

Initiatives des gouvernements ayant adopté des cibles de reformulation des aliments transformés : analyse du processus de développement et de mise en œuvre

REVUE DE LITTÉRATURE GRISE

Initiatives des gouvernements ayant adopté des cibles de reformulation des aliments transformés : analyse du processus de développement et de mise en œuvre

REVUE DE LITTÉRATURE GRISE

Direction du développement des individus et des communautés

Décembre 2017

AUTEURE

Andréanne Charbonneau, Dt. P., MBA
Direction du développement des individus et des communautés

SOUS LA COORDINATION DE

Jean Pierre Landriault, chef d'unité scientifique
Direction du développement des individus et des communautés

AVEC LA COLLABORATION DE

Marie-Claude Paquette, Dt. P., Ph. D.
Direction du développement des individus et des communautés

MISE EN PAGE

Souad Ouchelli
Direction du développement des individus et des communautés

ÉDITION

Unité des communications et de la documentation

RÉVISION SCIENTIFIQUE EXTERNE

Louis-Georges Soler, directeur de recherche
Institut national de la recherche agronomique (INRA), France

La réalisation de cette revue de littérature a été rendue possible grâce au soutien financier du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 2^e trimestre 2018
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-81211-1 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2018)

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| Liste des tableaux..... | III |
| Liste des figures..... | V |
| Liste des sigles et acronymes | VII |
| Faits saillants..... | 1 |
| Résumé | 3 |
| 1 Mise en contexte..... | 7 |
| 2 Mandat, méthodologie et cadre d'analyse | 9 |
| 2.1 Les objectifs..... | 9 |
| 2.2 La méthodologie | 9 |
| 2.3 Le cadre d'analyse..... | 11 |
| 3 Politiques publiques et cibles de reformulation des aliments transformés | 13 |
| 3.1 Un appel à l'action à l'échelle mondiale | 13 |
| 3.2 Un éventail de politiques publiques susceptibles d'encourager la reformulation des aliments et boissons..... | 13 |
| 3.3 Les cibles de reformulation des aliments transformés : potentiel et défis..... | 15 |
| 4 Inventaire des initiatives des gouvernements ayant adopté des cibles de reformulation des aliments transformés | 19 |
| 4.1 Les cibles de reformulation des aliments transformés au Canada | 19 |
| 4.2 L'Union européenne et la reformulation des aliments..... | 20 |
| 4.3 Les Amériques et les cibles de réduction du sodium | 21 |
| 4.4 Portrait des initiatives à travers le monde | 22 |
| 5 Processus de développement et de mise en œuvre des cibles de reformulation des aliments transformés..... | 27 |
| 5.1 Étape A : Portrait..... | 28 |
| 5.2 Étape B : Formulation de la stratégie | 31 |
| 5.3 Étape C : Mise en œuvre | 34 |
| 5.4 Étape D : Évaluation et suivi | 37 |
| 6 Autres considérations relatives au développement et à la mise en œuvre des cibles de reformulation des aliments transformés | 41 |
| 6.1 L'industrie alimentaire, un acteur incontournable | 41 |
| 6.2 Entre l'approche volontaire et réglementaire | 47 |
| 6.3 Compétences fédérales et provinciales | 51 |
| 6.4 Cibles de reformulation et questions d'équité..... | 52 |
| 6.5 Limites de la composition nutritionnelle pour apprécier la qualité de l'aliment | 53 |
| 7 Conclusion | 55 |
| Références | 57 |

| | | |
|------------------|--|------------|
| Annexe 1 | Méthodologie détaillée | 71 |
| Annexe 2 | Les cibles de reformulation des aliments transformés au Canada | 81 |
| Annexe 3 | Publications et documents consultés pour bâtir l’inventaire des initiatives | 93 |
| Annexe 4 | Sommaire - Cibles de reformulation aux États-Unis | 97 |
| Annexe 5 | Sommaire - Cibles de reformulation au Royaume-Uni | 103 |
| Annexe 6 | Sommaire - Cibles de reformulation en Afrique du Sud | 109 |
| Annexe 7 | Sommaire - Cibles de reformulation en Australie..... | 113 |
| Annexe 8 | Sommaire - Cibles de reformulation aux Pays-Bas..... | 117 |
| Annexe 9 | Sommaire - Cibles de reformulation en France | 121 |
| Annexe 10 | Sommaire - Cibles de reformulation de l’Union européenne | 125 |
| Annexe 11 | Sommaire des facteurs facilitants et barrières | 129 |

Liste des tableaux

| | | |
|------------|--|----|
| Tableau 1 | Inventaire des initiatives volontaires et réglementaires des gouvernements ayant adopté des cibles de reformulation des aliments transformés | 23 |
| Tableau 2 | Apports en sel chez la population de 7 pays et modes de collecte de données..... | 28 |
| Tableau 3 | Caractéristiques souhaitées des données de surveillance de l'offre alimentaire | 30 |
| Tableau 4 | Exemples de bases de données sur la composition nutritionnelle comprenant la marque commerciale | 31 |
| Tableau 5 | Types de cibles de reformulation des aliments et exemples | 33 |
| Tableau 6 | Types d'interactions avec l'industrie alimentaire et exemples | 35 |
| Tableau 7 | Activités du programme de réduction du sodium | 38 |
| Tableau 8 | Évaluation des effets sur l'offre alimentaire et modes de collecte de données | 39 |
| Tableau 9 | Pays ayant rapporté une réduction de l'apport en sel de la population | 40 |
| Tableau 10 | Santé publique et industrie alimentaire : des visions différentes sur la problématique de l'obésité..... | 42 |
| Tableau 11 | Types de stratégies politiques et pratiques employées par l'industrie alimentaire | 44 |
| Tableau 12 | Motivations et freins des acteurs de l'industrie alimentaire en lien avec la reformulation des aliments transformés | 46 |
| Tableau 13 | Types d'approches en santé publique et exemples..... | 48 |
| Tableau 14 | Les avantages et inconvénients des approches volontaires et réglementaires..... | 49 |
| Tableau 15 | Ensemble des composantes pour renforcer la conception et la performance des initiatives visant la reformulation des aliments..... | 50 |

Liste des figures

| | | |
|----------|---|----|
| Figure 1 | Cadre d'analyse | 12 |
| Figure 2 | Logique d'intervention des cibles de reformulation des aliments transformés..... | 16 |
| Figure 3 | Cadre de référence pour une approche intégrée en reformulation de produits..... | 16 |
| Figure 4 | Cibles de reformulation des industriels alimentaires (n = 102) (Consumer Goods Forum et Deloitte, 2017)..... | 43 |
| Figure 5 | Modèle d'échafaudage réglementaire basé sur la performance de l'industrie alimentaire | 50 |

Liste des sigles et acronymes

| | |
|----------|--|
| ACIA | Agence canadienne d'inspection des aliments du Canada |
| CE | Commission européenne |
| DG Sanco | Direction générale de la santé et de la protection des consommateurs de la Commission européenne |
| ESCC | Enquête sur la santé des collectivités canadiennes |
| FAO | Food and Agriculture Organization des Nations Unies |
| FCÉN | Fichier canadien sur les éléments nutritifs |
| FDA | Food and Drug Administration |
| G.R.A.S. | Généralement reconnus inoffensifs (de l'anglais <i>generally recognized as safe</i>) |
| GTS | Groupe de travail sur le sodium du Canada |
| IOM | Institute of Medicine of the National Academies des États-Unis |
| IRSC | Instituts de recherche en santé du Canada |
| MNT | Maladies non transmissibles |
| MPV | Moyenne pondérée en fonction des ventes |
| NICE | National Institute for Health and Care Excellence du Royaume-Uni |
| OMS | Organisation mondiale de la Santé |
| ONG | Organisation non gouvernementale |
| OPS | Organisation panaméricaine de la Santé |
| Oqali | Observatoire de la Qualité de l'Alimentation en France |
| PME | Petite ou moyenne entreprise |
| PSGT | Programme de surveillance des gras trans du Canada |
| R&D | Recherche et développement |
| SACN | Scientific Advisory Committee on Nutrition du Royaume-Uni |
| UE | Union européenne |
| USDA | US Department of Agriculture des États-Unis |

Faits saillants

On entend par cibles de reformulation des aliments transformés des objectifs chiffrés d'amélioration de la composition nutritionnelle (sodium, gras trans, gras saturés, sucre), pour une ou des catégories d'aliments. L'atteinte de ces cibles est définie dans le temps et souvent, se fait de manière graduelle, c'est-à-dire, par étape. Cette mesure gouvernementale vise à agir sur la qualité nutritive des aliments pour influencer positivement les apports nutritionnels au sein de la population. Ce document a recensé des initiatives volontaires et réglementaires de gouvernements ayant adopté des cibles de reformulation des aliments transformés dans plus de cinquante pays.

La revue de littérature grise a permis de constater que :

- Plusieurs pays et régions à travers le monde ont adopté de telles cibles visant majoritairement la réduction du sodium dans les aliments, suivi de la réduction ou l'élimination des gras trans et enfin, la réduction des gras saturés et/ou totaux et du sucre.
- Plusieurs pays ayant adopté des cibles de reformulation ont enregistré des réductions des teneurs en certains nutriments dans les aliments transformés, ce qui porte à croire que la mesure a le potentiel d'influencer positivement les apports nutritionnels.
- L'expérience des cibles de réduction du sodium au Royaume-Uni nous permet également de constater qu'une stratégie globale et intégrée peut mener à des résultats probants, car une réduction de l'apport alimentaire en sel de l'ordre de près de 15 % a été enregistrée de 2001 à 2011.
- Le leadership et l'engagement soutenus du gouvernement de même que des mécanismes de gouvernance et de transparence pouvant baliser les relations entre le gouvernement et l'industrie alimentaire sont des facteurs clés de succès pour ce type d'initiative.
- La surveillance et le monitoring de l'offre alimentaire sont la pierre angulaire de la mesure des cibles de reformulation des aliments transformés. En effet, un portrait juste de l'offre alimentaire et de la composition nutritionnelle des aliments transformés est essentiel pour documenter la qualité nutritionnelle avant la mise en place de cibles et soutenir un dialogue factuel avec l'industrie alimentaire. Ceci permettra également de progresser vers des approches plus coercitives en cas de non-performance de l'industrie.
- Il est recommandé que les cibles de reformulation des aliments transformés soient spécifiques, mesurables (avec valeurs au temps 0), acceptables et ambitieuses, réalistes et définies dans le temps.
- Pour faciliter l'adhésion de l'industrie alimentaire, il est important de comprendre la complexité des interactions entre les acteurs de la chaîne bioalimentaire, les réalités propres à différents secteurs d'activités de même que les freins et motivations des divers acteurs. Ceci permettra d'identifier les incitatifs les plus pertinents et possiblement les pénalités qui vont stimuler l'adhésion aux cibles et ultimement, la performance de l'industrie alimentaire.
- Idéalement, la reformulation des aliments ou la réduction de certains nutriments devrait se faire de manière graduelle pour laisser le temps aux consommateurs de s'adapter, devrait améliorer la qualité nutritive globale du produit et ne devrait pas induire une hausse de prix pour les produits de meilleure valeur nutritive.
- L'impact d'une mesure de cibles de reformulation devrait être potentialisé en l'intégrant dans une stratégie globale comprenant un éventail de mesures complémentaires visant l'amélioration de l'offre alimentaire. Il est également recommandé de tenir compte des réalités complexes inhérentes aux systèmes alimentaires.

Résumé

Au Québec tout comme dans plusieurs pays à l'échelle du globe, les gouvernements sont confrontés au fardeau croissant des maladies chroniques et à l'augmentation des taux d'obésité. Sachant que plusieurs facteurs de risque des maladies chroniques sont modifiables, les organismes de santé publique reconnus incitent les pays à passer à l'action et ont identifié l'amélioration de la composition nutritionnelle des aliments ou la reformulation des aliments transformés comme stratégie porteuse (Institute of Medicine (U.S.) et collab., 2010; NICE, 2010; WHO, 2014a, 2014b). Plusieurs gouvernements à travers le monde ont d'ailleurs emboîté le pas.

C'est dans ce contexte que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a mandaté l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) de documenter et d'analyser les initiatives des gouvernements ayant adopté des cibles de reformulation des aliments transformés. Ce rapport sera utile pour soutenir les travaux de la *Politique gouvernementale de prévention en santé* (PGPS), et plus spécifiquement, la mesure visant à améliorer la qualité nutritive des aliments au Québec et le chantier visant à explorer la pertinence et la faisabilité de mettre en place, de manière progressive, des mesures plus persuasives concernant la composition nutritive de certaines catégories d'aliments.

Une revue de littérature grise a donc été réalisée et 160 publications et documents gouvernementaux ont été retenus. Les objectifs poursuivis sont les suivants :

- effectuer l'inventaire des initiatives des gouvernements ayant adopté des cibles de reformulation des aliments transformés et;
- analyser le processus de développement et de mise en œuvre des cibles de reformulation en posant un regard sur le type d'approche (volontaire, réglementaire), la nature des interactions avec les acteurs de la chaîne bioalimentaire et les barrières et facteurs facilitants.

Dans un contexte de choix alimentaires plus sains, la reformulation des aliments pourrait être définie comme la reformulation des aliments existants dans le but d'éliminer (ex. : acides gras trans), de réduire (ex. : sodium, gras saturés, sucre) ou d'augmenter (ex. : fibres) certaines composantes alimentaires tout en conservant diverses caractéristiques telles que la saveur, la texture et la durée de vie de l'aliment (van Raaij, Hendriksen et Verhagen, 2009). Les cibles de reformulation des aliments transformés sont des objectifs chiffrés d'amélioration de la composition nutritionnelle, qui peuvent prendre la forme, par exemple, d'un pourcentage de réduction (réduction de 20 % du sucre), d'une teneur maximale (maximum de 570 mg de sodium par 100 g de pain blanc) ou d'une moyenne pondérée en fonction des ventes.

Les cibles de reformulation dans le monde

L'inventaire des initiatives des gouvernements montre que des cibles de reformulation des aliments transformés ont été adoptées par ceux-ci dans toutes les régions du monde. Les stratégies nationales de réduction du sodium ont été les plus largement mises de l'avant. L'inventaire a permis de dénombrer 40 pays et 2 régions (Union européenne, Amériques) ayant adopté des cibles de réduction du sodium, dont environ les trois quarts sont des cibles volontaires et le quart, des cibles réglementaires. L'Afrique du Sud et l'Argentine ont adopté en 2013 des cibles réglementaires de réduction du sodium pour un large éventail de catégories d'aliments. La catégorie des pains et produits de boulangerie est celle qui fait l'objet d'une plus grande attention étant donné que ces produits contribuent de façon importante à l'apport en sodium dans l'alimentation. Au second rang, les gouvernements ont adopté des cibles visant la réduction ou l'élimination des gras trans. L'inventaire présente 15 gouvernements ayant adopté des cibles réglementaires visant les gras trans, dont le Danemark, qui fut le premier pays à introduire une telle mesure en 2003. Enfin, l'inventaire

compte 9 pays ayant adopté des cibles volontaires de réduction des gras saturés et/ou totaux et 7 pays ayant adopté des cibles volontaires de réduction du sucre. Une région, l'Union européenne, a également adopté des cibles volontaires de réduction des gras saturés et du sucre.

Les cibles de reformulation au Canada

Pour sa part, le Canada a mis en place deux initiatives volontaires en matière de cibles de reformulation des aliments transformés qui visent les teneurs en gras trans (2007) et en sodium (2012). La Commission européenne, quant à elle, réalise différentes actions pour mobiliser les états de l'Union européenne. Elle a contribué à l'élaboration de différents cadres de l'Union européenne pour les initiatives nationales relatives à certains nutriments (European Commission, 2008, 2012a, 2012 b, 2016) et elle réalise différentes activités pour suivre les progrès respectifs des différents pays à l'échelle nationale en matière de reformulation des produits. Dans la région des Amériques, l'Organisation panaméricaine de la Santé joue un rôle important pour stimuler et soutenir les efforts de réduction du sodium. Elle a publié en 2015 un ensemble de cibles régionales harmonisées à l'égard de 11 catégories d'aliments à atteindre d'ici la fin de 2016 (Campbell et collab., 2015) et a développé plusieurs guides et outils pour soutenir l'action au niveau national. Différents pays ont opté pour des partenariats public-privé pour améliorer la qualité nutritive de l'offre alimentaire, notamment les chartes d'engagement volontaires en France, le *Public Health Responsibility Deal* au Royaume-Uni et le *Healthy Food Partnership* en Australie.

Logique de mise en œuvre des cibles de reformulation

De façon générale, le processus de développement et de mise en œuvre des cibles de reformulation des aliments transformés suit une certaine logique. La première étape consiste à recueillir l'information requise pour documenter la situation actuelle, appuyer la prise de décision et soutenir un dialogue factuel avec les principales parties prenantes, et donc à dresser un portrait de la situation. Le portrait comprend des données de consommation, de l'information sur les aliments et boissons qui contribuent de façon plus importante à l'apport en certains nutriments dans l'alimentation et des données sur l'offre alimentaire et la composition nutritionnelle des aliments transformés.

La deuxième étape est le développement de la stratégie. Il est recommandé que les cibles de reformulation des aliments transformés s'inscrivent dans un programme plus large lié à la saine alimentation ou à la prévention des maladies chroniques et que des cibles en matière d'apports nutritionnels¹ soient établies au niveau national. Les cibles de reformulation gagneront à être SMART, c'est-à-dire spécifiques, mesurables avec des valeurs au temps 0, acceptables et ambitieuses, réalistes et définies dans le temps.

La troisième étape se situe au niveau de la mise en œuvre de la stratégie. Consulter et engager l'industrie alimentaire et les autres parties prenantes est un incontournable. Il faut être conscient que l'industrie alimentaire se caractérise par une variété d'acteurs de différents maillons de la chaîne, œuvrant dans un ou plusieurs secteurs d'activités (ex. : boulangerie, confiserie, boissons, etc.) et d'entreprises de diverses tailles (multinationales, grandes entreprises, PME). Aussi, l'industrie peut faire face à différents défis dans leurs efforts d'amélioration de la composition nutritionnelle des produits, notamment l'acceptation des consommateurs, les freins techniques et de salubrité et les coûts engendrés par la reformulation. Pour encourager l'adhésion de l'industrie alimentaire, différents incitatifs et pénalités pourront être introduits. Des incitatifs et mesures de soutien additionnels sont parfois destinés aux PME qui sont généralement moins outillées. La dernière et quatrième étape

¹ On fait ici référence à un objectif visé en termes d'apports nutritionnels au sein de la population.

consiste à suivre et évaluer l'initiative. À cet effet, un système de monitoring robuste est évoqué comme un facteur clé de succès des initiatives.

Conclusion

La volonté du gouvernement du Québec d'améliorer la qualité nutritive des aliments est claire. Les objectifs énoncés dans la *Politique gouvernementale de prévention en santé* (PGPS) évoquent qu'une surveillance et un monitoring de la composition nutritionnelle de l'offre alimentaire sont envisagés et que les acteurs de la filière bioalimentaire seront mis à contribution pour améliorer la qualité nutritive de l'offre. À travers le monde, un nombre important de gouvernements ont adopté des cibles de reformulation des aliments transformés et diverses voies ont été empruntées, notamment des approches volontaires, la réglementation et des partenariats public-privé. Nous pouvons ainsi tirer parti de ces expériences et des leçons apprises pour éclairer les décisions relatives à une future initiative québécoise. Plusieurs réseaux existants, notamment l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) et l'*European Salt Action Network* de même que des guides d'implantation développés par l'OPS et l'OMS (WHO, 2014a, 2014b; WHO/PAHO, 2013a; WHO, 2016a) peuvent également être fort utiles.

1 Introduction

Au Québec tout comme dans plusieurs pays à l'échelle du globe, les gouvernements sont confrontés au fardeau croissant des maladies chroniques et à l'augmentation des taux d'obésité. Selon l'OMS, les maladies chroniques sont responsables de 63 % des décès annuels et la toute première cause de mortalité dans le monde. Au Québec, 60 % des adultes affichent un surplus de poids (indice de masse corporelle ≥ 25) (Tableau 105-2023 de l'ESCC 2015), 24 % souffrent d'hypertension (Infocentre de santé publique du Québec, 2016a) et 10 % de diabète (Infocentre de santé publique du Québec, 2016b). Le cancer constitue la première cause de mortalité évitable au Québec (Gouvernement du Québec, 2016). Parallèlement, une transformation du système alimentaire mondial a été observée au cours des dernières décennies qui s'est traduite par une offre de plus en plus importante d'aliments transformés et ultras transformés, riches en gras, sucre et sel, et à faible coût (Swinburn et collab., 2011). En 2004, on estimait que 47 % de l'apport calorique quotidien des Québécois provenait des aliments ultra-transformés (Moubarac et Batal, 2016). Sachant que plusieurs facteurs de risque des maladies chroniques sont modifiables, les organismes de santé publique reconnus incitent les pays à passer à l'action et ont identifié l'amélioration de la composition nutritionnelle des aliments ou la reformulation des aliments transformés comme stratégie prometteuse (Institute of Medicine (U.S.) et collab., 2010; NICE, 2010; WHO, 2014a, 2014b).

