen en sodium par personne pour les quatre groupes d'âge-sexe auxquels on a eu recours pour l'exercice de modélisation.

TABLEAU 3

Incidences sélectionnées de l'application des cibles pour 2012 de la Food Standards Authority du Royaume-Uni aux aliments canadiens (qui ont été consommés par les répondants à l'ESCC 2.2) contribuant de plus de 0,01 % au sodium total dans les 50 premiers groupes d'aliments.

Groupes d'âge-sexe	Apport en sodium par personne (mg/jour)*	Diminution de l'apport au moyen des cibles (mg/jour)	% de diminution découlant des cibles	Extrapolation de l'apport aux cibles (mg/jour)
Jeunes âgés de 1 à 8 ans	2388	699	29,3	1 689
Jeunes âgés de 9 à 18 ans	3412	1021	29,9	2391
Femmes âgées de 19 ans et plus	2684	774	28,8	1910
Hommes âgés de 19 ans et plus	3587	1025	28,6	2562
Tous les répondants	3098	880	28,4	2216

*Données issues de l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes, cycle 2.2, Statistique Canada, 2004²⁶.

Ces données indiquent que si des cibles telles que les cibles de réduction du sodium pour 2012 de la Food Standard Agency étaient appliquées aux aliments canadiens, on pourrait s'attendre à des diminutions importantes de l'apport en sodium. À l'exception des hommes âgés de 19 ans et plus, les apports moyens projetés se rapprochaient ou étaient inférieurs à l'apport maximal tolérable (AMT). Sur la base des résultats de ces exercices de modélisation, l'élaboration des cibles de réduction du sodium canadiennes dans des catégories d'aliments particulières est devenue un élément clé de la Stratégie de réduction du sodium.

Une enquête qualitative de petite envergure a été mandatée par Agriculture et Agroalimentaire Canada pour obtenir de l'information sur le progrès, les difficultés et les répercussions commerciales de la réduction du sodium sur l'industrie alimentaire canadienne.

Consultations des intervenants

En décembre 2008, le GTS a publié un questionnaire pour solliciter la rétroaction des intervenants sur les possibilités et les difficultés relatives à la réduction du sodium. Les questions avaient trait à la sensibilisation et aux comportements des consommateurs, aux programmes éducatifs associés à la réduction du sodium, aux enjeux techniques concernant la réduction du sodium, aux transitions vers des solutions de rechange plus santé, à l'incidence sur la santé des solutions de rechange au sel/sodium, à l'établissement de cibles pour la consommation de sodium par les Canadiens et les Canadiennes et aux options de politiques et de règlements par rapport à la réduction du sodium. Cette consultation a été suivie par une réunion de consultation publique qui a eu lieu le 19 février 2009. Pendant la réunion, le Groupe de travail a entendu plusieurs experts invités qui ont présenté de l'information sur les effets sur la santé d'un excès de sodium, sur les apports canadiens et les sources de sodium dans l'alimentation, sur les interventions ailleurs dans le monde, sur les difficultés relatives à l'approvisionnement alimentaire et les solutions à celles-ci, sur les difficultés relatives à l'éducation et à la sensibilisation du consommateur et les solutions à celles-ci. Huit intervenants qui avaient demandé du temps pour donner leur point de vue ont aussi fait une présentation. Le rapport complet sur les consultations, le questionnaire complet et les résumés des présentations des conférenciers invités sont publiés sur le site Web de Santé Canada⁵⁴.

ANNEXE 5

Rapport sommaire de l'atelier sur la recherche

Voici un rapport de l'atelier intitulé *Élaborer un programme de recherche à l'appui de la réduction du sodium au Canada*, organisé par les Instituts de recherche en santé du Canada, l'Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète et l'Institut de la santé circulatoire et respiratoire.

Les objectifs de la réunion consistaient à déterminer :

- » Les points forts, les lacunes et les possibilités en matière de **capacité de recherche** vouée à la réduction du sodium au Canada dans les secteurs thématiques de la santé, de la science des aliments, du passage des connaissances à la pratique, et de l'évaluation et la surveillance;
- » Un **programme de recherche** pour la réduction du sodium au Canada, lequel sera intégré au rapport du Groupe de travail sur la réduction du sodium de Santé Canada;
- » Les possibilités de **collaboration internationale et mondiale** pour la communauté de la recherche canadienne dans le contexte de la prévention et du contrôle de la maladie chronique;
- » Des façons d'obtenir l'appui de **bailleurs de fonds de recherche** pour appuyer le programme de recherche déterminé sur la réduction du sodium au Canada.

Environ 100 participants ont assisté à l'atelier, dont des membres de la communauté de la recherche, des représentants d'organismes bénévoles voués à la santé, du gouvernement et de l'industrie alimentaire, de même que des participants internationaux. Les participants ont été invités à partager leur savoir et à collaborer pour produire des recommandations clés en matière de recherche visant à faire progresser les connaissances relatives à la réduction du sodium et ultimement, à améliorer la santé des Canadiens et des Canadiennes.

L'atelier était axé sur la détermination de questions de recherche dans les quatre secteurs thématiques suivants :

1. Santé et physiologie humaine;
2. Science de la nutrition et technologie alimentaire;
3. Passage des connaissances à la pratique;
4. Évaluation et surveillance.

Ces thèmes sont alignés sur les travaux du Groupe de travail sur la réduction du sodium, un groupe multi-intervenant affecté à l'élaboration de recommandations sur la réduction du sodium à l'intention du gouvernement fédéral. La démarche en plusieurs étapes du Groupe de travail sur le sodium est fondée sur :

1. La sensibilisation et l'éducation;
2. La recherche;
3. La réduction volontaire du sodium dans l'approvisionnement alimentaire.

Thème 1 : Santé et physiologie humaine

Les secteurs de recherche cernés comprennent :

1. La définition des mécanismes qui sous-tendent les risques pour la santé que comporte le sel;
2. La découverte des biomarqueurs pour le sel et les liens avec les résultats;
3. La définition des mécanismes physiologiques, immunitaires, rénaux et du système nerveux central régissant l'apport, la distribution et l'excrétion du sel;
4. La détermination d'apports en sodium optimaux pendant la grossesse et l'enfance en tenant compte des incidences sur la tension artérielle et la maladie cardiovasculaire;
5. L'élaboration de traitements pour cibler l'apport en sel et on excrétion;
6. La définition de l'incidence et des risques que comportent une alimentation faible en sodium, une faible concentration sérique en sodium et l'hypotension artérielle;
7. L'élaboration de programmes de recherche ciblés et complets.

Thème 2 : Science de la nutrition et technologie alimentaire

Les secteurs de recherche cernés comprennent :

1. L'identification du mécanisme de la perception du goût salé;
2. La détermination des conséquences sur l'innocuité des aliments de la réduction de la teneur en sodium des aliments;
3. L'évaluation des effets des autres formes de sodium sur la tension artérielle et sur d'autres fonctions physiologiques;

4. La définition de la façon dont une faible concentration en sodium peut s'appliquer en matière technologique en n'ayant qu'une incidence limitée sur les produits existants, sinon aucune;
5. L'établissement d'une meilleure coordination entre les scientifiques du domaine alimentaire et les chercheurs en santé;
6. La différenciation entre les besoins (le sodium est essentiel) et les préférences (l'inclination pour une teneur plus élevée en sodium);
7. La planification pour éviter ou atténuer le risque de conséquences involontaires de la réduction du sodium;
8. L'estimation des incidences et des répercussions de régimes alimentaires modifiés sur la consommation de sodium.

Thème 3 : Passage des connaissances à la pratique

Les secteurs de recherche cernés comprennent :

1. L'évaluation des effets de la démarche volontaire de réduction du sodium sur les prix et les disparités en matière de santé;
2. La description de la surveillance en temps réel de la teneur en sodium des produits alimentaires et de leur contribution à l'apport en sodium global;
3. L'élaboration d'information sur l'efficacité des interventions auprès de la population (particulièrement à l'égard des enfants);
4. L'obtention de davantage de données sur les interventions de plus grande envergure (axées sur le sodium seulement vs celles axées sur l'alimentation totale);
5. L'élaboration d'options de politique efficaces et détermination de l'incidence de diverses politiques sur divers segments de la population, de même que les facteurs à la source des décisions en matière de politiques.

Thème 4 : Évaluation et surveillance

Les secteurs de recherche cernés comprennent :

1. La surveillance et l'évaluation des discussions axées sur le besoin de données sur les urines de 24 heures de la population représentatives sur le plan national;
2. L'évaluation des groupes à haut risque (p. ex., les enfants et les peuples autochtones);
3. La définition d'indicateurs à moyen terme axés sur les résultats de substitution (p. ex., tension artérielle, mesure de fonction rénale et hypertension);
4. La détermination des lacunes, y compris du besoin de corriger un manque de données de base (particulièrement pour les groupes vulnérables) et le besoin d'évaluer l'efficacité des interventions éducatives et cliniques.