Lancée en octobre 2016, la *Politique gouvernementale de prévention en santé* (PGPS) fournit un cadre pour inspirer et mobiliser divers partenaires à agir pour améliorer l'état de santé et la qualité de vie de la population du Québec. Un objectif vise l'amélioration de l'accès à une saine alimentation. On précise une mesure visant à améliorer plus spécifiquement la qualité nutritive des aliments au Québec en agissant sur deux plans :

- le suivi des progrès en matière de diminution de la teneur en gras, en sel et en sucre des aliments et de la taille des portions individuelles et
- l'incitation des acteurs de la filière bioalimentaire à produire, à offrir et à mettre en valeur des aliments nutritifs et la valorisation des pratiques exemplaires en la matière.

2 Mandat, méthodologie et cadre d'analyse

C'est dans ce contexte que s'inscrit le présent rapport. En effet, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a mandaté l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) pour documenter et analyser les initiatives des gouvernements ayant adopté des cibles dans un objectif de reformulation des aliments transformés. Plusieurs gouvernements à travers le monde ont adopté de telles cibles et nous pouvons ainsi tirer parti de ces expériences et des leçons apprises pour éclairer les décisions relatives à une future initiative québécoise. Le mandat a été défini par le MSSS en décembre 2016. Tout au long du mandat, trois comités (orientation, de travail et de travail scientifique) ont permis d'orienter et de coordonner les travaux respectifs de l'INSPQ et de l'Observatoire de la qualité de l'offre alimentaire rattaché à l'Université Laval, qui a réalisé, entre autres, parallèlement à ce mandat, une revue de littérature scientifique sur les outils de profilage nutritionnel ailleurs dans le monde.

2.1 Les objectifs

Dans le cadre du mandat confié à l'INSPQ qui consiste en une revue des initiatives des gouvernements ayant adopté des cibles de reformulation des aliments transformés, les objectifs poursuivis sont les suivants :

- effectuer l'inventaire des initiatives des gouvernements ayant adopté des cibles de reformulation des aliments transformés et
- analyser le processus de développement et de mise en œuvre des cibles de reformulation en posant un regard sur :
 - le type d'approche (volontaire, réglementaire);
 - la nature des interactions avec les acteurs de la chaîne bioalimentaire;
 - les barrières et facteurs facilitants.

2.2 La méthodologie

Cette revue de littérature grise a été réalisée en différentes étapes, guidée par les objectifs énoncés ci-haut. La méthodologie détaillée figure à l'annexe 1. Voici un aperçu des principales étapes :

Étape 1 : phase exploratoire qui a permis l'identification de plusieurs publications générales pertinentes et l'identification des mots clés rattachés aux quatre concepts :

- 1) cible de reformulation;
- 2) nutriment ou composante (sodium, sel, gras trans, gras saturés, sucre) ou aliments transformés;
- 3) gouvernement et
- 4) processus.



Étape 2 : développement des outils de collecte de données soit :

- 1) une grille d'extraction permettant de décrire les cibles de reformulation des aliments transformés adoptées par divers pays, en documentant les composantes visées (sodium, gras trans, gras saturés, gras totaux, sucre) et le type d'approche (volontaire, réglementaire);
- 2) une grille d'extraction afin de colliger l'information sur le contenu des publications.



Étape 3 : révision des critères d'inclusion et d'exclusion de façon à circonscrire la portée de la revue de la littérature grise dans un contexte où la question est assez large.



Étape 4 : bonification du corpus par :

- 1) l'ajout de références tirées des bibliographies des documents trouvés lors de la recherche exploratoire;
- 2) des recherches ciblées sur les sites gouvernementaux et sur le catalogue Atrium des bibliothèques de l'Université de Montréal, en utilisant une combinaison de mots clés tirés des quatre concepts présentés ci-haut, et extraction des données.



Étape 5 : élaboration du cadre d'analyse (voir 2.3).



Étape 6 : choix des initiatives étrangères à documenter en ciblant des pays semblables au Canada, des initiatives qui ont été documentées et si possible évaluées tout en essayant d'avoir différents types d'approches (volontaire vs réglementaire, approche ciblant les nutriments vs approche plus globale de la reformulation). Les initiatives retenues ont été présentées en annexe sous la forme de tableaux sommaires : Afrique du Sud, Australie, États-Unis, France, Pays-Bas, Royaume-Uni.



Étape 7 : consultation d'experts du Canada, du Royaume-Uni et de l'Australie.

La démarche poursuivie dans le cadre de cette revue de littérature grise n'est pas la même qui aurait été utilisée dans le cadre d'une synthèse des connaissances classique. Le corpus de publications comprend des documents de divers types et touche des thématiques variées en lien avec les dimensions à l'étude.

En ce qui a trait au type de documents faisant partie de la bibliographie, on dénombre :

- 61 documents scientifiques (revues de littérature, articles, etc.);
- 59 documents gouvernementaux;
- 24 documents publiés par des organismes de santé publique reconnus (OMS surtout);
- 5 documents élaborés par des acteurs de l'industrie alimentaire;

- 11 documents ne pouvant être classés dans les catégories ci-haut.

Le corpus peut également être décrit en fonction des thématiques couvertes. Les publications pouvaient traiter de plus d'une thématique à la fois, mais elles ont été classées en fonction de leur dominante et de la raison principale de leur inclusion dans le corpus :

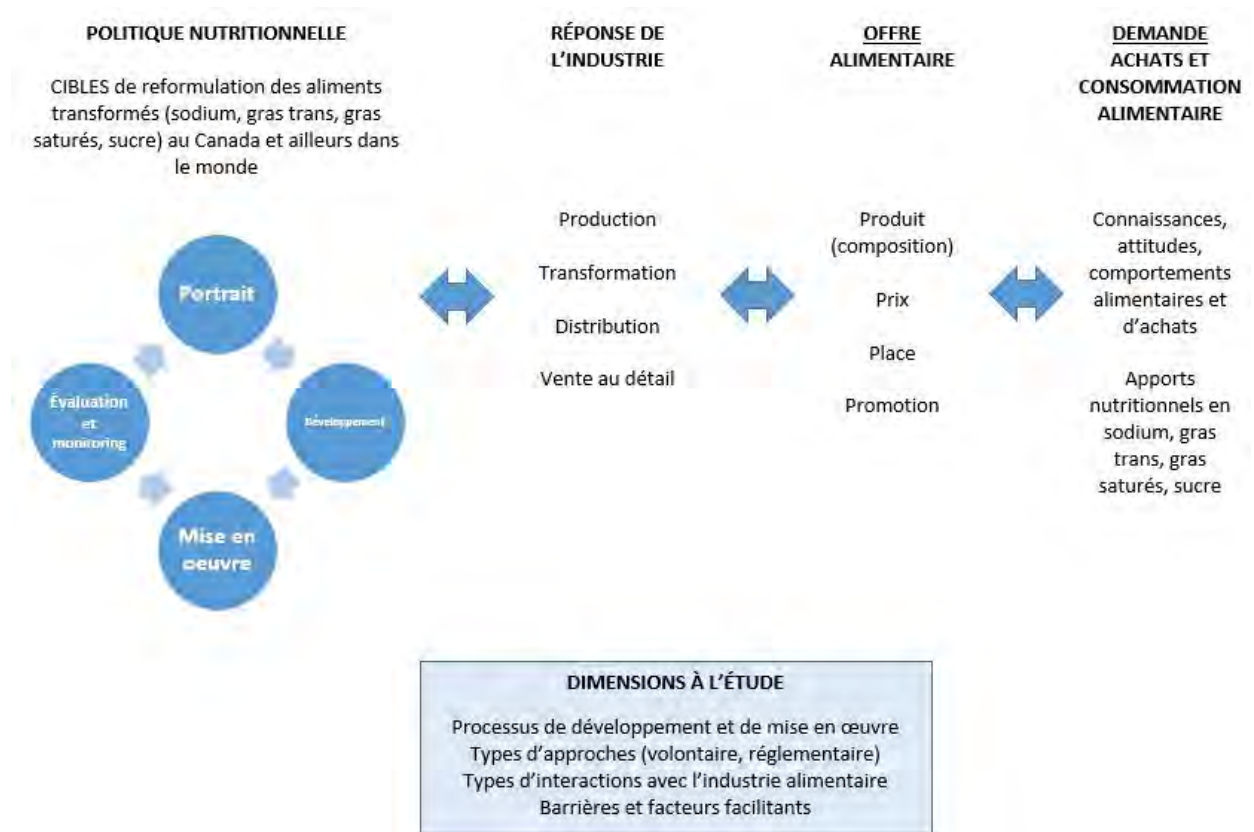
- 82 documents permettant de documenter l'expérience au Canada et les expériences d'ailleurs (Afrique du Sud, Australie, États-Unis, France, Pays-Bas, Royaume-Uni) en matière de cibles de reformulation des aliments transformés;
- 23 documents relatifs aux politiques publiques et à la reformulation des aliments;
- 13 documents traitant de l'industrie alimentaire;
- 8 documents spécifiques au monitoring;
- 7 documents en lien avec les approches réglementaires;
- 19 documents spécifiques aux nutriments, dont 13 pour le sodium, 5 pour le sucre et 1 pour les gras trans;
- 7 documents ne pouvant être classés dans les catégories ci-haut.

Parmi les documents, 13 ont servi à bâtir l'inventaire des initiatives des gouvernements ayant adopté des cibles de reformulation des aliments transformés. L'annexe 3 présente ces documents.

2.3 Le cadre d'analyse

Dans le but de structurer l'analyse et la présentation des informations recueillies, le cadre suivant a été élaboré. Il illustre la logique d'action de la politique publique et intègre les différentes dimensions à l'étude, soit le processus de développement et de mise en œuvre des cibles, les types d'approches (volontaire, réglementaire), les types d'interaction avec l'industrie alimentaire de même que les barrières et facteurs facilitants.

Figure 1 Cadre d'analyse



3 Politiques publiques et cibles de reformulation des aliments transformés

3.1 Un appel à l'action à l'échelle mondiale

Dans son *Rapport mondial sur les maladies non transmissibles*, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) propose une série de mesures jugées comme étant des « *best buys* », c'est-à-dire présentant un ratio coût-efficacité particulièrement intéressant tout en étant réalisables (Organisation mondiale de la santé, Alwan et Agis, 2011). Deux de ces mesures touchent la composition nutritionnelle des aliments, soit « réduire l'apport alimentaire en sel et les teneurs en sel des aliments » et « remplacer les gras trans dans les aliments par des gras polyinsaturés ». Le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) et l'Institute of Medicine (IOM) ont également recommandé des mesures visant l'amélioration du contenu des produits alimentaires par divers moyens, dont la reformulation des aliments (NICE, 2010; Institute of Medicine (U.S.) et collab., 2010). Plus récemment, l'OMS énonçait que les lignes directrices sur le sucre pouvaient appuyer le développement d'une stratégie de reformulation des aliments transformés, et en particulier, ceux à forte teneur en sucres libres (WHO et Nutrition for Health and Development, 2015).

Reconnaissant que les maladies non transmissibles représentent une entrave au développement des nations en plus d'avoir des conséquences importantes sur la santé publique, des dirigeants mondiaux ont adopté la *Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles* (United Nations, 2011). Cette déclaration fait mention de l'importance de la création d'environnements favorables et de la mise en place de mesures coût-efficaces pour réduire les teneurs en sel, en sucre et en gras saturés et éliminer les gras trans dans les aliments. Elle appelle également le secteur privé à envisager de produire et promouvoir davantage de produits alimentaires en accord avec une alimentation saine, notamment par la reformulation de produits.

En 2013, les États membres de l'OMS, par leur accord au *Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020* (Assemblée mondiale de la santé, 2013), ont adopté comme cible mondiale volontaire une réduction relative de 30 % de la consommation moyenne de sel dans la population, le but étant d'atteindre une cible inférieure à 5 g par jour (environ 2 g de sodium) d'ici 2025.

3.2 Un éventail de politiques publiques susceptibles d'encourager la reformulation des aliments et boissons

Plusieurs types de politiques publiques sont susceptibles d'encourager les efforts d'amélioration du profil nutritionnel des aliments transformés ou la réduction de certains nutriments ciblés. Les systèmes alimentaires, les règles relatives au commerce, les environnements alimentaires au détail et dans les différents milieux de vie, l'étiquetage alimentaire, la composition nutritionnelle des aliments, l'éducation à la saine alimentation sont autant de leviers possibles de l'action gouvernementale pour promouvoir la saine alimentation (World Cancer Research Fund International, 2016; Swinburn et collab., 2013). Les différents types de stratégies énumérées ci-dessous peuvent encourager directement ou indirectement la reformulation de produits par les acteurs de l'industrie alimentaire (Combris et collab., 2014; McLaren et collab., 2016; Lloyd-Williams et collab., 2014) :

- les cibles de reformulation des aliments transformés;
- les politiques de prix ou outils économiques à large portée;

- les politiques d’approvisionnement ou standards visant les aliments et boissons servis dans les institutions publiques ou autres milieux;
- la restriction du marketing aux enfants;
- l’étiquetage nutritionnel;
- les campagnes d’information ou d’éducation visant le consommateur.

Dans le cas des stratégies visant la reformulation des aliments, différents facteurs généraux sont évoqués pour faciliter le succès de l’intervention; ils sont énumérés ci-dessous.

3.2.1 UNE APPROCHE GLOBALE

La stratégie doit s’inscrire dans une approche plus globale qui tient compte de la complexité du système alimentaire et des interrelations entre les acteurs (WHO, 2014a). Ceci rejoint les recommandations à l’effet qu’il est important d’impliquer les différents maillons de la chaîne bioalimentaire, soit la production, la transformation, la distribution, la consommation et la post-consommation (National Heart Foundation of Australia, 2012).

3.2.2 UNE STRATÉGIE MULTICOMPOSANTE

La stratégie devrait aussi être multicomposantes et comprendre un ensemble de mesures complémentaires (WHO, 2014b; McLaren et collab., 2016). Les initiatives de réduction du sodium comprenant plus d’une mesure, par exemple la reformulation des aliments et l’éducation des consommateurs, se sont avérées plus efficaces que les initiatives qui n’utilisaient qu’un type de mesure (McLaren et collab., 2016). Néanmoins, ceci sous-entend qu’il faut bien comprendre la réponse de l’industrie alimentaire face aux politiques en place et au cadre réglementaire existant. En effet, la réglementation existante peut soutenir ou freiner les efforts de reformulation des aliments. À titre d’exemple, les normes de composition de certains aliments (par exemple, le chocolat, la crème glacée, les fromages de spécialité) pourraient faire en sorte qu’il n’est pas possible d’apporter des modifications à la composition nutritionnelle des aliments sans modifier la réglementation (Webster, 2009).

De la même façon, les différents standards et critères nutritionnels émis par le passé, visant les milieux scolaires et hospitaliers par exemple, sont également des éléments à considérer dans une optique d’harmonisation et de cohérence des politiques nutritionnelles (Webster, 2009).

3.2.3 DES MESURES ENVIRONNEMENTALES ET DE NATURE STRUCTURELLE

La stratégie devrait comprendre des mesures de nature structurelle et environnementale, par opposition à des mesures reposant uniquement sur le changement de comportement individuel (European Commission, 2012c; WHO/FAO, 2003; WHO, 2016a). Dans le cadre d’entrevues réalisées auprès de 71 experts en politiques publiques et décideurs européens de 14 pays, plusieurs d’entre eux reconnaissaient que les interventions « en amont » étaient plus efficaces et puissantes, mais qu’elles étaient également peu fréquentes et souvent plus difficiles à faire passer sur le plan politique (Lloyd-Williams et collab., 2014).

Pour favoriser le succès d’une stratégie visant l’amélioration de la composition nutritionnelle des aliments transformés, celle-ci devrait être globale et comprendre un éventail de mesures complémentaires aux effets synergiques, dont des mesures structurelles qui viendront agir « en amont » pour améliorer l’offre alimentaire.

3.3 Les cibles de reformulation des aliments transformés : potentiel et défis

3.3.1 QU'EST-CE QUE LA REFORMULATION DES ALIMENTS ?

Dans un contexte de choix alimentaires plus sains, la reformulation des aliments se définit comme la reformulation des aliments existants dans le but d'éliminer (ex. : acides gras trans), de réduire (ex. : sodium, gras saturés, sucre) ou d'augmenter (ex. : fibres) certaines composantes alimentaires tout en conservant diverses caractéristiques telles que la saveur, la texture et la durée de vie (van Raaij, Hendriksen et Verhagen, 2009). On cherche à réduire les composantes dont les effets néfastes sur la santé ont été démontrés et à l'inverse, maintenir ou préserver certains éléments « positifs » qui sont retirés ou détruits par le processus de transformation (ex. : le retrait du son et du germe de la farine). Il pourrait également s'agir d'augmenter les composantes bénéfiques telles que les grains entiers, fruits, légumes ou graisses insaturées (National Heart Foundation of Australia, 2012). La composition de divers aliments d'origine animale pourrait aussi être améliorée par une alimentation animale modifiée.

La définition de la reformulation telle que décrite ci-haut n'inclut donc pas le développement d'aliments auxquels des nutriments ou ingrédients « positifs » (tels que les vitamines, minéraux, phytostérols, pro et prébiotiques) sont ajoutés en quantité importante, connus sous le nom d'aliments fonctionnels. Aussi, la reformulation ne doit pas être confondue avec l'enrichissement des aliments, soit l'ajout de vitamines et de minéraux à des aliments de base selon un cadre réglementaire établi (ex. : ajout d'acide folique dans la farine).

La reformulation des aliments et boissons consiste à modifier les ingrédients et/ou les procédés pour obtenir un produit de meilleure valeur nutritive.

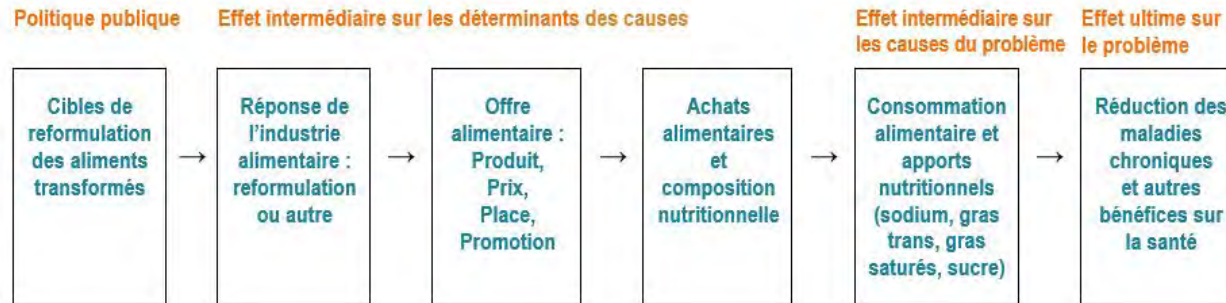
3.3.2 IMPACT POTENTIEL DES ALIMENTS REFORMULÉS

L'impact potentiel des aliments reformulés sur les apports nutritionnels et la santé de la population est élevé (van Raaij, Hendriksen et Verhagen, 2009). L'amélioration de la composition nutritionnelle des aliments transformés couramment consommés est une façon de rendre les choix sains plus faciles à faire pour le consommateur. L'avantage de cette approche est le fait que des résultats peuvent être attendus à plus court terme, car le consommateur n'a pas à fournir un effort conscient pour modifier ses comportements alimentaires, et constitue donc une mesure de prévention « passive » (Combris et collab., 2014; Institute of Medicine (U.S.) et collab., 2010; van Raaij, Hendriksen et Verhagen, 2009).

3.3.3 LOGIQUE D'ACTION DE LA POLITIQUE PUBLIQUE

Lors de l'analyse de l'efficacité d'une politique publique, il est généralement ardu d'évaluer l'effet ultime de celle-ci sur la santé de la population. Dans sa méthode de synthèse de connaissances sur les politiques publiques (Morestin et CCNPPS, 2011), le Centre de collaboration sur les politiques publiques et la santé recommande de décomposer la chaîne des effets attendus entre la politique étudiée et le problème visé. Ceci permet de mieux distinguer la séquence des effets intermédiaires de l'effet ultime attendu. Cette logique s'inspire de l'évaluation de programme qui distingue les effets proximaux, attribuables au programme, des effets distaux qui sont tributaires d'un ensemble de facteurs. La figure ci-dessous illustre la logique d'intervention des cibles de reformulation des aliments transformés.