Conclusion et recommandations

L'estimation des bienfaits de la réduction du sodium alimentaire révèle qu'ils sont considérables et qu'ils justifient une démarche en santé publique pour réduire le sodium à l'échelle de la population. Un portefeuille de recherche robuste est un élément essentiel d'une démarche nationale visant à réduire le sodium alimentaire. Les Instituts de recherche en santé du Canada, l'Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète et l'Institut de la santé circulatoire et respiratoire sont heureux d'assurer le leadership pour catalyser une vaste gamme de recherches, soit en santé, en science de la nutrition, en passage des connaissances à la pratique et en évaluation pour appuyer la réduction du sodium au Canada.

La prochaine étape consistera, entre autres, à obtenir le financement pour la mise en œuvre d'appels de propositions de recherche dans chacun des quatre thèmes, lesquels ont été déterminés et élaborés dans le cadre de cet atelier pour appuyer la réduction du sodium au Canada.

RÉFÉRENCES

1. He, F. J., MacGregor, G. A. *Salt, blood pressure and cardiovascular disease*. *Curr Opin Cardiol*. 2007;22:298–305.
2. Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Régime alimentaire, nutrition et prévention des maladies chroniques. Rapport d'un Groupe d'étude de l'OMS*. Genève: OMS, 2003.
3. Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Réduire les apports en sel au niveau des populations: Rapport du forum et de la réunion technique 5–7 octobre 2006 – Paris, France*. Genève: OMS, 2007.
4. Santé Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 2.2, Nutrition (2004). *Apports nutritionnels provenant des aliments: tableaux sommaires provinciaux, régionaux et nationaux, Volume 1*. Ottawa: 2007.
5. Institute of Medicine. *Dietary Reference Intakes for Water, Potassium, Sodium, Chloride, and Sulfate*. Washington (DC): National Academies Press; 2005.
6. Ezzati, M., Lopez, A. D., Rodgers, A., Hoorn, S. V., Murray, C. J. L. *Comparative Risk Assessment Collaborating Group. Selected major risk factors and global and regional burden of disease*. *Lancet*. 2002;360:1347–60.
7. Wilkins, K., Campbell, N. R. C., Joffres, M. R., McAlister, F. A., Nichol, M., Quach, S., *et coll.* *Tension artérielle des adultes au Canada*. *Rapports sur la santé*. 2010; 21:1–10.
8. Lopez, A. D., Mathers, C. D., Ezzati, M., Jamison, D. T., Murray, C. J. L. *Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: Systematic analysis of population health data*. *Lancet*. 2006;367:1747–57.
9. Agence de la santé publique du Canada. *Principales causes de décès et d'hospitalisation au Canada*. Ottawa: 2004 [cité le 25 mars 2010]. Consultable au : <http://origin.phac-aspc.gc.ca/publicat/lcd-pcd97/index-fra.php>.
10. Strazzullo, P., D'Elia, L., Kandala, N.-B., Cappuccio, F. P. *Salt intake, stroke, and cardiovascular disease: meta-analysis of prospective studies*. *Br Med J*. 2009;339:b4567.
11. De Wardener, H. E., MacGregor, G. A. *Harmful effects of dietary salt in addition to hypertension*. *J Human Hypertension*. 2002;16:213–23.
12. He, F. J., MacGregor, G. A. *Importance of salt in determining blood pressure in children: Meta-analysis of controlled trials*. *Hypertension*. 2006;48:861–9.
13. Brown, I. J., Tzoulaki, I., Candeias, V., Elliott, P. *Salt intakes around the world: Implications for public health*. *Int J Epidemiol*. 2009;38:791–813.
14. Asaria, P., Chisholm, D., Mathers, C., Ezzati, M., Beaglehole, R. *Chronic disease prevention health effects and financial costs of strategies to reduce salt intake and control tobacco use*. *Lancet*. 2007;370:2044–53.
15. Appel, L. J., Brands, M. W., Daniels, S. R., Karanja, N., Elmer, P. J., Sacks, F. M. *Dietary approaches to prevent and treat hypertension: A scientific statement from the American Heart Association*. *Hypertension* 2006;47:296–308.
16. Appel, L. J., Moore, T. J., Obarzanek, E., Vollmer, W. M., Svetkey, L. P., Sacks, F. M., *et coll.* *A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure*. *N Engl J Med*. 1997;336:1117–24.
17. Sacks, F. M., Svetkey, L. P., Vollmer, W. M., Appel, L. J., Bray, G. A., Harsha, D., *et coll.* *Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet*. *N Engl J Med*. 2001;344:3–10.

18. Anand SS, Yusuf S, Vuksan V, Devanesen S, Teo KK, Montague PA, Kelemen L, Yi C, Lonn E, Gerstein H, Hegele RA, McQueen M. Differences in risk factors, atherosclerosis, and cardiovascular disease between ethnic groups in Canada: the Study of Health Assessment and Risk in Ethnic groups (SHARE). *Lancet* 2000;356:279-84.
19. Joffres, M. R., Campbell, N. R. C., Manns, B., Tu, K. *Estimate of the benefits of a population-based reduction in dietary sodium additives on hypertension and its related health care costs in Canada.* *Can J Cardiol.* 2007;23:437-43.
20. Penz, E. D., Joffres, M. R., Campbell, N. R. C. *Reducing dietary sodium and decreases in cardiovascular disease in Canada.* *Can J Cardiol.* 2008;24:497-501.
21. Santé Canada. *Le fardeau économique de la maladie au Canada*, 1998. Ottawa : 1998 [cité le 25 mars 2010]. Consultable au : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ebic-femc98/pdf/femc1998.pdf>.
22. Bibbins-Domingo, K., Chertow, G. M., Coxson, P. G., Moran, A., Lightwood, J. M., Plecher, M. J., et coll. *Projected effect of dietary salt reductions on future cardiovascular disease.* *N Engl J Med.* 2010;362:590-99.
23. Schröder, H., Schmelz, E., Marrugat, J. *Relationship between diet and blood pressure in a representative Mediterranean population.* *Eur J Nutr.* 2002;41:161-7.
24. Meneton, P., Lafay, L., Tard, A., Dufour, A., Ireland, J., Ménard, J., et coll. *Dietary sources and correlates of sodium and potassium intakes in the French general population.* *Eur J Clin Nutr.* 2009;63:1169-75.
25. Reinivuo, H., Valsta, L. M., Laatikainen, T., Tuomilehto, J., Pietinen, P. *Sodium in the Finnish diet: II Trends in dietary sodium intake and comparison between intake and 24-h excretion of sodium.* *Eur J Clin Nutr.* 2006;60:1160-7.
26. Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 2.2, Nutrition (2004)* [cité le 25 mars 2010]. Consultable au : http://www.statcan.gc.ca/cgi-bin/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5049&lang=en&db=imdb&adm=8&dis=2
27. U.S. Department of Agriculture, Agricultural Research Service. *What we eat in America.* 2006 [cité le 25 mars 2010]. Consultable au : <http://www.ars.usda.gov/services/docs.htm?docid=15044>.
28. National Centre for Social Research. *An assessment of dietary sodium levels among adults (aged 19-64) in the UK general population in 2008, based on analysis of dietary sodium in 24 hour urine samples.* 2008 [cité le 25 mars 2010]. Consultable au : <http://www.food.gov.uk/multimedia/pdfs/sodiumreport08.pdf>.
29. Sarno, F., Claro, R. M., Levy, R. B., Bandoni, D. H., Ferreira, S. R. G , Monteiro, C. A. *Estimated sodium intake by the Brazilian population, 2002-2003.* *Rev Saúde Pública.* 2009;43: 219-25.
30. World Action on Salt and Health. *Turkey Salt Action Summary.* 2008 [cité le 25 mars 2010]. Consultable au : <http://www.worldactiononsalt.com/action/turkey.doc>.
31. World Action on Salt and Health. *Finland Salt Action Summary.* 2009 [cité le 25 mars 2010]. Consultable au : <http://www.worldactiononsalt.com/action/finland.doc>.
32. Karppanen, H., Mervaala, E. *Sodium intake and hypertension.* *Prog Cardiovasc Dis.* 2006;49(2):59-75.
33. Food Standards Agency. *UK Salt Reduction Initiatives.* 2009 [cité le 25 mars 2010]. Consultable au : <http://www.food.gov.uk/multimedia/pdfs/saltreductioninitiatives.pdf>.
34. Food Standards Agency. *Agency publishes 2012 salt reduction targets.* 2009 [cité le 25 mars 2010]. Consultable au : <http://www.food.gov.uk/news/pressreleases/2009/may/saltargets>.