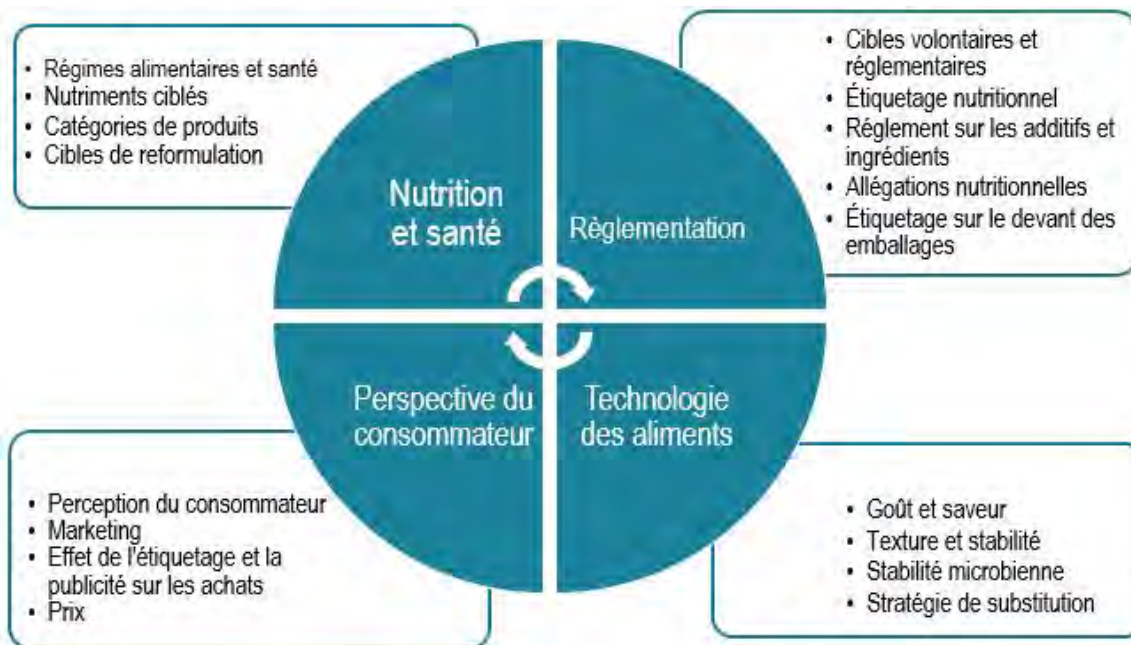
Figure 2 Logique d'intervention des cibles de reformulation des aliments transformés



3.3.4 LA REFORMULATION DES ALIMENTS POUR UNE OFFRE ALIMENTAIRE PROMOTRICE DE SANTÉ

Bien que la logique d'action de la politique publique illustre une séquence linéaire susceptible de générer les résultats attendus, il y a une multitude de facteurs à considérer pour assurer que l'effet généré soit réellement une offre alimentaire promotrice de santé. Caractéristiques nutritionnelles du produit, stratégie réglementaire la plus adaptée pour susciter la réponse attendue par l'industrie, défis technologiques et perceptions des consommateurs sont autant de questions qui méritent une certaine attention. Des auteurs néerlandais ont conclu qu'une approche multidisciplinaire était nécessaire et ont proposé un cadre de référence pour la reformulation de produits qui intègre quatre dimensions, soit la nutrition et santé, la technologie des aliments, la réglementation et la perspective des consommateurs (Van de Velde, Van Gunst et Roodenburg, 2016). La figure qui suit est une traduction de leur approche intégrée en reformulation de produits pour l'amélioration des teneurs en sel, sucres et gras saturés des aliments.

Figure 3 Cadre de référence pour une approche intégrée en reformulation de produits



Source : Traduction libre de Van de Velde, Van Gunst et Roodenburg, 2016.

Cette approche permet de tenir compte de toutes les considérations liées à la reformulation des produits pour atteindre l'objectif d'amélioration de la qualité nutritive du produit. Bien que ce ne soit pas toujours le cas, certains auteurs ont rapporté des exemples où la reformulation ne permet pas une amélioration optimale de la composition nutritionnelle du produit. Par exemple, lorsque des produits sont reformulés pour réduire la teneur en sucre, notamment dans le cas des céréales à déjeuner, l'ajout de sel peut être privilégié pour maintenir un goût acceptable (Institute of Medicine (U.S.) et collab., 2010). Aussi, lorsque des produits sont reformulés pour éliminer les gras trans, l'huile de palme peut être utilisée comme ingrédient de substitution (Downs, Thow et Leeder, 2013). Dans ses différents documents de soutien, la Commission européenne insiste sur le fait que la reformulation requiert de considérer tous les ingrédients de façon à ce que le résultat final se traduise réellement par une amélioration de la qualité nutritionnelle globale (European Commission, 2016).

4 Inventaire des initiatives des gouvernements ayant adopté des cibles de reformulation des aliments transformés

Un nombre important de pays à travers le monde, dont le Canada, ont adopté des cibles de reformulation des aliments transformés, mais la nature et la portée des initiatives varient grandement. En plus des initiatives nationales, on retrouve des dynamiques réunissant un ensemble de pays, notamment au sein de l'Union européenne et dans la région des Amériques.

4.1 Les cibles de reformulation des aliments transformés au Canada

Le Canada a mis en place deux initiatives en matière de cibles de reformulation des aliments transformés qui visent les teneurs en gras trans et en sodium dans les aliments. En octobre 2016, dans sa *Stratégie en matière de saine alimentation*, Santé Canada présentait les différentes mesures en cours ou à venir visant à réduire la teneur en sodium et à éliminer les gras trans de production industrielle (Santé Canada, 2016a). Elles sont présentées ci-dessous de façon plus sommaire et de façon plus détaillée à l'annexe 2.

Depuis le début des années 2000, différentes approches ont été déployées et ont permis de réduire les niveaux de gras trans dans l'offre alimentaire au Canada. L'étiquetage nutritionnel obligatoire des gras trans a été un premier pas en ce sens. Un programme de surveillance des gras trans (PSGT) a permis de suivre les progrès dans l'offre alimentaire (Gouvernement du Canada, 2008).

2006 : Rapport du Groupe d'étude sur les gras trans : TRANSformer l'approvisionnement alimentaire.

2006-09 : Programme de surveillance des gras trans.

2007 : Santé Canada opte pour une approche volontaire de réduction des gras trans.

2017 : Interdiction des huiles partiellement hydrogénées.

Le Groupe d'étude sur les gras trans, mis sur pied par Santé Canada, a émis diverses recommandations, dont celle d'adopter une démarche réglementaire visant à limiter la teneur en gras trans à 2 % de la teneur totale en lipides pour les huiles végétales et les margarines molles et à 5 % de la teneur totale en lipides pour les autres aliments (Canada et collab., 2006). Une approche volontaire a été privilégiée, mais fut soutenue par la menace d'une approche réglementaire (Conference Board of Canada, 2012). En avril 2017, Santé Canada a publié un projet de règlement visant à ajouter les huiles partiellement hydrogénées (HPH) à la *Liste des contaminants et des autres substances adultérantes dans les aliments*. Santé Canada évoquait que l'approche volontaire actuelle n'éliminerait pas les produits contenant toujours des huiles partiellement hydrogénées et ne permettrait pas au gouvernement d'atteindre son objectif en matière de santé publique (Gouvernement du Canada, 2017). Le 15 septembre 2017, Santé Canada a publié l'*Avis de modification : Interdire le recours aux huiles partiellement hydrogénées (HPH) dans les aliments* confirmant sa décision de procéder à l'interdiction d'utilisation des HPH.

La réduction du sodium est également un engagement du gouvernement du Canada en matière de santé publique. En 2007, un Groupe de travail sur le sodium (GTS) avait été mandaté par le ministre de la Santé. Il était composé de 25 représentants de divers secteurs (gouvernemental, fabrication, services alimentaires, ONG, scientifique, etc.) Le rapport final du GTS présentait quatre principaux volets et faisait appel à une « démarche volontaire structurée » (Canada et Sodium Working Group, 2010), mais le ministre de la Santé fédéral avait émis quelques réserves craignant que celle-ci soit jugée trop contraignante par l'industrie alimentaire, et ait un effet dissuasif. En décembre 2011, le gouvernement a mis fin aux activités du GTS et ferait plutôt appel au Comité consultatif d'experts des aliments dans le futur. Diverses consultations ont eu lieu en 2010 et 2011. En 2012, Santé Canada a publié des cibles de réduction volontaire du sodium pour 94 catégories d'aliments transformés à atteindre d'ici le 31 décembre 2016 (Santé Canada, 2012a). En 2016, une surveillance provisoire de la teneur en sodium d'aliments a été effectuée et a démontré que l'industrie alimentaire a consacré des efforts à la réduction de la teneur en sodium des aliments, mais les progrès varient en fonction des catégories (Santé Canada, 2016b). Une évaluation plus approfondie réalisée en 2017 (<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aliments-nutrition/legislation-lignes-directrices/document-reference/document-orientation-destine-industrie-alimentaire-reduction-sodium-aliments-transformes-rapport-etape-2017.html>) montre que les progrès sont lents. En effet, seulement 14 % des catégories d'aliments ont respecté la réduction cible. En outre, presque la moitié (48 %) des catégories d'aliments n'ont pas diminué leur sodium et plusieurs ont même enregistré une hausse de la teneur en sodium. Finalement, seuls 30% des produits les plus salés sur le marché ont diminué leur teneur en sodium à des niveaux semblables aux autres aliments de la même catégorie.

2007 : Mise sur pied du GTS.

2010 : Recommandations du GTS dans la *Stratégie de réduction du sodium pour le Canada*.

2010-11 : Série de consultations sur les cibles de réduction du sodium provisoires pour les catégories d'aliments et consultation en lien avec l'utilisation de seuils maximum et/ou de moyennes pondérées en fonction des ventes.

2012 : Publication de cibles volontaires de réduction du sodium.

2016 : Tenue du *Symposium sur la réduction du sodium dans les aliments*.

2017 : Évaluation approfondie de la teneur en sodium par rapport aux cibles de réduction à venir.

4.2 L'Union européenne et la reformulation des aliments

L'Union européenne (UE) est une association politico-économique de 28 états européens. Les principales institutions de l'UE ont reconnu, à différents moments, la nécessité pour les états membres d'unir leurs forces pour lutter contre les maladies chroniques. En cohérence avec les recommandations de l'OMS et dans le but de soutenir les initiatives nationales, la Commission européenne (CE), par le

2005 : Lancement de la Plateforme de l'UE relative à l'alimentation, l'activité physique et la santé.

biais de la Direction générale de la santé et de la sécurité alimentaire (DG Santé), anciennement la Direction générale de la santé et de la protection des consommateurs (DG Sanco), joue ainsi un rôle de facilitateur pour une approche plus concertée et intégrée. Le Groupe de haut niveau sur la nutrition et l'activité physique, dirigé par la CE, a contribué à l'élaboration de différents cadres de l'UE pour les initiatives nationales relatives à certains nutriments (European Commission, 2008, 2012a, 2012 b, 2016). Dans le document visant la réduction du sodium, on propose la cible volontaire de réduction de 16 % du sodium sur 4 ans, à partir des valeurs en 2008 pour 12 catégories d'aliments prioritaires. La CE réalise aussi différentes activités pour suivre les progrès respectifs des différents pays à l'échelle nationale en matière de reformulation des produits (European Commission, 2015), de réduction du sodium (European Commission, 2009) et d'élimination des gras trans (Mouratidou, T. et collab., 2014).

2007 : Élaboration par la CE de la Stratégie Nutrition, surcharge pondérale et obésité de l'UE.

2008 : Diffusion par la CE du cadre destiné aux initiatives nationales en matière de **sel** Framework for National Salt Initiatives.

2012 : Publication du cadre de l'UE pour les initiatives nationales relatives à certains nutriments et les annexes pour les **gras saturés** (2012) et les **sucres ajoutés** (2016).

Février 2016 : Adhésion de 24 pays européens à la Feuille de route pour l'amélioration des produits alimentaires.

Plus récemment, lors de la présidence des Pays-Bas au Conseil des ministres de l'Union européenne, 24 pays européens ainsi que des ONG et des regroupements de l'industrie alimentaire ont endossé le *Roadmap for action on food product improvement* (EU Dutch Presidency, 2016). Cette feuille de route vise à accélérer l'action concertée des gouvernements nationaux, des exploitants du secteur alimentaire, de la Commission européenne, de l'OMS et des ONG pour rendre les produits alimentaires plus sains en diminuant leur teneur en sel, en acides gras saturés et en sucre. Beaucoup d'aliments et boissons traversent les frontières au sein de l'Union européenne et l'amélioration des produits alimentaires passe nécessairement par une coopération transfrontalière.

4.3 Les Amériques et les cibles de réduction du sodium

L'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) joue un rôle important pour stimuler et soutenir les efforts de réduction du sodium dans les Amériques. L'OPS a d'abord convoqué un groupe d'experts internationaux indépendants chargé d'émettre des recommandations. Ce groupe fut à l'origine de l'*Énoncé de politique sur la réduction du sel alimentaire*, endossé par 63 gouvernements et ONG. Le groupe d'experts ainsi que les groupes de consultation technique (2012-15 et 2016-19) ont développé un éventail d'outils pour soutenir l'action au niveau national. Le *Salt-Smart Americas : A Guide for Country-Level Action* est un exemple d'outil étoffé pour supporter l'action au niveau local (WHO/PAHO, 2013a). Le Groupe de consultation technique se penche sur différents chantiers, notamment le marketing social, la surveillance, l'engagement du secteur privé, l'harmonisation des

2009-11 : Mandat confié au groupe d'experts par l'OPS.

2009 : Lancement de l'*Énoncé de politique sur la réduction du sel alimentaire* par le groupe d'expert.

2012-15 : Mandat confié au premier groupe de consultation technique par l'OPS.

2013 : Publication par l'OPS de *Salt-Smart Americas: A Guide for Country-Level Action*.

programmes de réduction du sodium et la qualité de la recherche. Notons que Dre Mary L'Abbé, rattachée à l'Université de Toronto, est présidente du Groupe de consultation technique pour 2016-2019. L'OPS tente également d'encourager une certaine harmonisation des programmes et des cibles en Amériques. Elle a publié en 2015 un ensemble de cibles régionales harmonisées à l'égard de 11 catégories d'aliments à atteindre d'ici la fin de 2016 (Campbell et collab., 2015).

2013-18 : Le *Salt Smart Consortium* diffuse son plan stratégique sur 5 ans.

2015 : Le *Salt Smart Consortium* endosse des valeurs maximales pour le sodium dans les produits transformés en Amériques.

2016-19 : Mandat confié au deuxième groupe de consultation technique par l'OPS.

La mise sur pied du *Salt Smart Consortium* est un moyen pour mobiliser le secteur privé vers la réduction du sodium dans l'offre alimentaire. Le consortium s'est doté d'un plan stratégique 2013-2018 (WHO/PAHO, 2013b) et a endossé les cibles régionales harmonisées dans un énoncé de consensus (WHO/PAHO, 2015). Le groupe prévoit réévaluer les cibles à des intervalles de deux ans, en 2016, 2018 et 2020.

4.4 Portrait des initiatives à travers le monde

L'inventaire des initiatives des gouvernements ayant adopté des cibles de reformulation des aliments transformés, présenté dans le tableau ci-dessous, a été construit à partir de trois revues systématiques, deux articles et huit documents et rapports, publiés entre 2009 et 2016. L'annexe 3 présente l'ensemble de ces documents. Cet inventaire, bien qu'étoffé, ne peut être considéré comme exhaustif. D'une part, dans le but de respecter des contraintes de temps et de faisabilité, la liste des initiatives fut construite à partir d'un nombre restreint de documents sélectionnés qui traitaient de plusieurs initiatives, notamment les revues systématiques. D'autre part, puisque la situation change continuellement, il est difficile d'avoir un portrait à jour. Il faut également garder en tête que les pays peuvent avoir choisi d'autres types de stratégies pour influencer la composition nutritionnelle des aliments, mais qu'elles ne sont pas toutes documentées dans le cadre de cet inventaire. À titre d'exemple, les progrès importants réalisés en Finlande en matière de réduction du sodium (réduction de 36 % des apports chez la population de 1979 à 2007) sont plutôt attribuables à l'étiquetage nutritionnel et à l'apposition de mises en garde relatives à un seuil maximum sur l'emballage. Enfin, en étant conscient des diverses limites énoncées ci-haut, l'inventaire présente des initiatives volontaires et réglementaires de gouvernements ayant adopté des cibles de reformulation des aliments transformés dans plus de cinquante pays.

Tableau 1 Inventaire des initiatives volontaires et réglementaires des gouvernements ayant adopté des cibles de reformulation des aliments transformés²

| | Sodium | | Gras trans | | Gras sat. et/ou totaux Volontaire | Sucre Volontaire sauf T | Autres |
|------------------|------------|---------------|------------|---------------|---|-------------------------------|---------------------------------|
| | Volontaire | Réglementaire | Volontaire | Réglementaire | | | |
| Amériques | | | | | | | |
| Amériques | ✓ (2015) | | | | | | |
| Argentine | | ✓ (2013) | | ✓ (2010) | | | Menos sal más vida |
| Brésil | ✓ | | | | | | |
| Canada | ✓ (2012) | | ✓ (2007) | ✓ (2018) | | | |
| Chili | P | | | | | T (2015) | |
| Costa Rica | ✓ | | | | | | |
| Équateur | ✓ | | | | | | |
| États-Unis | ✓ | | | ✓ (2015) | | | |
| Mexique | P | | | | | T (2013) | |
| Paraguay | | P (2013) | | | | | |
| Pérou | | | | ✓ (2014) | | | |
| Uruguay | P | | | | | | |
| Europe | | | | | | | |
| UE | ✓ (2008) | | | | ✓ (2012) | ✓ (2015) | |
| Allemagne | P | | | | | | |
| Autriche | P | | | ✓ (2009) | | | Less Salt is Healthier |
| Belgique | ✓ | P (1985) | ✓ | | ✓ | ✓ T(2015) | |
| Bulgarie | ✓ | ✓ (2011/12) | | | | | |
| | | | | | | | |
| Croatie | P | | | | | | |
| Danemark | ✓ | | | ✓ (2003) | ✓ | | Green Keyhole |
| Espagne | P | | ✓ | | | | |
| Estonie | | | | | ✓ | ✓ | |
| Finlande | ✓ | | | | | T (2014) | Carélie du Nord, PanSalt™ |
| France | ✓ | | | | ✓ | ✓ T(2011) | Fibres, Oqali |
| Grèce | ✓ | ✓ (1971) | | | | | |
| Hongrie | ✓ | P (2012) T | | ✓ (2013) | | T (2011) | |
| Irlande | ✓ | | | | | | |
| Islande | ✓ | | | ✓ (2010) | | | |
| Israël | ✓ | | | | | | |
| Italie | P | | | | | | Smiling Heart |
| Lettonie | | | | ✓ (2016) | | ✓ | |
| Lituanie | P | | | | | | |

² Dernière mise à jour en mai 2017.

Tableau 1 Inventaire des initiatives volontaires et réglementaires des gouvernements ayant adopté des cibles de reformulation des aliments transformés (suite)

| | Sodium | | Gras trans | | Gras sat. et/ou totaux Volontaire | Sucre Volontaire sauf T | Autres |
|---|------------|---------------|------------|---------------|--|-------------------------------|-------------------------------|
| | Volontaire | Réglementaire | Volontaire | Réglementaire | | | |
| Norvège | | | | ✓ (2014) | | | Green Keyhole |
| Pays-bas | ✓ | P | ✓ | | ✓ | ✓ | Calories, My choice |
| Portugal | ✓ | P (2009) T | | | | | |
| République tchèque | ✓ | | | | | | |
| Roumanie | ✓ | | | | | | |
| Royaume-Uni | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ T (2018) | PHRD Calories/por tions |
| Slovaquie | | ✓ | | | | | |
| Slovénie | ✓ | | | | | | |
| Suède | | | | | | | Green Keyhole |
| Suisse | ✓ | | | ✓ (2008) | ✓ | ✓ | Calories/por tions |
| Pacifique occidental et Asie du Sud-Est | | | | | | | |
| Australie | ✓ | | | | ✓ | | Healthy Food Partnership |
| Corée (Répub. de) | ✓ | | | | | | |
| Nouvelle-Zélande | ✓ | | | | | | Pick the Tick |
| Singapour | | | | ✓ (2012) | | | |
| Thaïlande | | | | | | | Portion |
| Afrique | | | | | | | |
| Afrique du Sud | | ✓ (2013) | | ✓ (2011) | | | |
| Méditerranée orientale | | | | | | | |
| Conseil de coopération du Golfe* | | | | ✓ | | | |
| Koweït | ✓ | | | ✓ | ✓ | | |
| Iran | | ✓ | | ✓ (2005) | | | |

P = Cible(s) spécifique(s) au pain, à la farine et/ou aux produits de boulangerie.