35. Bodenbach, S., initiatives de l'Union européenne. *Présentation lors des séances de consultation du Groupe de travail multi-intervenants sur la réduction du sodium alimentaire le 19 février 2009*; Ottawa [cité le 25 mars 2010]. Consultable au : http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/pubs/nutrition/_sodium/2009-reduction/index-eng.php.
36. Institute of Medicine. *Strategies to Reduce Sodium Intake*. Washington (DC); 2009 [cité le 25 mars 2010]. Consultable au : <http://www.iom.edu/Activities/Nutrition/ReduceSodiumStrat.aspx>.
37. New York City Department of Health and Mental Hygiene. *NYC Starts a Nationwide Initiative to Cut the Salt in Restaurants and Processed Food*. 2009 [cité le 25 mars 2010]. Consultable au : <http://www.nyc.gov/html/doh/html/cardio/cardio-salt-initiative.shtml>.
38. New York City Department of Health and Mental Hygiene. *Cutting Salt, Improving Health—Packaged Food*. 2010 [cité le 25 mars 2010]. Consultable au : <http://www.nyc.gov/html/doh/downloads/pdf/cardio/cardio-salt-packagedfood-targets.pdf>.
39. New York City Department of Health and Mental Hygiene. *Cutting Salt, Improving Health—Restaurant Food*. 2010 [cité le 25 mars 2010]. Consultable au : <http://www.nyc.gov/html/doh/downloads/pdf/cardio/cardio-salt-restaurantfood-targets.pdf>.
40. Penney, S., *Dropping the Salt: Practical steps countries are taking to prevent chronic non-communicable diseases through population-wide dietary salt reduction*. Préparé pour l'Agence de la santé publique du Canada. Ottawa; 2009 [cité le 25 mars 2010]. Consultable au : <http://www.paho.org/english/ad/dpc/nc/salt-mtg-phac-paper.pdf>.
41. Priddle, W. W., *Hypertension—sodium and potassium studies*. Can Med Assoc J. 1962;86:1–9.
42. Shah, B. G., Giroux, A., Belonje, B. *Sodium and potassium content of the Canadian diet*. Nutr Res. 1982;2:669–74.
43. Santé et Bien-être social Canada. *Nutrition Canada—Rapport sur les habitudes alimentaires*. Ottawa; 1974.
44. Intersalt Cooperative Research Group. *Intersalt: An international study of electrolyte excretion and blood pressure. Results for 24-hour urinary sodium and potassium excretion*. Br Med J. 1988;297:319–28.
45. Garriguet, D. *Sodium consumption at all ages*. Health Reports. 2007;18:47–52.
46. Mattes, R. D., Donnelly, D. *Relative contributions of dietary sodium sources*. J Am Coll Nutr. 1991;10:383–93.
47. Fischer, P. W. F., Vigneault, M., Huang, R., Arvaniti, K., Roach, P. *Sodium food sources in the Canadian diet*. Appl Physiol Nutr Metab. 2009;34:884–92.
48. Le Conseil Canadien des aliments et de la nutrition. *Tracking Nutrition Trends: A 20-Year History 2009*. [cité le 25 mars 2010]. Consultable au : http://www.ccfm.ca/in_action/trends.asp.
49. Agence de la santé publique du Canada. *Canadians' and health care professionals' views on sodium: final report*. Préparé par Decima Research Inc. Ottawa; 2010. Consultable au : http://epe.lac-bac.gc.ca/100/200/301/pwgsc-tpsgc/por-ef/public_health_agency_canada/2009/117-08/report.pdf.
50. Le Conseil Canadien des aliments et de la nutrition. *Tracking Nutrition Trends VII*. 2008 [cité le 25 mars 2010]. Consultable au : http://ccfn.ca/membership/membersonly/content/Tracking%20Nutrition%20Trends/TNT_VII_FINAL_REPORT_full_report_Sept.pdf.
51. CINDI (Countrywide Integrated Non-communicable Disease Intervention). *Dietary Guide*. 2000 [cité le 25 mars 2010]. Consultable au : <http://www.panalimentos.org/planut/downloads/CINDI%20dietguide.pdf>.
52. Girgis, S., Neal, B., Prescott, J., Prendergast, J., Dumbrell, S., Turner, C., *et coll.* *A one-quarter reduction in the salt content of bread can be made without detection*. Eur J Clin Nutr. 2003;57:616–20.

53. Li, N., Prescott, J., Wu, Y., Barzi, F., Yu, X., Zhao, L., *et coll.*, pour le China Salt Substitute Study Collaborative Group. *The effects of a reduced-sodium, high-potassium salt substitute on food taste and acceptability in rural northern China*. *Br J Nutr*. 2009;101:1088–93.
54. Santé Canada. *Points de vue des intervenants et des experts sur la réduction du sodium alimentaire au Canada 2009: Commentaires au Groupe de travail multi-intervenants sur la réduction du sodium alimentaire*. Ottawa; 2009 [cité le 25 mars 2010]. Consultable au : http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/pubs/nutrition/_sodium/2009-reduction/index-fra.php.
55. Santé Canada. *Données d'étiquettes et cibles provisoires pour les aliments du groupe I*. Consultable au : <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/sodium/sodium-reduction/appendix-annexe-a-fra.php>
56. Pression Artérielle Canada. *Programme sur le sodium alimentaire*. 2008 [cité le 25 mars 2010]. Consultable au : <http://www.lowersodium.ca/fr/public/index>.
57. Pression Artérielle Canada. *Policy—Sodium*. 2007 [cité le 25 mars 2010]. Consultable au : <http://www.hypertension.ca/bpc/wp-content/uploads/2007/10/bpc-sodium-policy-with-endorsements-clean.pdf>.
58. Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires. *Sodium 101*. 2008 [cité le 25 mars 2010]. Consultable au : <http://www.sodium101.ca>.
59. Centre pour la science dans l'intérêt public. *Salty to a Fault*. 2009 [cité le 25 mars 2010]. Consultable au : <http://cspinet.org/canada/pdf/saltytoafault.sept2009.pdf>.
60. Fondation des maladies du cœur du Canada. *Consommation de sodium, maladies du cœur et AVC*. Ottawa; 2009 [cité le 25 mars 2010]. Consultable au : http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.5263165/k.C0FA/Point_de_vue__Consommation_de_sodium_maladies_du_c339ur_et_AVC.htm
61. Canadian Public Health Association. *Ottawa Charter for Health Promotion*. Ottawa; 1986.
62. Santé Canada. *Le modèle de promotion de la santé de la population : Éléments clés et mesures qui caractérisent une approche axée sur la santé de la population*. Rédigé par T. Chomik. Ottawa; 2001 [cité le 25 mars 2010]. Consultable au : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/discussion-fra.pdf>.
63. Kuntz LA. *Ingredients to Raise the Microbial Bar Food Product Design* 1999. [cited May 15, 2010]. Available from www.foodproductdesign.com/articles/1999/04/ingredients-to-raise-the-microbial-bar.aspx
64. Taormina, Peter J. *Implications of Salt and Sodium Reduction on Microbial Food Safety*, *Crit Rev Food Sci Nutr*. 2010;50: 3, 209-27
65. Institute of Medicine. *A population-based policy and systems change approach to prevention and control hypertension*. Washington (DC): National Academies Press; 2010.
66. Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Working Paper for Regional Consultations with Member States on the Development of A Set of Recommendations for the Marketing of Foods and Non-Alcoholic Beverages to Children*. Genève: OMS, 2003.
67. L'Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada. *Background Paper: Marketing and Advertising of Food and Beverages to Children*. 2006 [cité le 25 mars 2010]. Consultable au : <http://www.cdpc.ca/media.php?mid=59>.
68. Adams J, Hennessey-Priest K, Ingemarsdóttir, et al. *Food Advertising during Children's Television in Canada and the UK*. *Arch Dis Child*. 2009;94:658-62.
69. Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada. *Horizontal Initiatives Database*. Ottawa; 2008 [cité le 25 mars 2010]. Consultable au : <http://www.tbs-sct.gc.ca/hidb-bdih/home-accueil-fra.aspx>.
70. Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada. *Évaluation au sein du gouvernement du Canada*. Ottawa; 2009 [cité le 25 mars 2010]. Consultable au : <http://www.tbs-sct.gc.ca/cee/index-fra.asp>.