T = Taxe

(date) = Date d'émission.

* comprend l'Arabie saoudite, Oman, le Koweït, Bahreïn, les Émirats arabes unis et le Qatar.

En étudiant l'inventaire présenté ci-haut, il est possible de faire quelques constats généraux :

- Les cibles de réduction du sodium dans les aliments transformés sont les plus fréquentes (n = 40 pays et 2 régions³). Une revue systématique avait dénombré 75 pays (incluant des territoires et régions) dotés d'une stratégie nationale de réduction du sodium en 2014, soit plus du double recensé dans le cadre d'une revue similaire en 2010 (Trieu et collab., 2015).
- Les cibles visant l'élimination ou la réduction des gras trans dans les aliments transformés sont au deuxième rang en termes de fréquence (n = 20 pays).
- Les cibles volontaires sont plus répandues que les cibles réglementaires.
- La catégorie des pains et produits de boulangerie est celle qui fait l'objet d'une plus grande attention étant donné que ces produits contribuent de façon importante à l'apport en sodium dans l'alimentation.
- Les cibles relatives aux teneurs en gras totaux ou gras saturés (n = 9 pays et 1 région) et en sucre (n = 7 pays et 1 région) sont moins fréquentes, mais gagnent en popularité dans le cadre d'approches plus globales de la reformulation de produits, et en raison de l'évolution de l'état des connaissances sur la question du sucre notamment.

Différentes initiatives se distinguent ou ont fait l'objet d'un plus grand nombre de publications. On évoque souvent le cas du Danemark comme la première démarche réglementaire, en 2004, imposant un seuil maximum de teneur en gras trans. Le Royaume-Uni, quant à lui, fut à l'avant-garde avec sa stratégie de réduction du sodium, initiée en 2003, et a servi de modèle à plusieurs initiatives ailleurs dans le monde, notamment au Canada. La réduction d'environ 15 % de l'apport en sodium dans la population de 2001 à 2011 en a aussi fait un cas « champion ». L'Afrique du Sud, quant à elle, a été la première à imposer, en 2013, des cibles réglementaires relatives au sodium touchant un large éventail de catégories de produits. L'Argentine a fait de même au cours de la même année. Des cibles existaient déjà pour réguler la teneur en sodium dans le pain et les produits de boulangerie en Grèce, en Belgique et au Portugal notamment.

³ Nombre de pays et régions (Union européenne, Amériques) présenté dans l'inventaire présenté au tableau 2. Si le pays a une approche volontaire et réglementaire de réduction du sodium, il n'a été compté qu'une fois.

5 Processus de développement et de mise en œuvre des cibles de reformulation des aliments transformés

Le processus de développement et de mise en œuvre des cibles de reformulation des aliments transformés suit une certaine logique. L'OMS a d'ailleurs développé différents guides qui décrivent les composantes clés à mettre en place pour augmenter les chances de succès des initiatives nationales (WHO/PAHO, 2013a; WHO, 2016a). En décortiquant les initiatives étrangères, il est également possible de percevoir de grandes étapes ou une certaine séquence qui se dessinent, bien que le processus soit rarement linéaire. Dans le cadre du présent mandat, nous nous sommes concentrés sur les étapes suivantes : le portrait, la formulation de la stratégie, la mise en œuvre, l'évaluation et le suivi. Les étapes seront présentées ci-dessous avec plusieurs exemples tirés des expériences étrangères. En raison de l'abondante littérature sur les initiatives de réduction du sodium, la réduction du sodium sera plus souvent citée en exemple, mais les grandes étapes du processus peuvent être transférables à d'autres nutriments ou composantes alimentaires. Aussi, au-delà de ces étapes, des auteurs du réseau INFORMAS ont décrit l'infrastructure de soutien requise au sein du gouvernement pour renforcer les systèmes de prévention de l'obésité et des maladies non transmissibles (Swinburn et collab., 2013). Les éléments décrits ci-dessous ont une fonction transversale, c'est-à-dire qu'ils peuvent soutenir l'action gouvernementale à différentes étapes du processus :

- Le **leadership** gouvernemental est vu comme une priorité par les organismes de santé publique reconnus. On fait ici référence à la volonté politique et à la capacité des politiciens d'agir dans l'intérêt public.
- La **gouvernance** est essentielle en raison de l'intrusion croissante des intérêts commerciaux dans les politiques publiques. La gouvernance réfère à la transparence, la responsabilité, la participation citoyenne et la gestion des conflits d'intérêts.
- La **surveillance** est une responsabilité des gouvernements. Que ce soit pour bien comprendre la situation, éclairer les décisions, effectuer le suivi ou évaluer les politiques, c'est une composante essentielle qui est souvent négligée.
- Les **ressources** et le **financement** suffisants sont essentiels.
- Les **mécanismes** de coordination et de collaboration sont requis pour éviter les silos au sein du gouvernement et favoriser les synergies dans un contexte d'action intersectorielle.
- Les gouvernements ont l'**expertise** et les compétences pour le développement, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes de nutrition publique.
- Les questions de **santé** sont prises en compte dans **toutes les politiques** en considérant l'effet possible de celles-ci sur la santé des populations.

Notons que la majorité des éléments énumérés ci-dessus ont été évoqués comme des facteurs clés de succès d'une initiative nationale.

5.1 Étape A : Portrait

La première étape au développement de cibles de reformulation consiste à aller recueillir l'information requise pour documenter la situation actuelle, appuyer la prise de décision et soutenir un dialogue factuel avec les principales parties prenantes. Quels sont les apports alimentaires en sodium, gras trans, gras saturés, sucre au sein de la population? En quoi les habitudes alimentaires, les attitudes, les connaissances des consommateurs influencent-elles ces apports? Quels sont les aliments et boissons qui contribuent de façon plus importante à ces apports? Comment se caractérisent l'offre alimentaire et la composition nutritionnelle des aliments transformés? La collecte de données fiables et valides permettra de dresser un portrait au temps 0, mais aussi de suivre les progrès dans le temps. Pour ce faire, l'utilisation de méthodes comparables d'une année à l'autre est recommandée (WHO/PAHO, 2013a). Un portrait parcellaire de la situation à cause du manque de données ou peu convaincant pour l'industrie alimentaire représente un frein au succès des initiatives visant la reformulation des aliments transformés (European Commission, 2012c; WHO, 2014b; National Heart Foundation of Australia, 2012).

5.1.1 DONNÉES DE CONSOMMATION

Différents moyens sont utilisés pour estimer les apports quotidiens chez la population, notamment les enquêtes nutritionnelles populationnelles et dans le cas du sodium, les analyses d'urine de 24 heures ou le spot urinaire. L'analyse des urines de 24 heures est considérée comme la méthode la plus valide, le « *gold standard* » en anglais, mais elle est aussi plus invasive et coûteuse (Institute of Circulatory and Respiratory Health (Canada) et collab., 2011). Notons qu'en 2014, 32 pays sur les 75 ayant une stratégie de réduction de sodium réalisaient des analyses d'urine de 24 heures (Trieu et collab., 2015). Les enquêtes, quant à elles, sont susceptibles de sous-estimer les apports alimentaires, mais elles demeurent une mesure utile du changement dans le temps et ont l'avantage de fournir de l'information sur les sources de nutriments dans l'alimentation (Trieu et collab., 2015; Thow et Hawkes, 2014). En guise d'exemple, le tableau qui suit présente les apports en sel pour sept pays ciblés ainsi que les modes de collecte de données. Les initiatives dans ces 7 pays ont été étudiées de façon plus approfondie et sont présentées dans des tableaux sommaires dans les annexes 4 à 9.

Tableau 2 Apports en sel chez la population de 7 pays et modes de collecte de données

| Pays | Enquête | Urine 24h | Apport quotidien de sel en grammes (année) |
|----------------|---------|----------------|--|
| Pays-Bas | | √ | 10,7 (h), 7,8 (f) (2010) |
| Australie | | √ | 8,9 (2011) ⁴ |
| États-Unis | √ | √ ⁵ | 8,8 (2009-10) |
| Canada | √ | | 8,5 (2004) |
| France | √ | | 8,4 (2006-07) |
| Afrique du Sud | √ | √ | 8,1 (2005) |
| Royaume-Uni | | √ | 8,1 (2011) |

⁴ Échantillon non représentatif de la population.

⁵ Étude réalisée par le CDC et prévision de réaliser des analyses d'urine 24h dans le cadre de NHANES à partir de 2013-14 (43).

5.1.2 CONNAISSANCES, ATTITUDES ET COMPORTEMENTS

Documenter les attitudes, connaissances et comportements des consommateurs permet de mieux les comprendre et d'adapter la stratégie en conséquence. Est-ce que les consommateurs perçoivent leur consommation de sel, de sucre ou de gras comme problématique? Comment s'effectuent les décisions d'achats alimentaires? Quels sont l'usage et le contexte de consommation des différents aliments? Différents outils, notamment les questionnaires ou les groupes de discussion (*focus groups*) peuvent permettre d'aller chercher différentes informations utiles. Au préalable, il aura été essentiel de préciser les besoins en information, les questions auxquelles on cherche des réponses et les lacunes dans les informations détenues à ce jour.

En 2014, 45 pays sur 75 sondaient les connaissances, attitudes et comportements en lien avec la consommation de sel allant chercher de l'information sur la connaissance des effets néfastes sur la santé de l'apport excessif en sel, les attitudes à l'égard de l'importance de la réduction du sel et les comportements (la recherche de produits faibles en sodium, l'ajout de sel durant la cuisson ou à la table, etc.) (Webster et collab., 2014).

5.1.3 PRINCIPAUX CONTRIBUTEURS DANS L'ALIMENTATION

L'identification des aliments et boissons qui contribuent de façon plus importante aux apports en sel, gras et sucre, en raison de leur fréquence de consommation et de leur teneur en nutriments, est une étape clé. En effet, cette information permettra de mieux cibler les efforts et les acteurs de l'industrie à mobiliser de façon prioritaire.

Dans les pays industrialisés, de 75 % à 80 % du sodium provient des aliments transformés. Les principaux contributeurs sont le pain et les autres produits de boulangerie, les céréales à déjeuner, les viandes transformées et charcuteries, les fromages et produits laitiers, les plats composés et mets surgelés (Van de Velde, Van Gunst et Roodenburg, 2016; WHO/PAHO, 2013a).

En ce qui a trait aux aliments et boissons contribuant à l'apport en sucre, une distinction peut être faite quant aux types de sucre (catégories non mutuellement exclusives), soit les sucres totaux, les sucres ajoutés et les sucres naturellement présents. Les cibles visent la réduction de sucres ajoutés dans les aliments transformés. Notons que les boissons gazeuses régulières, les sucres et les confiseries faisaient partie des principales sources de sucres ajoutés au Canada selon les données de l'ESCC (Statistique Canada, 2004).

5.1.4 SURVEILLANCE DE L'OFFRE ALIMENTAIRE

Les cibles de reformulation ont comme but d'améliorer la composition nutritionnelle des aliments transformés. Il est donc essentiel d'obtenir de l'information sur l'offre d'aliments transformés, tout en étant conscient que cette offre est en perpétuel changement. Comprendre la nature des changements dans l'offre alimentaire ainsi que les effets sur les comportements alimentaires et la santé comportent son lot de défis (Ng et Dunford, 2013). Des auteurs ont identifié un ensemble de caractéristiques recherchées en ce qui a trait aux données de surveillance de l'offre alimentaire qui permettrait une évaluation plus complète et globale; elles sont énumérées ci-dessous (Ng et Dunford, 2013).

Tableau 3 Caractéristiques souhaitées des données de surveillance de l'offre alimentaire

| | |
|----------------------------------|--|
| Standardisées et durables | Des approches standardisées pour permettre une comparaison dans le temps et, idéalement, entre les pays. |
| Pondérées en fonction des ventes | Des données qui tiennent compte des parts de marché de différentes marques ou produits, et permettent donc une pondération en fonction des ventes. |
| Précises | Des données précises comprenant des dates de collecte et une géolocalisation si possible. |
| Représentatives | Des données représentatives, c'est-à-dire que si un échantillonnage est effectué, il devrait représenter ce qui est réellement acheté ou consommé. |
| À jour | Des données mises à jour régulièrement. |
| Spécifiques à la marque | Des données spécifiques à la marque et au fournisseur associé. |
| Objectives et ouvertes | Des données objectives et ouvertes, qui permettraient à différents groupes et individus de contribuer et d'avoir accès aux données. |
| À faible coût | Des données collectées à faible coût via une base de données centrale qui permet à plusieurs personnes d'y déposer des données (ex. : externalisation ouverte ou crowdsourcing). |
| Dynamiques | Des approches dynamiques qui donnent une certaine flexibilité pour s'adapter en fonction des améliorations technologiques ou des preuves scientifiques. |

Par ailleurs, on constate des variations considérables de composition nutritionnelle d'une marque commerciale à l'autre, d'où l'intérêt d'avoir des bases de données qui tiennent compte des marques et des fabricants. Au-delà des aliments et boissons, ceci permettrait d'identifier les entreprises qui réussissent à améliorer la composition nutritionnelle et celles qui n'y arrivent pas ou ne le font pas (The Food Monitoring Group, 2013). Cette information habiliterait les gouvernements à mieux cibler les efforts, tirer des leçons et identifier les « champions » de la reformulation (WHO et UK Food Standards Agency, 2010). Les bases de données avec marques sont complémentaires aux fichiers nationaux de composition nutritionnelle (ex. : Fichier canadien sur les éléments nutritifs, *USDA Food Composition Database*, *Dutch Food Composition Database (NEVO)*).

En 2010, un projet collaboratif international visant à comparer et surveiller la composition nutritionnelle des aliments transformés a été mis sur pied (Dunford et collab., 2012; The Food Monitoring Group, 2013). Le George Institute for Global Health est l'instigateur du projet, le « *Global Food Monitoring Initiative* ». Vingt-quatre pays ont adhéré au protocole de projet en 2011, dont dix pays de la région des Amériques (Argentine, Barbade, Brésil, Canada, Costa Rica, Équateur, Guatemala, Mexique, Panama, Pérou). Le *Food Monitoring Group* a défini différents protocoles pour recueillir les données sur la composition nutritionnelle des aliments transformés qui donnent des précisions sur la catégorisation des aliments, les variables à documenter par produits et les modes de collecte de données. La raison d'être du protocole est de standardiser la méthodologie pour assurer la validité et comparabilité des données d'un pays à l'autre. Des visées futures sont envisagées avec ce projet collaboratif, notamment la disponibilité d'une application pour les consommateurs, *FoodSwitch*, et la possibilité de développer un modèle d'affaires qui permet un autofinancement, par la vente de données à l'industrie alimentaire et le maintien de la gratuité des données pour des fonctions de recherche et de plaidoyer (WHO, 2016b). *FoodSwitch* tire également parti du « *crowdsourcing* », car les utilisateurs peuvent contribuer à alimenter la base de données (Dunford et collab., 2014).

Voici quelques exemples de bases de données relatives à la composition nutritionnelle des aliments transformés comprenant de l'information sur les marques.

Tableau 4 Exemples de bases de données sur la composition nutritionnelle comprenant la marque commerciale

| Pays | Base de données |
|------------------|---|
| Australie | FoodTrack™ est une base de données, une application et un portail Web conçus pour collecter des données sur environ 13 000 produits frais et emballés dans les grands supermarchés australiens, lancé en 2014 par la National Heart Foundation et le Commonwealth Scientific and Industrial Research Organisation (CSIRO). |
| États-Unis | La USDA Branded Food Products Database, lancée en 2016, est une base de données qui est le fruit d'un partenariat public-privé dont l'objectif est d'améliorer la santé publique et le partage de données ouvertes. Celle-ci est complémentaire à la USDA Food Composition Database et comprend la valeur nutritive de 80 000 produits avec la marque. La soumission de données par les compagnies est faite sur une base volontaire. Des principes ont été définis pour encadrer le partenariat public-privé (Kretser et collab., 2015). |
| Nouvelle-Zélande | Nutritrack est une base de données comprenant des informations sur la composition nutritionnelle de la majorité des aliments transformés en vente dans les supermarchés néo-zélandais et les grandes chaînes de restauration rapide, développée en 2011 par le Dr Helen Eyles de The University of Auckland. La collecte de données se fait en supermarché par le biais d'une application mobile développée sur mesure. |

5.2 Étape B : Formulation de la stratégie

À la lumière du portrait de la situation et de l'analyse du contexte, il sera possible de formuler une stratégie appropriée. La stratégie devrait être pérenne, soutenue financièrement et fondée sur les données probantes (WHO/PAHO, 2013a). Elle devrait également être inclusive avec un souci particulier pour les populations vulnérables, dont les enfants. Enfin, elle devrait prévoir la consultation et l'engagement des multiples parties prenantes (différents ministères, ONG, groupes de protection des consommateurs, société civile, secteur privé, recherche, médias) pouvant contribuer à son développement et à sa mise en œuvre (WHO et UK Food Standards Agency, 2010; McLaren, 2012).

5.2.1 STRATÉGIE ET CIBLES NATIONALES DE CONSOMMATION

La majorité des initiatives en matière de cibles de composition nutritionnelle s'inscrivent dans une stratégie ou un programme plus large, ce qui est recommandé pour favoriser une approche plus globale et intégrée tout en évitant la duplication des efforts (WHO et UK Food Standards Agency, 2010). À titre d'exemple, dans le cadre d'un sondage mené par la Commission européenne en 2008, 22 pays sur 27 rapportaient que leur initiative de réduction du sodium faisait partie d'un programme global (European Commission, 2009). Le programme pouvait prendre différentes formes, notamment :

- une politique, une stratégie et/ou un plan d'action spécifique à l'alimentation ou la nutrition (ex. : Plan National Nutrition Santé en Belgique, Programme national Nutrition Santé en France);
- une politique, une stratégie et/ou un plan d'action en prévention des maladies chroniques et/ou obésité (ex. : *National Programme for the Prevention of Overweight, Obesity and Non-Communicable Diseases through Diet and Physical Activity* en Pologne) ou
- des lignes directrices nutritionnelles (ex. : *National Nutritional Guidelines* en Finlande).

L'établissement de repères en matière d'apports nutritionnels au sein de la population est également recommandé (Swinburn et collab., 2013; WHO//PAHO Regional Expert Group, 2013). Ceci permet aux parties prenantes d'avoir un repère d'objectif ultime à atteindre à plus long terme en ce qui concerne la consommation alimentaire. Des cibles nationales de consommation ne sont pas établies dans tous les pays, mais lorsqu'elles le sont, elles diffèrent. En effet, les pays reprennent parfois l'apport nutritionnel de référence (ANREF) ou l'apport maximal tolérable (AMT) établis par les organismes de santé publique reconnus ou établissent parfois une valeur qui se situe entre les ANREF/AMT et la consommation actuelle. Les repères en matière d'apports nutritionnels peuvent être utilisés dans le cadre d'exercices de modélisation visant à établir des cibles de reformulation pour différentes catégories d'aliments transformés qui permettront d'atteindre les objectifs en termes d'apports en nutriments au sein de la population (Dötsch-Klerk et collab., 2015).

5.2.2 RATIONNEL POUR LE CHOIX DE CATÉGORIES VISÉES ET DES CIBLES DE REFORMULATION

En ce qui a trait au choix des catégories d'aliments et de boissons pour lesquelles des cibles de reformulation seront établies, deux options s'offrent aux gouvernements (Downs et collab., 2015), soit :

1. Établir des cibles pour toutes les catégories d'aliments transformés (peut inclure les aliments servis dans le secteur hôtels, restaurants, institutions) qui contribuent aux apports en sel, gras et sucre ou
2. Prioriser certains aliments spécifiques ou catégories d'aliments qui sont de grands contributeurs.

En plus des catégories visées, il faut établir les cibles de reformulation des aliments transformés. De façon générale, pour réduire l'apport en sodium dans la population de 30 %, la teneur en sodium dans les aliments devra être réduite d'au moins 30 %, et davantage si possible (Downs et collab., 2015). Toutefois, établir une cible générique de la sorte n'est pas approprié, car les catégories de produits ont leurs spécificités et caractéristiques propres, le potentiel de réduction n'est donc pas uniforme.

Les principaux facteurs à considérer lors de l'établissement des cibles sont :

- les teneurs actuelles en nutriments dans les aliments transformés et la variation des teneurs au sein d'une catégorie de produits et
- les considérations techniques et relatives à l'innocuité alimentaire et l'acceptabilité par les consommateurs.

Il s'agit donc de tenir compte du grand objectif (repères en matière d'apports nutritionnels), de la situation actuelle (composition nutritionnelle des aliments), des cibles de reformulation existantes (au Canada et dans d'autres pays ou régions) et de ce qu'il est possible de faire en fonction de diverses contraintes. Il est utile de recenser les cibles de reformulation existantes dans différents pays, car celles-ci ont déjà fait l'objet de processus consultatifs approfondis auprès des parties prenantes, et on peut donc poser l'hypothèse qu'elles sont réalistes sur le plan technique.

Des scénarios de modélisation peuvent également être réalisés pour évaluer l'impact potentiel de changements dans la composition nutritionnelle des aliments transformés sur les apports alimentaires.

5.2.3 TYPES DE CIBLES DE REFORMULATION DES ALIMENTS TRANSFORMÉS

Les pays développent différents types de cibles de reformulation, qui représentent toujours un objectif à atteindre en termes de composition nutritionnelle. Le tableau qui suit présente les types de cibles recensés avec un exemple à l'appui.

Tableau 5 Types de cibles de reformulation des aliments et exemples

| Types de cibles | Exemples |
|---|---|
| Moyenne pondérée en fonction des ventes | Canada : Cibles volontaires de réduction du sodium avec moyenne pondérée en fonction des ventes en mg de sodium par 100 g, qui s'appliquent à la teneur en sodium de tous les produits de l'entreprise dans la catégorie (Santé Canada, 2012a). |
| Teneur maximale - Limite supérieure | Afrique du Sud : Limites supérieures de teneur en sodium établies pour 13 catégories d'aliments en mg de sodium par 100 g, avec cibles pour juin 2016 et juin 2019 (South African Department of Health, 2013). |
| Teneur maximale - pourcentage de composition | Danemark : Démarche réglementaire imposant un seuil maximum de 2 % de la teneur en gras trans dans les produits vendus aux consommateurs ou dans les ingrédients des produits préparés (Combris et collab., 2014). |
| Pourcentage de réduction | Royaume-Uni : Réduction de 20 % du sucre dans les produits fréquemment consommés d'ici 2020 (5 % de réduction lors de l'an 1) par rapport à la valeur de référence de 2015 (Public Health England, 2017). |
| Pourcentage de réduction au-delà d'un certain seuil | Australie : Réduction de 10 % des gras saturés dans les produits (viandes émulsionnées, saucisses cuites et fumées) dont le taux de gras saturés est supérieur à 6,5 g/100g (National Heart Foundation of Australia, 2016). |

Le groupe d'experts de l'OPS a présenté les pour et les contre de différents types de cibles, notamment les moyennes ou moyennes pondérées en fonction des ventes, les seuils maximaux, les pourcentages de réduction et les seuils relatifs aux allégations sur le dessus de l'emballage (WHO//PAHO Regional Expert Group, 2013). Bien que les moyennes pondérées en fonction des ventes (MPV) soient vues comme un idéal, elles présentent des limites. En effet, les MPV peuvent révéler des données commerciales sensibles pour l'industrie. De plus, l'achat de données commerciales entraîne des coûts importants et récurrents. Enfin, il est plus difficile d'effectuer un monitoring indépendant et transparent, car les MPV sont plus difficiles à comprendre et à communiquer. En contrepartie, les MPV offrent une plus grande latitude à l'industrie et peuvent amener des résultats avec moins d'efforts. Quant à eux, les seuils maximums sont plus faciles à comprendre et à mesurer, mais ils ne sont pas liés aux volumes de ventes. Des réductions de sodium dans des produits peu consommés pourraient avoir des effets marginaux sur la consommation de sodium de la population. Le groupe d'experts propose donc que l'idéal soit d'établir à la fois une MPV et un seuil maximal par catégorie de produits (WHO//PAHO Regional Expert Group, 2013).

5.2.4 DES CIBLES DE REFORMULATION SMART

Plusieurs auteurs ont présenté différentes caractéristiques que devraient avoir les cibles de reformulation pour favoriser le succès de la mesure. En résumé, il s'agirait de développer des cibles de reformulation SMART (Spécifiques, Mesurables, Acceptables/Ambitieuses, Réalistes, Temporellement définies). Selon les auteurs, les cibles devraient être (Hashem, He et MacGregor, 2016; Webster, 2009; WHO, 2014b; Downs et collab., 2015; Swinburn et collab., 2013; Magnusson et Reeve, 2015; Bryden et collab., 2013) :

- **Spécifiques** : Des valeurs spécifiques pour chaque catégorie d'aliments formulées de façon standardisée pour faciliter la comparaison entre produits (ex. : mg de sodium par 100 g de produit);
- **Mesurables** : Une valeur au temps 0 est disponible et les progrès sont mesurables;
- **Acceptables/Ambitieuses** : Un équilibre entre une cible qui permet l'atteinte des objectifs de santé publique et qui est acceptable pour l'industrie et les consommateurs;
- **Réalistes** : Le seuil du réalisme technique a été défini et la cible permet l'adhésion d'un nombre suffisant d'acteurs et
- **Temporellement définies** : Une ou des horizons de temps ont été définis pour une réduction graduelle.

En lien avec l'acceptabilité et le réalisme des cibles dans le contexte d'une approche volontaire, une étude se penchant sur la faible adhésion aux chartes d'engagements volontaires en France posait cette question : Dans le développement des objectifs et des cibles, doit-on opter pour des cibles ambitieuses avec un niveau d'adhésion faible de l'industrie alimentaire ou des cibles moins ambitieuses avec une adhésion plus large (Sebillotte, 2016)? À cet effet, l'auteure émet l'hypothèse qu'il pourrait être opportun que les exigences initiales soient moins sévères pour permettre une adhésion plus large de l'industrie, tout en prévoyant une approche graduelle et évolutive vers un objectif plus ambitieux en cours de route.

5.3 Étape C : Mise en œuvre

Différents éléments avaient été présentés d'entrée de jeu pour soutenir l'action gouvernementale par exemple, le leadership, la gouvernance, l'expertise interne, les ressources et le financement (Swinburn et collab., 2013). La mise en œuvre des cibles de reformulation des aliments transformés passe également par la communication optimale de la stratégie et par des mécanismes pour faciliter l'engagement de l'industrie alimentaire.

5.3.1 DIFFUSER ET COMMUNIQUER LA STRATÉGIE

Tel que mentionné, l'étape de mise à l'agenda n'a pas été explorée dans le cadre du présent mandat, mais demeure importante. Une fois que la stratégie aura été bien définie et aura fait l'objet d'une consultation visant à susciter l'adhésion des parties prenantes, il sera pertinent de prévoir différentes actions de promotion et de diffusion, qui pourraient faire partie d'un plan intégré de communication.

5.3.2 CONSULTER ET ENGAGER L'INDUSTRIE ALIMENTAIRE

La consultation des parties prenantes, dont l'industrie alimentaire, est essentielle pour obtenir de la rétroaction et une adhésion à la stratégie dans son ensemble et éventuellement, aux cibles de reformulation des aliments transformés (Downs et collab., 2015). La grande majorité (81 %) des pays dotés d'une stratégie de réduction du sodium sollicitent l'engagement de l'industrie (Trieu et collab., 2015). De façon générale, une approche ouverte et une communication claire des avantages d'adhérer à l'initiative peuvent faciliter le développement d'une relation de confiance avec l'industrie (WHO et UK Food Standards Agency, 2010). Dans certains contextes, il est souhaitable qu'un secteur entier s'engage pour diminuer le risque d'affaires, ce qui justifierait une approche ou des rencontres sectorielles (Conference Board of Canada, 2014). Aussi, en fonction de la dynamique concurrentielle au sein d'un secteur, il est légitime de se questionner sur la meilleure approche entre inciter les industriels à collaborer ou les mettre en compétition les uns avec les autres (Webster, 2009). Le tableau qui suit présente différents types d'interactions, soit des rencontres avec les

industriels ou des compagnies en particulier, des mécanismes de consultation ou des mécanismes d'engagement plus formels :

Tableau 6 Types d'interactions avec l'industrie alimentaire et exemples

| Types d'interactions | Exemples dans divers pays |
|--|--|
| Rencontre avec les acteurs de l'industrie alimentaire, des secteurs ou des compagnies individuelles. | <p>Monde : Selon une revue des initiatives de réduction du sodium, 23 pays sur 59 ont rapporté avoir tenu des rencontres avec l'industrie alimentaire (industry meetings) (Webster et collab., 2014).</p> <p>Royaume-Uni : Rencontre par secteurs pour discuter d'éléments spécifiques à certaines catégories et sous-catégories de produits (ex. : réduction de sodium actuelle, réalisme de réductions additionnelles, spécificités selon les produits, défis technologiques, etc.) (Food Network of the Public Health Responsibility Deal, 2012).</p> |
| Consultation réalisée auprès d'industriels et autres parties prenantes par le gouvernement. | <p>États-Unis : En 2014, dans le cadre des consultations du Dietary Guidelines Advisory Committee, un appel de commentaires a été fait par le sous-comité 2, soit le Request 2.1 : Food and beverage industry approaches to reducing sodium, added sugars and fats. L'objectif tel que décrit par le président du sous-comité 2 était de comprendre, au-delà de ce qui est public, ce que l'industrie fait en termes de reformulation et les résultats de ces programmes (Scott, Hawkins et Knai, 2017).</p> <p>Royaume-Uni : En 2009, la Food Standard Agency a fait une consultation intitulée Draft recommendations on saturated fat and added sugar reductions, and on portion size availability, for biscuits, cakes, pastries, buns, chocolate confectionery and soft drinks (UK Food Standards Agency, 2009).</p> |
| Charte d'engagement volontaire. | <p>France : En 2008, le ministère de la Santé, à travers le Programme national nutrition santé, encourage les entreprises du secteur alimentaire à signer des chartes d'engagements volontaires de progrès nutritionnel. La charte peut toucher la composition nutritionnelle, notamment le sel, les gras saturés et gras totaux, le sucre et les fibres.</p> |
| Entente conclue entre le gouvernement et le secteur de la boulangerie. | <p>Autriche : En 2010, une entente a été conclue entre les boulangeries, l'Austrian Economic Chambers et le Ministère de la Santé. Plus de 200 entreprises (environ 30 % du marché) ont adhéré à cette initiative volontaire « Less salt is healthier » et se sont engagées à réduire la teneur en sel de certains produits de boulangerie de 15 % sur 4 ans.</p> <p>Espagne : En 2005, l'Agency for Food and Nutrition Safety a signé une entente de collaboration avec la Spanish Confederation of Bakery Organizations de façon à réduire la teneur en sel du pain.</p> |
| Entente conclue entre le gouvernement et le secteur de la transformation et/ou distribution. | <p>Belgique : En 2009, le ministère de la santé publique belge a conclu une entente avec le secteur de la transformation alimentaire et de la distribution dans le but de réduire la teneur en sel dans les aliments de 10 % d'ici 2012.</p> <p>Brésil : Un accord de coopération technique a été conclu entre le ministère de la Santé et l'Association brésilienne des industries alimentaires, dans une perspective de mise en œuvre du Plan national pour une vie saine, qui inclut une stratégie par étapes pour améliorer la composition nutritionnelle (sel, sucre, graisses) des aliments transformés.</p> |

5.3.3 MOBILISER ET ENGAGER LES AUTRES PARTIES PRENANTES

Plusieurs autres parties prenantes peuvent jouer un rôle actif ou de soutien dans le cadre d'initiatives visant la reformulation de produits, notamment les ONG, les associations professionnelles du milieu de la santé, le secteur de la recherche, les médias, etc. (European Commission, 2012 c). Les ONG peuvent jouer un rôle de plaidoyer, mais dans certains pays, elles peuvent jouer un rôle central de coordination. Par exemple, depuis 2007, la Fondation des maladies du cœur de Nouvelle-Zélande reçoit un financement gouvernemental pour mettre en œuvre le programme national de reformulation des aliments (World Cancer Research Fund International, 2016).

5.3.4 INCITATIFS OU SANCTIONS POUR ENCOURAGER LES EFFORTS DE L'INDUSTRIE ALIMENTAIRE

Lorsqu'on parle d'incitatif, on fait référence à un moyen utilisé pour encourager l'industrie alimentaire à passer à l'action et à adhérer aux cibles de reformulation des produits transformés. Les incitatifs peuvent être très utiles en l'absence de réglementation et pourraient être de différents ordres :

- Surveiller rigoureusement les progrès de l'industrie et demander à l'industrie de rendre des comptes. Lors du Symposium sur la réduction du sodium dans les aliments, tenu en octobre 2016 par Santé Canada, certaines entreprises ont mentionné que si elles savaient qu'une surveillance active était exercée, elles seraient plus enclines à réduire la teneur en sodium de leurs produits;
- Communiquer publiquement pour favoriser la compréhension de l'initiative (raison d'être, fonctionnement, reddition de comptes) par les consommateurs et les différentes parties prenantes (Charlton, Webster et Kowal, 2014);
- Nommer et féliciter publiquement les entreprises qui s'engagent et atteignent les cibles peut présenter un certain attrait pour l'industrie qui verrait des retombées sur le plan de la réputation de l'entreprise (Webster, 2009; WHO et UK Food Standards Agency, 2010; Swinburn et collab., 2013; Magnusson et Reeve, 2015; Bryden et collab., 2013). Notons toutefois que certaines entreprises préfèrent ne pas communiquer publiquement leurs efforts pour des raisons stratégiques et par crainte des réactions négatives des consommateurs;
- Permettre l'apposition d'un label. En Autriche, les boulangeries participantes peuvent afficher le label « *Less salt is healthier* »;
- Offrir des incitatifs financiers ou fiscaux (subventions, crédits R&D, intégration de critères relatifs à l'amélioration des produits alimentaires aux fonds structurels existants) (WHO et UK Food Standards Agency, 2010; Conseil de l'UE, 2016);
- Développer les compétences et la capacité d'agir de l'industrie, et plus spécifiquement, les PME, en fonction des besoins énoncés (ex. : outils de transfert de connaissances pour comprendre et surmonter les défis technologiques de la mise au point de produits reformulés, investissements en recherche). Par exemple, la *Food Standards Agency* a financé, conjointement avec le privé, de la recherche visant à identifier les meilleurs moyens de réduire le contenu en sodium de certaines catégories de produits, le pain et les viandes notamment (Griffith, O'Connell et Smith, 2017).

Il existe de plus en plus de recherches et de conseils techniques qui peuvent faciliter les efforts de reformulation de produits, provenant de l'industrie alimentaire elle-même, d'associations de commerce, d'instituts de technologie alimentaire, d'organismes de santé publique et d'autres milieux de recherche. Différents organismes ont un rôle actif en matière de transfert de connaissances, notamment le *Letterhead Food Research* au Royaume-Uni, le *Commonwealth Scientific and Industrial Research Organisation (CSIRO)* en Australie et *Netherlands Organisation for Applied Scientific Research (TNO)* aux Pays-Bas.

Quant aux sanctions, elles sont plutôt des conséquences négatives en cas de non-participation ou non-performance des entreprises. En voici quelques exemples :

- Montrer du doigt les entreprises qui n'atteignent pas les cibles (Le Royaume-Uni avait adopté cette approche de « *naming and shaming* », mais a par la suite opté pour une approche plus positive qui consiste à reconnaître les entreprises qui ont atteint les cibles) ;
- Appliquer des pénalités financières (ex. : amendes) - En Argentine, les transformateurs et importateurs qui ne se conforment pas à la loi peuvent écoper d'amendes pouvant aller jusqu'à un million de pesos (environ 88 000 CAD) et en cas d'infractions répétées jusqu'à dix millions de pesos et la fermeture de l'entreprise pour un maximum de cinq ans;
- Retirer de l'entente les entreprises non performantes qui ne se conforment pas malgré des avertissements (Charlton, Webster et Kowal, 2014);
- Établir clairement que si les progrès sont insuffisants, des mesures plus coercitives telles que la réglementation ou la taxation sont envisagées. Cette menace de législation doit être explicite et crédible (Charlton, Webster et Kowal, 2014; Bryden et collab., 2013).

Des auteurs ont évoqué le fait qu'en l'absence de sanctions, les entreprises peuvent bénéficier des avantages liés à la participation sans obligations ou conséquences négatives en cas de non-performance (Reeve et Magnusson, 2015). Lorsque la performance des entreprises n'est pas au rendez-vous, les gouvernements peuvent décider d'appliquer certaines pénalités ou elles peuvent renforcer l'approche en optant pour une réglementation.

Évidemment, les incitatifs et sanctions présentés ci-haut sont des exemples, mais dans le contexte d'une initiative nationale, ceux-ci devraient être établis en fonction des besoins constatés et énoncés par l'industrie alimentaire, qui pourront varier selon le secteur.

5.4 Étape D : Évaluation et suivi

En ce qui a trait à l'évaluation, il est possible de distinguer les différents types d'évaluation :

- l'évaluation du processus;
- l'évaluation de l'implantation ou du suivi;
- l'évaluation des effets proximaux et distaux de la politique publique.

Un plan complet d'évaluation des processus et des résultats devrait être élaboré de concert avec le développement de la stratégie (WHO, 2016a; National Heart Foundation of Australia, 2012). Le gouvernement devrait également allouer des ressources suffisantes pour faciliter les activités d'évaluation (WHO et Government of Canada, 2010). Dans un rapport de réunion technique conjointe (WHO et UK Food Standards Agency, 2010), on présentait des exemples d'indicateurs d'un programme de réduction du sodium, dont certains sont présentés dans le tableau qui suit :

Tableau 7 Activités du programme de réduction du sodium

| Éducation et communication | Reformulation des aliments | Recherche |
|--|--|---|
| Composantes | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ■ Consommateurs ■ Industrie alimentaire ■ Décideurs ■ Médias ■ Professionnels de la santé | <ul style="list-style-type: none"> ■ Reformulation ■ Surveillance de l'offre alimentaire ■ Étiquetage nutritionnel | <ul style="list-style-type: none"> ■ Épidémiologie ■ Nutrition ■ Santé publique ■ Technologie des aliments ■ Comportements |
| Indicateurs de suivi | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ■ Pourcentage de la population rejoint par la campagne. ■ Communication transparente des engagements et progrès de l'industrie alimentaire pour l'atteinte des cibles de réduction de la teneur en sodium des aliments. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Nombre d'ententes conclues avec l'industrie alimentaire. ■ Base de données contenant les teneurs en sodium des aliments. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Nombre d'études planifiées. ■ Financement accessible pour la recherche. |
| Indicateurs de résultats à court et moyen terme | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ■ Pourcentage d'adultes sondés qui ont entendu parler de la campagne (notoriété). ■ Nombre d'entreprises respectant leurs engagements ou non. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Pourcentage de réduction des teneurs en sodium dans les aliments. ■ Demande pour des aliments à forte et faible teneur en sodium (données de ventes). | <ul style="list-style-type: none"> ■ Nombre d'études complétées. |
| Indicateurs de résultats à long terme | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ■ Teneurs en sodium dans l'offre alimentaire. ■ Apports alimentaires moyens en sodium dans la population. ■ Prévalence d'hypertension, d'accidents cérébraux vasculaires et de maladies cardio-vasculaires. | | |

5.4.1 MONITORAGE ET ÉVALUATION DES EFFETS SUR L'OFFRE ALIMENTAIRE

Tel que mentionné précédemment, un système de monitoring robuste est un facteur clé de succès pour les initiatives visant la reformulation des produits transformés (WHO, 2014b; National Heart Foundation of Australia, 2012; Charlton, Webster et Kowal, 2014; Bryden et collab., 2013). Le monitoring de l'offre alimentaire peut se faire de différentes façons en fonction d'indicateurs préétablis. Cette question a été abordée partiellement dans la section précédente traitant de la surveillance de l'offre alimentaire.

Différents mécanismes de suivi ont été utilisés pour suivre les progrès de l'industrie en matière de reformulation qui varient en termes d'objectivité, de validité et de coûts, notamment :

- les données autorapportées par l'industrie;
- les sondages réalisés auprès des entreprises;
- la collecte de données par les étiquettes alimentaires;
- les bases de données avec marques commerciales;
- les analyses de composition chimique réalisées en laboratoire.

Une combinaison de méthodes est parfois utilisée. Le responsable de la collecte des données varie également. Il peut s'agir de l'industrie elle-même dans le cas des données autorapportées, d'un monitoring effectué par le gouvernement ou par une tierce partie indépendante. Plusieurs auteurs recommandent que le monitoring et l'évaluation de la performance soit réalisés par une entité indépendante (Campbell et PAHO, 2015; Combris et collab., 2011; Magnusson et Reeve, 2015; Bryden et collab., 2013). Rappelons aussi que le monitoring est important pour motiver l'industrie alimentaire et assurer des progrès soutenus (Downs, Thow et Leeder, 2013).

En matière de réduction du sodium, une majorité de pays effectue un monitoring, soit environ 3 pays sur 4 (Trieu et collab., 2015). La méthode de collecte la plus répandue est l'analyse de composition chimique des aliments et un peu plus du tiers des pays rapportaient utiliser deux ou trois mécanismes de monitoring (Webster et collab., 2014).

Après l'adoption de cibles de reformulation des aliments transformés, plusieurs pays ont rapporté des effets sur l'offre alimentaire. Le tableau qui suit présente quelques résultats en termes de réductions des teneurs en sel, de même que la méthode de collecte de données.

Tableau 8 Évaluation des effets sur l'offre alimentaire et modes de collecte de données

| Pays | Réductions teneurs en sel - quelques exemples | Modes de collecte de données |
|--|---|--|
| Argentine (Webster et collab., 2014) | Pain : 18 % de 2009 à 2010 | Analyse en laboratoire |
| Australie (National Heart Foundation of Australia, 2016b) | Pain : 10 % de 2009 à 2015 Céréales à déjeuner : 32 % de 2010 à 2015 | Via la base de données FoodTrack™, développée par la Heart Foundation, en partenariat avec CSIRO |
| France (Trieu et collab., 2015; Soler, 2016) | Pain : 12 % de 2008 à 2011 Pizzas et quiches : 23 % de 2003 à 2011 Soupes : 32 % de 2003 à 2011 | Étiquettes alimentaires Données autorapportées Analyse en laboratoire |

5.4.2 ÉVALUATION DES EFFETS SUR LES ACHATS ALIMENTAIRES DES CONSOMMATEURS

Pour apprécier les effets de la mesure des cibles de reformulation des aliments transformés, il ne suffit pas de s'intéresser aux changements dans l'offre alimentaire, il est nécessaire de documenter les changements qui s'opèrent en matière de comportements d'achats des consommateurs. Ont-ils choisi les produits reformulés et si oui, dans quelle mesure? Ont-ils plutôt opté pour des produits de moindre qualité nutritionnelle dans la même catégorie? L'Observatoire de la qualité de l'alimentation (Oqali) en France s'est intéressé à l'évolution de la composition nutritionnelle des produits transformés pondérée par leur part de marché en volumes. Les comportements des consommateurs sont variables selon les secteurs alimentaires, mais les substitutions (opter pour un autre produit de la même catégorie) ne vont pas toujours dans le sens d'une amélioration de la qualité nutritionnelle des consommations (Institut national de la recherche agronomique et Anses, 2016). Pour cette raison, il est également utile de tenir compte de l'évolution des comportements d'achats des consommateurs.

5.4.3 ÉVALUATION DES EFFETS SUR LES APPORTS NUTRITIONNELS

Il est difficile d'évaluer et surtout, d'isoler les effets des politiques nutritionnelles, comme c'est le cas dans la majorité des interventions de type populationnel (Downs, Thow et Leeder, 2013; Conference Board of Canada, 2012; National Heart Foundation of Australia, 2012; Requillart et Soler, 2014). Par ailleurs, l'évaluation demeure incontournable pour documenter l'effet des politiques publiques. Une récente revue systématique avait comme objectif d'évaluer l'impact des initiatives nationales de réduction du sodium (McLaren et collab., 2016). L'impact des initiatives sur la consommation de sodium a été évalué en utilisant les données disponibles issues d'enquêtes nutritionnelles populationnelles ou d'analyse d'échantillons d'urine. Bien qu'une revue sœur en 2015 ait dénombré 75 pays ayant une initiative de réduction du sodium, seulement dix pays détenaient suffisamment de données pré et post intervention pour permettre l'analyse par les auteurs. Cinq des dix pays inclus dans l'analyse (Chine, Finlande, France, Irlande, Angleterre) ont montré une diminution de l'apport en sodium après l'initiative nationale. Deux des dix pays (Canada, Suisse) ont montré une augmentation de l'apport en sodium après l'initiative. Notons que pour le Canada, les données provenaient d'enquêtes qui n'ont pas été mises à jour depuis 2004. Le tableau qui suit présente l'ampleur de la réduction de l'apport en sodium de la population pour différents pays pour une période donnée (Trieu et collab., 2015).

Tableau 9 Pays ayant rapporté une réduction de l'apport en sel de la population

| Pays | Outil de mesure | Réduction de l'apport en sodium | Période |
|------------|-------------------------------------|---|-----------|
| Finlande | Enquête alimentaire et urine de 24h | 36 % (13 g (homme), 11 g (femme) à 8,3 g (homme), 7g (femme)) | 1979–2007 |
| Chine | Enquête alimentaire | 28,8 % (16,8 g à 12 g) | 1991–2009 |
| Angleterre | Urine de 24h | 14,7 % (9,5 g à 8,1 g) | 2001–2011 |
| Irlande | Enquête alimentaire | 13,6 % (8,1 g à 7 g) | 2001–2011 |
| France | Enquête alimentaire | 4,9 % (8,1 g à 7,7 g) | 1999–2007 |

6 Autres considérations relatives au développement et à la mise en œuvre des cibles de reformulation des aliments transformés

6.1 L'industrie alimentaire, un acteur incontournable

Dans une perspective d'amélioration de la qualité nutritionnelle des aliments transformés, l'industrie alimentaire est un acteur incontournable. Pour les gouvernements, la question réside plutôt dans la façon d'entrer en relation avec l'industrie alimentaire et les mécanismes pouvant être mis en place pour protéger les intérêts de santé publique. Lorsque l'expression « industrie alimentaire » sera utilisée dans le document, cela réfère à l'industrie bioalimentaire, c'est-à-dire l'« ensemble des activités économiques reliées à la production agricole, aux pêches et à l'aquaculture, à la transformation des aliments et des boissons, au commerce de ces produits ainsi qu'à la restauration » tel que décrit par le Thésaurus de l'activité gouvernementale de Portail Québec. Au Québec, on distingue l'industrie agroalimentaire, qui s'intéresse essentiellement aux produits agricoles, de l'industrie bioalimentaire qui inclut les produits de la mer. Les cibles de reformulation des produits transformés peuvent avoir un impact sur tous les maillons de la chaîne, soit la production, la transformation, la distribution, la consommation et la post-consommation.

6.1.1 UN SECTEUR HÉTÉROGÈNE, DES RÈGLES DU JEU VARIABLES

Malgré le fait que l'expression « industrie alimentaire » est utilisée pour référer à un groupe dans son ensemble, force est de constater que le secteur est loin d'être homogène. En effet, l'industrie alimentaire se caractérise par une variété d'acteurs de différents maillons de la chaîne, œuvrant dans un ou plusieurs secteurs d'activités (ex. : boulangerie, confiserie, boissons, etc.) et d'entreprises de diverses tailles (multinationales, grandes entreprises, PME). Le terme « *Big Food* » réfère aux entreprises de transformation alimentaire qui dominent la production et commercialisation des aliments et boissons hautement transformés, dont les plus importantes sont Associated British Foods (ABF), Coca-Cola, Danone, General Mills, Kellogg, Mars, Mondelez International (précédemment Kraft Foods), Nestlé, Pepsico, et Unilever (Scrinis, 2015). La réponse des acteurs de l'industrie face aux politiques publiques, notamment les cibles de reformulation des produits transformés, peut varier en fonction de la structure industrielle du secteur et de l'intensité de la concurrence qui y prévaut (Combris et collab., 2014).

De façon générale, les PME n'ont pas toujours les ressources ou l'expertise pour améliorer la composition nutritionnelle des aliments (European Commission, 2012c; WHO, 2014a; Traill, Bech-Larsen et Gennaro, 2012). Ceci peut créer une situation d'iniquité en favorisant les multinationales ou grandes entreprises, ce qui sera une préoccupation pour les gouvernements. À titre d'exemple, aucune PME ne fut signataire des chartes de progrès nutritionnels en France (Sebillotte, 2016). C'est pour cette raison que différentes initiatives ont été mises sur pied pour soutenir les efforts des PME. Un exemple est le projet SALUX, initié par la CE, qui vise l'organisation du suivi sur la reformulation des produits alimentaires dans les PME. Dans le cadre de ce projet, 587 entreprises de 12 pays européens ont été sondées. Les PME ont émis le souhait de voir une amélioration du soutien organisationnel et financier pour améliorer le transfert de connaissances du domaine scientifique et clarifier les objectifs de reformulation (Commission européenne, 2014). Pour tenir compte des défis supplémentaires auxquelles font face les PME, les gouvernements accordent généralement un délai supplémentaire à celles-ci pour se conformer aux cibles de reformulation des aliments.

Comme mentionné précédemment, adopter une approche globale qui inclut tous les maillons de la chaîne est un facteur clé de succès. L'implication des détaillants est donc un incontournable. D'une part, parce qu'ils ont généralement des produits de marque maison qui peuvent être reformulés et d'autre part, parce qu'ils peuvent avoir un effet d'entraînement sur les transformateurs (Sebillotte, 2016). Un exemple québécois serait le Forum des fournisseurs organisé par Sobeys qui a réuni 400 fournisseurs le 28 octobre 2014 sous le thème « le plaisir de mieux manger : passons à l'acte » (Conseil de la transformation alimentaire du Québec et Conseil des initiatives pour le progrès en alimentation, 2015). Dans le cadre de cet événement, le détaillant a annoncé sa nouvelle politique de mise en marché en proposant à ses fournisseurs de travailler sur des produits meilleurs pour la santé des consommateurs.

6.1.2 INDUSTRIE ALIMENTAIRE ET SANTÉ PUBLIQUE : DES VISIONS DIFFÉRENTES

Il faut reconnaître qu'il y a souvent une contradiction entre la logique du marché (offre et demande), les intérêts des entreprises (satisfaire les consommateurs et les actionnaires) et les intérêts de santé publique (protéger et promouvoir la santé de la population) (Sebillotte, 2016). Certes, il peut y avoir certaines zones de convergence dans les objectifs poursuivis de part et d'autre, mais il est utile de reconnaître et d'identifier les divergences dans la façon de voir le problème et les solutions privilégiées. Voici une adaptation d'un tableau, qui avait été présenté aux Journées annuelles de santé publique et qui illustre la vision différente du problème de l'obésité par la santé publique et par l'industrie alimentaire (INSPQ, 2014).

Tableau 10 Santé publique et industrie alimentaire : des visions différentes sur la problématique de l'obésité

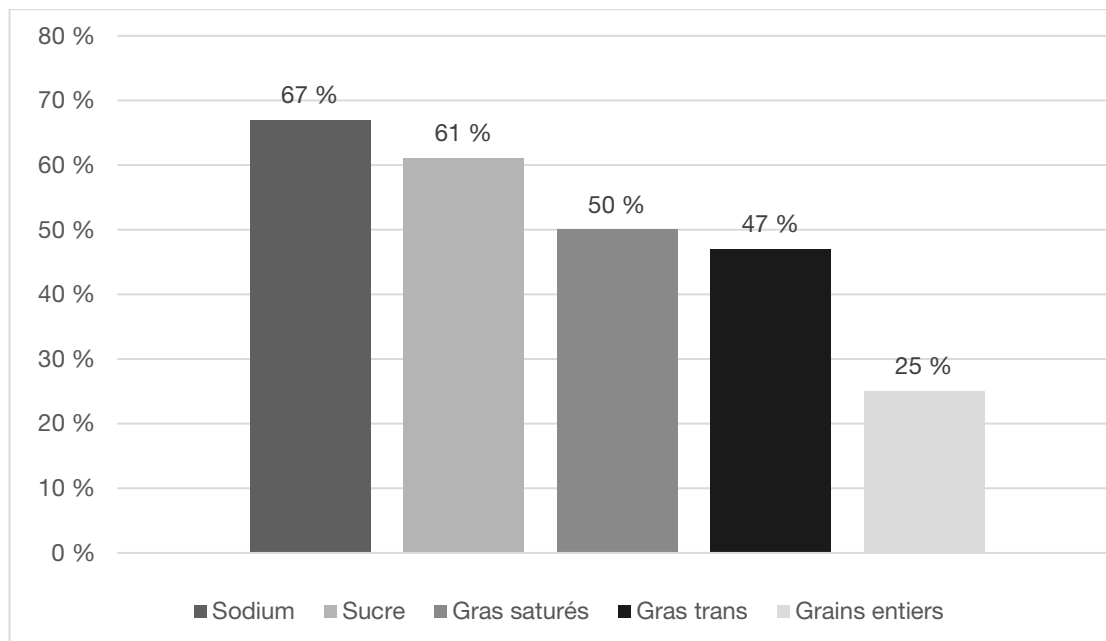
| Santé publique | Industrie alimentaire |
|--|--|
| Approche populationnelle | Approche axée sur les jeunes |
| Perspective collective | Perspective individuelle |
| Responsabilité collective | Responsabilité individuelle |
| Favoriser la saine alimentation <ul style="list-style-type: none"> ■ Manger moins, selon ses signaux de faim et satiété, et manger et boire plus sainement ■ Limiter sa consommation d'aliments et boissons riches en calories, gras, sucre, sel | Favoriser l'achat d'aliments et boissons <ul style="list-style-type: none"> ■ Manger plus <p>(pour une majorité d'entreprises, responsabilité légale de faire du profit et de le retourner aux investisseurs)</p> |
| Favoriser le mode de vie physiquement actif (en lien avec la saine alimentation) | Favoriser la pratique d'activité physique (en lien avec les aliments et boissons « récompenses » et leur identification de l'inactivité physique comme principale cause de l'obésité) |

Bien qu'il soit parfois possible de s'entendre sur le principe général visant à aider la population à manger mieux, ces visions divergentes teintent la façon dont l'industrie cherche à « faire partie de la solution ».

6.1.3 INITIATIVES DES ACTEURS DE L'INDUSTRIE

Parmi les entreprises alimentaires, plusieurs ont déjà mis en place des actions visant l'amélioration de la qualité nutritionnelle des aliments et boissons. Notons que la reformulation des produits pour diverses raisons (ex. : optimisation de la saveur, contrôle des coûts) fait déjà partie des pratiques courantes des entreprises. L'industrie alimentaire est également soumise à une pression croissante alors que les taux d'obésité augmentent et que le fardeau des maladies chroniques s'accroît. Ces initiatives d'amélioration de la qualité nutritionnelle peuvent s'inscrire directement dans leur mission et le positionnement d'entreprise (ex. : la compagnie KIND qui commercialise des collations de haute valeur nutritive) ou dans leur stratégie ou engagement en matière de responsabilité sociale de l'entreprise, de développement durable ou autre. Le rapport de l'*Access to Nutrition Global Index* mesure les contributions de 22 grandes entreprises alimentaires à la saine alimentation en fonction des normes et standards internationaux (*Access to nutrition index*, 2016). Selon l'*Access to Nutrition Index* (2016), Unilever, Nestlé et Danone seraient en tête de peloton, même si elles ont encore beaucoup de chemin à parcourir pour contribuer réellement à la lutte contre l'obésité et les maladies chroniques. Selon un sondage réalisé par le *Consumer Goods Forum* auprès de 102 entreprises du secteur alimentaire, ces dernières auraient reformulé 179 600 produits en 2016 (*Consumer Goods Forum et Deloitte*, 2017). L'association de commerce mondial à but non lucratif précise que cette tendance serait à la hausse, mais que les produits reformulés représentent toujours une part marginale de leur portfolio global de produits. En effet, 70 % des entreprises rapportaient que les produits reformulés représentaient 20 % ou moins de leur portfolio. Les transformateurs et détaillants ont également rapporté dans quelle mesure les nutriments étaient ciblés par les activités de reformulation (*Consumer Goods Forum et Deloitte*, 2017). Le tableau suivant présente les résultats du sondage mené auprès de 102 entreprises de différentes tailles, de différentes régions du monde et de différents maillons de la chaîne (42 % de manufacturiers, 34 % d'entreprises au détail).

Figure 4 Cibles de reformulation des industriels alimentaires (n = 102) (Consumer Goods Forum et Deloitte, 2017)



Aussi, selon la Plateforme de l'UE relative à l'alimentation, l'activité physique et la santé, plus de 10 compagnies se sont engagées à réduire la taille des portions de leurs produits (Webster, 2009).

Toutefois, lorsque des organismes indépendants se penchent sur les initiatives volontaires de l'industrie en lien avec la prévention des maladies chroniques, les progrès sont marginaux en matière de santé publique (Mialon, Swinburn et Sacks, 2015).

6.1.4 STRATÉGIES D'INFLUENCE DES POLITIQUES PUBLIQUES

Bien que certaines entreprises soient à l'avant-garde en matière d'amélioration de la composition nutritionnelle de leurs gammes de produits, ce n'est pas le cas pour l'ensemble de l'industrie alimentaire. Les politiques publiques visant les activités de l'industrie alimentaire peuvent susciter une certaine résistance qui peut prendre différentes formes (Reeve et Magnusson, 2015; Thow et Hawkes, 2014). Deux groupes d'auteurs, qui se sont penchés sur les stratégies politiques employées par l'industrie alimentaire, ont entrepris de classer celles-ci (Scott, Hawkins et Knai, 2017; Mialon, Swinburn et Sacks, 2015). Le tableau ci-dessous présente une fusion et adaptation de ces classifications.

Tableau 11 Types de stratégies politiques et pratiques employées par l'industrie alimentaire

| Stratégies | Pratiques |
|--|---|
| Alternative à la réglementation | <ul style="list-style-type: none"> ■ Développer et promouvoir les mesures volontaires (autorégulation, codes de conduite, etc.) |
| Gestion du message/ influence du débat | <ul style="list-style-type: none"> ■ Mettre en lumière les impacts négatifs possibles de la politique (perte d'emplois, diminution des ventes, etc.) ■ Promouvoir la déréglementation, critiquer l'« état nounou », de l'anglais « <i>nanny state</i> » ■ Détourner le blâme de l'industrie vers les individus, les parents, le manque d'activité physique ■ Mettre l'accent sur le rôle positif que peut jouer l'industrie « faisant partie de la solution » |
| Participation au processus politique | <ul style="list-style-type: none"> ■ Faire du lobbying auprès des élaborateurs de politiques ■ Participer à une consultation ■ Demander une participation dans des groupes (de travail, technique, aviseur) ■ Offrir une aide technique ou conseil aux élaborateurs de politiques |
| Influence ou cadrage des évidences scientifiques | <ul style="list-style-type: none"> ■ Organiser et participer à des colloques scientifiques ■ Élaborer et/ou financer du matériel pédagogique ■ Financer la recherche et/ou créer des groupes de recherche financés par l'industrie qui se positionnent comme indépendants ■ Embaucher des scientifiques comme conseillers, consultants et conférenciers ■ Cibler les données probantes qui avantagent l'industrie ■ Mettre en doute la solidité des données probantes |
| Action légale | <ul style="list-style-type: none"> ■ Intenter une poursuite (ou menacer de le faire) contre le gouvernement, des organisations ou des individus ■ Influencer les ententes de libre-échange pour favoriser le libre-marché |
| Financement et incitatifs financiers | <ul style="list-style-type: none"> ■ Financer des initiatives de santé publique ■ Offrir des dons, des cadeaux ou autres incitatifs financiers aux partis politiques ou élaborateurs de politiques |

Tableau 11 Types de stratégies politiques et pratiques employées par l'industrie alimentaire (suite)

| Stratégies | Pratiques |
|---------------------------------|--|
| Partenariats et relations | <ul style="list-style-type: none"> ■ Promouvoir les partenariats public-privé, incluant la philanthropie ■ Développer des relations formelles et informelles avec des leaders d'opinion et des organisations de santé ■ Soutenir des associations professionnelles par du financement ou de la publicité dans leurs publications ■ Établir des relations avec les médias, les journalistes et des influenceurs |
| Déstabilisation de l'opposition | <ul style="list-style-type: none"> ■ Critiquer ou discréditer les défenseurs de la santé publique ■ Créer plusieurs voix dissidentes contre la politique publique ■ Surveiller et distraire les défenseurs, groupes et organisations de santé publique |

Ces stratégies sont généralement employées par l'industrie alimentaire pour tenter d'influencer les politiques gouvernementales et réduire les risques pour l'entreprise. Par exemple, les mesures d'autorégulation de l'industrie peuvent être une façon pour les entreprises de meubler l'environnement réglementaire afin d'éviter des mesures plus coercitives (Scott, Hawkins et Knai, 2017; Magnusson et Reeve, 2014). Des documents obtenus par des lanceurs d'alerte illustrent cette volonté des entreprises de gérer les risques rattachés à d'éventuelles mesures réglementaires ou autres exigences gouvernementales. Entre autres, de grandes entreprises alimentaires ont développé une matrice des politiques publiques et les approches à préconiser, soit se préparer, surveiller ou se défendre, en fonction de la probabilité que les politiques publiques se matérialisent (Wikileaks, 2016).

6.1.5 MOTIVATIONS ET FREINS DE L'INDUSTRIE ALIMENTAIRE

Divers facteurs peuvent influencer la nature de la réponse des industriels aux cibles de reformulation des aliments transformés émises par les gouvernements, c'est-à-dire des motivations qui encouragent l'industrie à améliorer la composition nutritionnelle des aliments et des freins qui font plutôt obstacle au changement. De façon générale, pour les entreprises, les incitations économiques à la reformulation des aliments sont faibles. En effet, le rejet potentiel des produits par les consommateurs représente un risque d'affaires, surtout dans le cadre d'une démarche volontaire où l'ensemble des entreprises ne sont pas tenues de se conformer aux cibles de reformulation des aliments (Requillart et Soler, 2014; Webster, 2009). Le tableau qui suit présente les freins et motivations documentés dans des publications ou par le biais de sondages auprès d'industriels (Van de Velde, Van Gunst et Roodenburg, 2016; Traill, Bech-Larsen et Gennaro, 2012; Agriculture et Agroalimentaire Canada, 2013; Bryden et collab., 2013; Institute of Medicine (U.S.) et collab., 2010; WHO et UK Food Standards Agency, 2010; Conseil de la transformation alimentaire du Québec et Conseil des initiatives pour le progrès en alimentation, 2015; EU Platform, 2009) :

Tableau 12 Motivations et freins des acteurs de l'industrie alimentaire en lien avec la reformulation des aliments transformés

| Motivations | Freins |
|---|--|
| <p><u>Consommateurs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Volonté de répondre à la demande des consommateurs pour des produits sains ou à teneur réduite en nutriments ciblés. ▪ Intérêt supérieur des consommateurs (produits sains). <p><u>Enjeux d'affaires/gestion des risques</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Demeurer compétitif et innovant. ▪ Menace d'une réglementation. <p><u>Image de l'entreprise</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bonne image de marque ou réputation ou éviter couverture médiatique négative. <p><u>Enjeux réglementaires</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nouvelles politiques ou exigences réglementaires. ▪ Incitatifs relatifs à l'étiquetage alimentaire (ex. : allégations). <p><u>Responsabilité sociale des entreprises</u></p> <p><u>Consensus scientifique</u></p> | <p><u>Consommateurs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rejet par les consommateurs ou faible demande (ex. : marques qui sont des icônes avec risque de rejet élevé, crainte face aux noms de type chimique ou inconnus dans la liste des ingrédients). <p><u>Enjeux d'affaires/gestion des risques</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence de terrain de jeu équitable pour les divers acteurs de l'industrie. <p><u>Enjeux techniques et de salubrité</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Problèmes liés à la durée de vie. ▪ Défis techniques importants en raison de la fonction du nutriment dans le produit. ▪ Absence d'ingrédients de remplacement fonctionnels et à prix raisonnable. <p><u>Enjeux réglementaires</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Additifs dont l'utilisation n'est pas approuvée, et long délai d'approbation. ▪ Exigences à l'égard des aliments normalisés ne permettent pas d'utiliser des ingrédients de recharge/de changer les recettes. ▪ Réduction d'au minimum 25 % requise (allégation nutritionnelle tel que stipulé dans le Règlement sur les aliments et drogues au Canada) est trop restrictive pour communiquer les efforts de réduction aux consommateurs. <p><u>Coûts et ressources</u> (voir ci-dessous « Le processus de reformulation et les coûts pour l'industrie »)</p> |

En étant au fait de ces motivations et freins, il est plus facile pour les gouvernements d'adapter leur stratégie en conséquence. Par exemple, sachant qu'un enjeu d'affaires est de demeurer compétitif, il peut être opportun de présenter ce que font les concurrents (WHO, 2014b; Ng et Dunford, 2013). Aussi, la présence d'un terrain de jeu équitable pour les acteurs de l'industrie alimentaire est un facteur facilitant évoqué dans plusieurs publications (Hashem, He et MacGregor, 2016; Webster, 2009; Institute of Medicine (U.S.) et collab., 2010; WHO/PAHO, 2013a). Le cas de la compagnie Campbell aux États-Unis illustre bien cette réalité. Alors que des réductions des teneurs en sel dans les soupes et autres produits ont été réalisées avec succès par Campbell au Canada, l'entreprise n'a pas connu le même succès aux États-Unis. Celle-ci a dû faire marche arrière et réintroduire du sel en raison de ventes décevantes aux États-Unis seulement. Ceci illustre le risque que prennent les compagnies qui réduisent les teneurs en sel de leurs produits lorsque leurs concurrents ne le font pas (Conference Board of Canada, 2012). Dans certains secteurs, il sera probablement indiqué de tenter d'obtenir un engagement collectif pour que tous les joueurs soient soumis aux mêmes règles (Van de Velde, Van Gunst et Roodenburg, 2016).

6.1.6 LE PROCESSUS DE REFORMULATION ET LES COÛTS POUR L'INDUSTRIE

La reformulation des produits suit généralement un processus nécessitant plusieurs itérations. À partir du produit d'origine, des modifications seront faites par étapes, suivies à chaque fois d'une évaluation des prototypes (Conseil de la transformation alimentaire du Québec, 2009). Différents coûts sont associés à la reformulation des produits, notamment (Van de Velde, Van Gunst et Roodenburg, 2016) :

- les ressources humaines requises pour mener à terme le projet de reformulation. Une étude de cas sur la mise au point d'un craquelin assaisonné à faible teneur en sodium chez Kraft Canada confirmait que le processus de reformulation s'était déroulé sur une période d'une année et avait nécessité l'utilisation de 50 % du temps d'une ressource à temps plein pendant six mois pour créer une recette finale, puis l'utilisation de 20 % du temps de cette ressource pendant six mois de plus pour les activités de mise au point du produit (Agriculture et Agroalimentaire Canada, 2013);
- les coûts de formation et de développement des compétences des ressources humaines;
- les dépenses liées à de nouveaux équipements;
- les temps de production des essais en usine;
- les coûts des nouveaux ingrédients;
- les coûts des essais auprès des consommateurs;
- les coûts d'emballage et de changement des étiquettes, que ce soit le tableau de valeur nutritive ou à la liste d'ingrédients.

Le fait d'intégrer les objectifs de reformulation proposés par les gouvernements aux activités existantes de reformulation et de développement de produits peut réduire les coûts associés (Webster, 2009).

6.2 Entre l'approche volontaire et réglementaire

En ce qui a trait au développement et à la mise en œuvre de cibles de reformulation des produits transformés par les gouvernements, il existe un éventail de possibilités entre des approches dites purement volontaires ou purement réglementaires (Reeve et Magnusson, 2015). En effet, le paysage entourant ces approches est souvent beaucoup plus complexe et fragmenté, comprenant des formes de régulation privées et publiques qui se chevauchent. Le tableau qui suit présente différents types d'approches, leurs définitions ainsi que quelques exemples à l'appui (Magnusson et Reeve, 2014).

Tableau 13 Types d'approches en santé publique et exemples

| Type d'approche | Définition | Exemples |
|--|--|--|
| Autorégulation (Types : pure, consentement tacite, quasi-réglementation) | L'industrie alimentaire élabore des initiatives unilatéralement ou avec une faible implication du gouvernement (ex. : reconnaissance de la démarche d'autoréglementation). L'industrie tient le gouvernail. | Compagnie Unilever : Le Nutrition Enhancement Program, lancé en 2003, vise la réduction des teneurs en sel, gras saturés et trans et sucre de leurs gammes de produits (Unilever, 2017). |
| Partenariats public-privé Ou Engagements volontaires | Les partenariats public-privé en santé publique sont définis comme au moins un représentant du gouvernement et un du secteur privé qui travaillent ensemble pour atteindre un objectif de santé publique partagé basé sur un certain degré de prise de décision partagée (Health Canada et Multi-Sectoral Partnership Task Group, 2013). | Australie : Le Healthy Food Partnership est un mécanisme de collaboration entre le gouvernement, le secteur de la santé publique et l'industrie alimentaire (Australian Government, 2016). République tchèque : La Czech Technology Platform for Foodstuffs, fondée en 2006, vise l'intégration des enjeux de nutrition, d'alimentation, de gestion de la chaîne alimentaire et de compétitivité des entreprises. |
| Réglementation (Types : « command and control », réglementation basée sur la performance) | Le gouvernement impose des normes et cibles obligatoires appuyées par des sanctions civiles ou pénales pour non-conformité, soit directement par la législation et les règlements, soit par un organisme gouvernemental qui émet des normes contraignantes. Dans le cas de la réglementation basée sur la performance, il laisse à l'industrie le soin de déterminer les moyens d'atteindre ces objectifs. | Afrique du Sud : Réglementation 36274/2013 sur les teneurs maximales en sodium dans les aliments (South African Department of Health, 2013). |

Aussi, deux courants s'affrontent en matière d'approches. D'un côté, plusieurs acteurs de santé publique jugent les approches volontaires insuffisantes pour faire face à l'urgence de la situation. À l'opposé, des acteurs estiment plutôt qu'il est essentiel de voir les industriels comme des partenaires qui peuvent contribuer aux objectifs de santé publique. Cette opposition s'inscrit dans un questionnement plus large à savoir : quand et comment est-il légitime pour l'état d'agir en matière de santé publique? Pour répondre à cette question, le *Nuffield Council on Bioethics* a proposé le « modèle d'intendance » du rôle de l'État en santé publique, ou en anglais, le « *stewardship model* ». Ce modèle reconnaît que l'État ne doit pas contraindre inutilement les libertés des gens, mais qu'il a également la responsabilité de fournir les conditions dans lesquelles les personnes peuvent mener une vie saine, et ce, particulièrement dans un contexte de réduction des inégalités sociales (Hepple et Nuffield Council on Bioethics, 2007). Selon ce modèle, plus les mesures sont coercitives et intrusives, plus la justification doit être solide.

Des auteurs ont également documenté les avantages et désavantages des approches volontaires et réglementaires résumés dans le tableau suivant présente les principaux (WHO et UK Food Standards Agency, 2010; Capacci et collab., 2012; Traill, Bech-Larsen et Gennaro, 2012; Swinburn et collab., 2013; Charlton, Webster et Kowal, 2014; Bryden et collab., 2013).

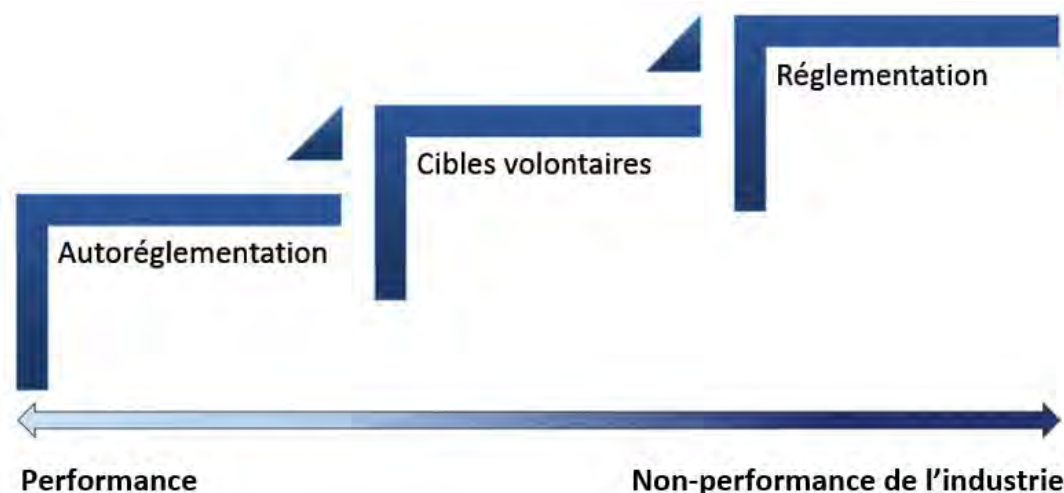
Tableau 14 Les avantages et inconvénients des approches volontaires et réglementaires

| Approche volontaire | Approche réglementaire |
|--|---|
| <p><u>Avantages</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Offre une plus grande souplesse à l'industrie et au gouvernement pour s'adapter ▪ Permet de tirer parti de l'expertise des entreprises ▪ Stimule l'innovation ▪ Réduit les coûts globaux ▪ Favorise une meilleure compréhension et confiance mutuelle entre les parties prenantes ▪ Permet au gouvernement d'utiliser cette expérience pour soutenir une future approche réglementaire <p><u>Désavantages</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ne contraint pas toutes les entreprises à participer et peut devenir moins efficace si l'adhésion de l'industrie est faible | <p><u>Avantages</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Permet de constater des résultats plus tangibles dans les apports de consommation ▪ Permet de clairement énoncer et définir les objectifs de la politique de même que les cibles et échéanciers ▪ Favorise un terrain de jeu équitable en instaurant les mêmes règles pour tous ▪ Est plus susceptible de survivre à un changement de gouvernement <p><u>Désavantages</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prend du temps et des ressources ▪ Engendre une opposition fréquente de l'industrie ▪ Peut affecter la dynamique concurrentielle en désavantagant les entreprises locales et les PME et en avantageant les grandes entreprises qui ont des coûts fixes moyens moins importants par unité de production |

Bien qu'il y ait une tendance croissante à la législation, avec des cibles réglementaires visant les teneurs en sodium dans les aliments, et majoritairement le pain, dans un certain nombre de pays (Charlton, Webster et Kowal, 2014), les approches volontaires demeurent plus répandues. Des auteurs établissent un lien entre la propension des gouvernements à opter pour des approches volontaires et des partenariats public-privé et l'adhésion à certains principes, notamment l'opposition au rôle excessif de l'État, la préservation du libre jeu des forces économiques et la volonté d'assouplir le fardeau réglementaire pour les entreprises (Reeve et Magnusson, 2015). Aussi, lorsque les gouvernements optent pour une approche réglementaire, c'est souvent parce que le risque est considéré comme équivalent à un risque pour l'innocuité alimentaire, même si les effets sur la santé sont chroniques plutôt qu'immédiats (Conference Board of Canada, 2012).

Pour répondre à la tension qui existe entre ceux qui favorisent l'autorégulation et ceux qui attendent des actions plus coercitives du gouvernement face à l'industrie alimentaire, des auteurs ont proposé un modèle réglementaire progressif, fondé sur les besoins et adaptable en fonction du degré de performance de l'industrie. Plutôt que de voir les approches réglementaires comme mutuellement exclusives, il s'agit plutôt de les considérer comme des paliers s'échelonnant de l'autorégulation pure à la réglementation de type « *command and control* ». Entre ces deux pôles, plusieurs possibilités s'offrent aux gouvernements pour adopter une approche progressive en fonction de la performance de l'industrie alimentaire et pour renforcer leurs démarches lorsque le besoin s'en fait sentir, en utilisant l'échafaudage réglementaire.

Figure 5 Modèle d'échafaudage réglementaire basé sur la performance de l'industrie alimentaire



Source : Schéma basé sur Magnusson et Reeve, 2015

Des auteurs ont décrit l'ensemble des composantes permettant de renforcer les approches visant la reformulation des aliments (Magnusson et Reeve, 2015). La majorité de ces composantes avaient été présentées au fil de la section 5 abordant le processus de développement et de mise en œuvre, mais elles sont regroupées ci-dessous. Elles touchent différents aspects, tels que le contenu, les processus et mécanismes d'application et les mécanismes d'évaluation.

Tableau 15 Ensemble des composantes pour renforcer la conception et la performance des initiatives visant la reformulation des aliments

| Composantes réglementaires | Actions recommandées |
|--|---|
| <i>Définition du contenu</i> | |
| But et objectifs | <ul style="list-style-type: none"> ■ Identifier clairement les buts (ex. : cibles nationales de consommation des nutriments). ■ Définir des objectifs mesurables pour évaluer la performance de l'initiative (ex. : cibles de reformulation SMART). |
| Termes et définitions | <ul style="list-style-type: none"> ■ Définir les termes et définitions clés utilisés. |
| <i>Processus et mécanismes d'application</i> | |
| Administration | <ul style="list-style-type: none"> ■ Déléguer l'administration de l'initiative à une entité indépendante et imputable (ex. : comité réunissant des parties prenantes du gouvernement, de l'industrie et de la santé publique). ■ Définir clairement les rôles et responsabilités des parties prenantes (ex. : membres du comité). |
| Incitatifs | <ul style="list-style-type: none"> ■ Fournir des incitatifs pour encourager l'adhésion et la performance des industriels. |

Tableau 15 Ensemble des composantes pour renforcer la conception et la performance des initiatives visant la reformulation des aliments (Suite)

| Composantes réglementaires | Actions recommandées |
|--------------------------------|---|
| Pénalités | <ul style="list-style-type: none"> ■ Fournir un large éventail de sanctions pour dissuader la non-conformité des industriels. |
| <i>Mécanismes d'évaluation</i> | |
| Monitoring | <ul style="list-style-type: none"> ■ Assurer un monitoring indépendant, transparent et complet de l'initiative en fonction des données au temps 0 et des indicateurs de résultats préétablis. ■ Effectuer une communication transparente et publique des résultats. |

Le succès des approches volontaires dépend en grande partie de la disponibilité des outils de suivi nécessaires pour quantifier et contrôler leur mise en œuvre (Requillart et Soler, 2014). Par ailleurs, un suivi et une évaluation indépendante sont évoqués par plusieurs comme une façon de renforcer les approches volontaires, car cela accroît la transparence des initiatives et permet que l'industrie alimentaire soit tenue responsable de ses engagements (Campbell et collab., 2015; Combris et collab., 2011; Magnusson et Reeve, 2015; Bryden et collab., 2013).

La gestion des conflits d'intérêts peut être facilitée par l'établissement d'un cadre entourant la participation des parties prenantes (ex. : but, mandat, fonctionnement du comité, rôles et responsabilités, etc.) Aussi, l'industrie alimentaire ne devrait pas être impliquée dans les étapes initiales relatives à la formulation des objectifs de la politique publique (Jones et collab., 2016). Des moyens pour améliorer la transparence de l'initiative sont également recommandés. À titre d'exemple, le *Healthy Food Partnership* du gouvernement australien publie un communiqué après chaque rencontre du comité exécutif (Australian Government Department of Health, 2017).

La réglementation peut aussi intervenir quand un nombre suffisant d'acteurs de l'industrie se sont conformés aux cibles de reformulation pour permettre la généralisation à l'ensemble du marché (Combris et collab., 2014). Cette approche est utilisée dans le cas de l'interdiction des huiles partiellement hydrogénées (HPH) aux États-Unis et depuis tout récemment, au Canada.

6.3 Compétences fédérales et provinciales

Au Canada, la santé (incluant la santé publique) interpelle à la fois le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux (McLaren, 2012). Tel que stipulé sur le site Internet de Santé Canada, « Même si ce sont les gouvernements provinciaux et territoriaux qui sont responsables de fournir des soins de santé à la majorité des Canadiens, un certain nombre de responsabilités et de rôles clés dans certains domaines qui touchent la santé et les soins de santé reviennent au gouvernement fédéral. » Santé Canada se définit ainsi comme un partenaire de la santé à différents niveaux notamment en ce qui a trait aux normes visant l'innocuité des produits de consommation, dont les aliments. Il demeure que les deux paliers de gouvernement jouent un rôle dans le développement de politiques et règlements, la promotion de la saine alimentation, l'éducation à la nutrition de même que la surveillance et la recherche (Conference Board of Canada, 2012).

La province de Québec ne souscrit pas automatiquement aux initiatives du fédéral en matière de santé et entend demeurer responsable du développement et de l'implantation de politiques,

programmes, lignes directrices et initiatives de promotion de la santé sur son territoire (Conference of Provincial-Territorial Ministers of Health, 2012).

Lindsay McLaren de l'Université de Calgary a consacré une publication entière aux rôles que peuvent jouer le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux en matière de réduction de sodium au Canada (McLaren, 2012). Elle présente le rôle du fédéral comme central en matière de politique alimentaire canadienne et identifie plusieurs champs d'action relevant plus naturellement des gouvernements provinciaux, par exemple :

- le soutien et le plaidoyer pour les initiatives issues du fédéral;
- les politiques nutritionnelles et/ou d'approvisionnement dans les établissements publics de juridiction provinciale, les écoles, les garderies, les établissements de santé, etc. (incluant le soutien à l'implantation et la possibilité de rendre les lignes directrices obligatoires plutôt qu'optionnelles) et;
- la surveillance de l'offre alimentaire, la comparaison entre les produits de différentes marques au sein d'une même catégorie et la dissémination des résultats.

Elle identifie également des actions pouvant être entreprises conjointement, par exemple :

- le financement conjoint de la recherche ciblée sur la reformulation de certaines catégories d'aliments;
- la bonification du Fichier canadien sur les éléments nutritifs (FCÉN) pour permettre une présentation plus nuancée de la variation des nutriments d'une marque d'aliment à l'autre;
- la mesure de la consommation de sodium par l'analyse des urines de 24 heures, qui est la méthode la plus fiable, en plus de l'enquête nutritionnelle actuelle;
- la mise sur pied d'un groupe d'experts scientifiques pouvant discuter ouvertement des opportunités pour une approche réglementaire à la reformulation de produits (similaire à *Consensus Action on Sodium and Health (CASH)* au Royaume-Uni).

6.4 Cibles de reformulation et questions d'équité

Un autre élément à considérer dans le cadre d'interventions en santé publique est l'équité de la mesure dans un contexte d'inégalités sociales de santé. De façon générale, les cibles de reformulation des aliments transformés sont une mesure qui touche l'offre alimentaire dans son ensemble et peut donc s'avérer bénéfique pour tous les segments de la population peu importe leur statut socio-économique (National Heart Foundation of Australia, 2012). Des scénarios de modélisation ont estimé que l'impact de la reformulation pouvait être beaucoup plus élevé pour les catégories de population à faible revenu comparativement aux catégories de population à revenu élevé (Leroy et collab., 2016). C'est encore davantage le cas lorsque les catégories de produits visés par les cibles de reformulation sont des produits de consommation courante (Campbell et collab., 2015; van Raaij, Hendriksen et Verhagen, 2009) et/ou lorsque les cibles touchent un large éventail de produits (Combris et collab., 2014). Toutefois, plusieurs des efforts de reformulation ou de développement de produits prenant en compte la dimension nutritionnelle se traduisent par la mise en place de stratégies de différenciation et de segmentation de marché par les industriels (Combris et collab., 2014). La possibilité pour les entreprises d'apposer des allégations nutritionnelles est d'ailleurs un incitatif en ce sens. Les produits reformulés peuvent parfois être positionnés comme étant « à valeur ajoutée », ce qui peut induire une hausse de prix (Van de Velde, Van Gunst et Roodenburg, 2016; Bernstein et collab., 2016; WHO, 2014a). Aussi, une approche volontaire visant la

reformulation de produits pourrait contribuer à l'élargissement des inégalités sociales (McLaren, 2012). En effet, il est probable qu'uniquement une partie des transformateurs alimentaires reformulent leurs produits, ce qui se traduira par une offre concomitante de produits reformulés et de produits réguliers, dont le prix risque d'être moins élevé, les rendant plus attrayants pour les consommateurs sensibles au prix. Dans le cadre de la formulation de la politique publique, les stratégies devraient aborder explicitement les questions d'équité et de réduction des inégalités sociales de santé (WHO/FAO, 2003).

6.5 Limites de la composition nutritionnelle pour apprécier la qualité de l'aliment

La composition nutritionnelle des aliments individuels n'est pas le seul facteur qui influence la qualité de la diète. Les régimes alimentaires sont également déterminés, entre autres, par la taille des portions des aliments individuels que les consommateurs mangent, la fréquence de leur consommation et la variété des différents aliments qui les composent (WHO, 2010). Par ailleurs, la composition nutritionnelle ou les teneurs en composantes, telles que le sel, le gras et le sucre, ne sont pas non plus les seuls déterminants de la qualité nutritionnelle d'un produit. Au-delà des teneurs en nutriments, des éléments de nature qualitative, tels que la qualité des ingrédients peuvent avoir un effet sur l'appréciation de la qualité nutritionnelle du produit. On peut donc se poser les questions suivantes : dans quelle mesure ces produits reformulés sont-ils des aliments qu'on pourrait qualifier de « sains » dans un contexte où les ingrédients sont parfois remplacés par d'autres ingrédients raffinés et bon marché (Scrinis, 2015)? Ou, dans quelle mesure un aliment ou une boisson doivent-ils être reformulés pour être considérés comme des choix plus sains (van Raaij, Hendriksen et Verhagen, 2009)?

Différents efforts sont déployés pour tenter d'apprécier la qualité nutritionnelle et la qualité globale des aliments et boissons. Dans cet ordre d'idée, le Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition de Santé Canada avait mandaté Corinna Hawkes, consultante indépendante en politique nutritionnelle, afin qu'elle documente ce que les gouvernements du monde entier avaient fait jusqu'ici pour classer les aliments « sains » et « malsains ». Le principal constat est que la question est controversée et que du point de vue gouvernemental, il ne s'agit pas tant de définir les aliments « sains » et « malsains », mais plutôt de répondre aux questions suivantes « Pour qui ces aliments sont-ils sains? » et « Dans quel contexte un aliment devient-il malsain? » (Hawkes, 2009). On s'intéresse aussi de plus en plus au niveau de transformation des aliments en raison des liens établis entre le niveau de transformation et le profil nutritionnel des aliments. Une étude réalisée au Canada a démontré une corrélation positive entre la consommation d'aliments ultras transformés et une piètre qualité de la diète, c'est-à-dire des apports élevés en glucides, sucres libres, gras totaux et gras saturés et une densité énergétique accrue (Moubarac et collab., 2017). Le profilage nutritionnel est également un outil qui cherche à classer les aliments et boissons en fonction de leur composition nutritionnelle dans un but de promotion de la santé et de prévention des maladies (WHO, 2010). Plusieurs entreprises alimentaires telles qu'Unilever, Danone, Pepsico et Nestlé ont leurs méthodes d'évaluation tout comme certaines ONG et universités (van Raaij, Hendriksen et Verhagen, 2009). Les méthodes de profilage nutritionnel utilisent différentes approches et toutes ont leurs limites.

Bien que la composition nutritionnelle des aliments soit un levier intéressant, il convient d'en comprendre les limites dans un contexte plus global de promotion de la saine alimentation et d'amélioration de la qualité nutritionnelle et globale de la diète. Aussi, l'établissement de cibles de reformulation des aliments transformés est uniquement une composante d'un programme efficace de réduction de nutriments ciblés (Campbell et collab., 2015).

7 Conclusion

Ce rapport a permis de traiter de plusieurs questions relatives aux initiatives des gouvernements ayant adopté des cibles de reformulation des aliments transformés. D'abord, en mettant la table et en définissant certains concepts de base reliés à la reformulation des aliments et boissons et aux leviers dont disposent les gouvernements pour améliorer la composition nutritionnelle des aliments. Ensuite, en répertoriant les différentes initiatives au Canada et ailleurs dans le monde. Enfin, en présentant le processus de développement et de mise en œuvre des cibles de reformulation appuyé par des exemples tirés de l'expérience canadienne ou des expériences étrangères. Diverses questions d'intérêt, identifiées au départ et intégrées de façon explicite aux objectifs du mandat, ont fait l'objet d'une attention particulière, notamment :

- l'industrie alimentaire et ses principales caractéristiques, les freins et motivations à reformuler les aliments, les diverses réponses face aux politiques publiques, etc.;
- les types d'approches (volontaire, réglementaire) et les différents facteurs de renforcement des initiatives volontaires;
- les barrières et facteurs pouvant faciliter le développement et la mise en œuvre des cibles de reformulation des aliments transformés.

La volonté du gouvernement du Québec d'améliorer la qualité nutritive des aliments est claire. Les objectifs énoncés dans la *Politique gouvernementale de prévention en santé* (PGPS) évoquent qu'une surveillance et un monitoring de la composition nutritionnelle de l'offre alimentaire sont envisagés et que les acteurs de la filière bioalimentaire seront mis à contribution pour améliorer la qualité nutritive de l'offre.

Le présent rapport permet de mettre en lumière la pertinence de ce type d'initiative. D'une part, les organismes de santé publique reconnus ont identifié l'amélioration de la composition nutritionnelle des aliments ou la reformulation des produits transformés comme stratégie porteuse pour lutter contre les maladies chroniques (Institute of Medicine (U.S.) et collab., 2010; NICE, 2010; WHO, 2014a, 2014b). Plusieurs pays ont répondu à ces appels à l'action par des engagements en ce sens, soit par l'adhésion à des cadres de référence pour la réduction de certains nutriments ciblés au sein de l'Union européenne (European Commission, 2009, 2012 c), par l'adhésion à des cibles régionales harmonisées pour la région des Amériques (WHO/PAHO, 2015) ou plus récemment, par l'adhésion de 24 pays européens à une feuille de route par l'amélioration des produits alimentaires (EU Dutch Presidency, 2016).

L'inventaire des initiatives volontaires et réglementaires des gouvernements ayant adopté des cibles de reformulation des aliments transformés nous permet de constater qu'un nombre important d'initiatives sont en cours. Plusieurs pays ont enregistré des réductions des teneurs en certains nutriments dans les aliments transformés et certains pays ont mesuré des réductions des apports nutritionnels (sodium, gras trans) au sein de la population, ce qui porte à croire que la mesure est prometteuse. Aussi, diverses voies ont été empruntées par les gouvernements pour encourager la reformulation des aliments et boissons, notamment des approches volontaires, la réglementation et des partenariats public-privé. Certaines initiatives sont plus matures et nous permettent de tirer certaines leçons; d'autres sont plus récentes. Les annexes 4 à 10 présentent les cibles adoptées dans différents pays, notamment l'Afrique du Sud, l'Australie, les États-Unis, la France, les Pays-Bas et le Royaume-Uni, sous la forme de tableaux.

Les différentes informations disponibles sont donc très riches pour soutenir le développement d'une initiative québécoise. Des réseaux et plateformes de collaboration permettent un transfert de connaissances et un partage entre les pays, notamment l'Organisation panaméricaine de la santé et l'*European Salt Action Network*. Les guides d'implantation développés par l'OPS et l'OMS peuvent également être un bon appui (WHO, 2014a, 2014b; WHO/PAHO, 2013a; WHO, 2016a).

On constate aussi des développements et un potentiel d'innovation en matière de surveillance de l'offre alimentaire. La surveillance et le monitoring de l'offre alimentaire sont une composante clé des initiatives visant la reformulation des aliments et boissons, mais celle-ci présente des défis dans un contexte où l'offre évolue constamment. C'est pourquoi différents pays combinent leurs efforts pour augmenter leur capacité de surveillance de la composition nutritionnelle des aliments (The Food Monitoring Group, 2013). L'accélération des développements dans des domaines comme le *Big Data*⁶ et l'intelligence artificielle et l'accès à des données géolocalisées offrent des perspectives intéressantes pour une surveillance plus optimale de l'offre alimentaire, et ultimement, des actions plus efficaces pour des environnements alimentaires promoteurs de santé.

⁶ Le *Big Data*, ou en français mégadonnées ou données massives, désignent des ensembles de données devenus si volumineux qu'ils dépassent l'intuition et les capacités humaines d'analyse et même celles des outils informatiques classiques de gestion de base de données ou de l'information (Source : Wikipédia).

Références

- Access to nutrition index (2016). Global index 2016 - Access to nutrition index, [en ligne], <https://www.accesstonutrition.org/sites/2015.atnindex.org/files/atni-global-index-2016_2.pdf> (consulté le 15 mars 2017).
- Agriculture et Agroalimentaire Canada (2013). Les efforts de réduction du sodium entrepris par l'industrie alimentaire canadienne, [en ligne], <<http://www.agr.gc.ca/fra/industrie-marches-et-commerce/statistiques-et-information-sur-les-marches/par-produit-secteur/aliments-et-boissons-transformes/rapports-et-ressources-innovation-et-reglementation-associes-a-la-transformation-des-aliments/les-efforts-de-reduction-du-sodium-entrepris-par-l-industrie-alimentaire-canadienne/?id=1363026410711>> (consulté le 15 mars 2017).
- Ahuja, J. K., P. R. Pehrsson, D. B. Haytowitz, S. Wasswa-Kintu, M. Nickle, B. Showell, R. Thomas, J. Roseland, J. Williams, M. Khan, Q. Nguyen, K. Hoy, C. Martin, D. Rhodes, A. Moshfegh, C. Gillespie, J. Gunn, R. Merritt et M. Cogswell (2015). « Sodium monitoring in commercially processed and restaurant foods », *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 101, n° 3, p. 622-631.
- Anses (2012). Avis relatif au suivi des teneurs en sel des principaux vecteurs entre 2003 et 2011 et simulation des impacts sur les apports en sel de la population française, [en ligne], <<https://www.anses.fr/fr/content/avis-de-l%E2%80%99anses-relatif-au-suivi-des-teneurs-en-sel-des-principaux-vecteurs-entre-2003-et-0>> (consulté le 15 mars 2017).
- Anses (2016). Actualisation des repères du PNNS : établissement de recommandations d'apport en sucres, [en ligne], <<https://www.anses.fr/en/system/files/NUT2012SA0186Ra.pdf>> (consulté le 15 mars 2017).
- Appel, L. J., S. Y. Angell, L. K. Cobb, H. M. Limper, D. E. Nelson, J. M. Samet et R. C. Brownson (2012). « Population-wide sodium reduction: the bumpy road from evidence to policy », *Annals of Epidemiology*, vol. 22, n° 6, p. 417-425.
- Arcand, J., K. Jefferson, A. Schermel, F. Shah, S. Trang, D. Kutlesa, W. Lou et M. R. L'Abbe (2016). « Examination of food industry progress in reducing the sodium content of packaged foods in Canada: 2010 to 2013 », *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, vol. 41, n° 6, p. 684-690.
- Arcand, J., M. J. Scourboutakos, J. T. Au et M. R. L'Abbe (2014). « Trans fatty acids in the Canadian food supply: an updated analysis », *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 100, n° 4, p. 1116-1123.
- Assemblée mondiale de la santé (mai 2013). Suivi de la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, WHA66.10, [en ligne], <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R10-fr.pdf?ua=1> (consulté le 24 mai 2017).
- Australian Government (2016). Welcome to the Healthy Food Partnership website, [en ligne], <<http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/Healthy-Food-Partnership-Home>> (consulté le 2 février 2017).
- Australian Government Department of Health (2017). Healthy Food Partnership Communiqués, [en ligne], <<http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/hfp-communique>> (consulté le 31 mai 2017).

- Bernstein, J., A. Schermel, C. Mills et M. L'Abbé (2016). « Total and free sugar content of canadian prepackaged foods and beverages », *Nutrients*, vol. 8, n° 9, p. 582.
- Bryden, A., M. Petticrew, N. Mays, E. Eastmure et C. Knai (2013). « Voluntary agreements between government and business—A scoping review of the literature with specific reference to the Public Health Responsibility Deal », *Health Policy*, vol. 110, n° 2-3, p. 186-197.
- Campbell, N., B. Legowski, B. Legetic, E. Nilson et M. L'Abbé (2015). « Inaugural maximum values for sodium in processed food products in the americas », *The Journal of Clinical Hypertension*, vol. 17, n° 8, p. 611-613.
- Campbell, N., et PAHO (2015). Population level dietary salt reduction initiatives in the Americas, [en ligne], <<http://resources.cpha.ca/CPHA/Conf/Data/2015/A15-633e.pdf>> (consulté le 3 février 2017).
- Canada, S. Brown, M. R. L'Abbé et Canada (dir.) (2006). Transforming the food supply: report of the Trans Fat Task Force, Ottawa, Trans Fat Task Force.
- Canada, et Sodium Working Group (2010). Sodium reduction strategy for Canada: recommendations of the Sodium Working Group. , [en ligne], Ottawa, Sodium Working Group, <http://epe.lac-bac.gc.ca/100/200/301/hcan-scan/sodium_reduction-ef/H164-121-2010-eng.pdf> (consulté le 24 avril 2017).
- Capacci, S., M. Mazzocchi, B. Shankar, J. Brambila Macias, W. Verbeke, F. J. Pérez-Cueto, A. Koziol-Kozakowska, B. Piórecka, B. Niedzwiedzka, D. D'Addesa, A. Saba, A. Turrini, J. Aschemann-Witzel, T. Bech-Larsen, M. Strand, L. Smillie, J. Wills et W. B. Traill (2012). « Policies to promote healthy eating in Europe: a structured review of policies and their effectiveness », *Nutrition Reviews*, vol. 70, n° 3, p. 188-200.
- Carter, M., N. Hancock, S. Albar, H. Brown, D. Greenwood, L. Hardie, G. Frost, P. Wark et J. Cade (2016). « Development of a new branded uk food composition database for an online dietary assessment tool », *Nutrients*, vol. 8, n° 8, p. 480.
- Center for Science in the Public Interest (2016). « International action on sodium », <<https://cspinet.org/resource/international-action-sodium-2016>> (consulté le 13 mars 2017).
- Charlton, K., J. Webster et P. Kowal (2014). « To legislate or not to legislate? A comparison of the UK and South African approaches to the development and implementation of salt reduction programs », *Nutrients*, vol. 6, n° 9, p. 3672-3695.
- Combris, P., G. Enderli, J. Gauvreau, C. Ménard, L.-G. Soler, M. Spiteri et J.-L. Volatier (2014). « Interventions publiques et démarches d'entreprises pour l'amélioration de la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire : apports et limites », *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, vol. 49, n° 1, p. 22-31.
- Combris, P., R. Goglia, M. Henini, L. G. Soler et M. Spiteri (2011). « Improvement of the nutritional quality of foods as a public health tool », *Public Health*, vol. 125, n° 10, p. 717-724.
- Commission européenne (2014). Organisation du suivi sur la reformulation des produits alimentaires dans les PME, [en ligne], <http://www.salux-project.eu/upload/deliverables/D4/D4_FR.pdf> (consulté le 15 mars 2017).

- Conference Board of Canada (2012). Improving health outcomes: the role of food in addressing chronic diseases, [en ligne], <<http://www.conferenceboard.ca/e-library/abstract.aspx?did=4824>> (consulté le 26 janvier 2017).
- Conference Board of Canada (2014). From opportunity to achievement - canadian food strategy. , [en ligne], <http://www.conferenceboard.ca/Libraries/PUBLIC_PDFS/CanadianFoodStrategy-brochure.sflb> (consulté le 15 mars 2017).
- Conference of Provincial-Territorial Ministers of Health (2012). Reducing the sodium intake of Canadians: A provincial and territorial report on progress and recommendations for future action, [en ligne], <<https://www.jcsh-cces.ca/upload/Sodium-Report-PTMH-2012.pdf>> (consulté le 15 mars 2017).
- Conseil de la transformation alimentaire du Québec (2009). Reformulation des produits pour réduire le sodium: Guide de réduction pour l'industrie alimentaire, [en ligne], <<http://www.foodtechcanada.ca/siteimages/Guide%20r%C3%A9duction%20du%20sodium%20pour%20l'industrie%20alimentaire.pdf>> (consulté le 15 mai 2017).
- Conseil de la transformation alimentaire du Québec, et Conseil des initiatives pour le progrès en alimentation (2015). L'incidence croissante de l'obésité au Canada : ses causes, ses conséquences et les solutions d'avenir - Réponse de l'industrie alimentaire, [en ligne], <[https://sencanada.ca/content/sen/committee/412/SOCI/Briefs/2015-02-19ObesityStudy_brief_ConseilDelatransformationaliments\(Cloutier\)_f.pdf](https://sencanada.ca/content/sen/committee/412/SOCI/Briefs/2015-02-19ObesityStudy_brief_ConseilDelatransformationaliments(Cloutier)_f.pdf)> (consulté le 24 mai 2017).
- Conseil de l'UE (2016). Communiqué de Presse - Conclusions du Conseil sur l'amélioration des produits alimentaires, [en ligne], <<http://www.consilium.europa.eu/fr/press/press-releases/2016/06/17-epsco-conclusions-food-product-improvement/>> (consulté le 14 avril 2017).
- Conseil national de l'alimentation en France (2005). Propositions du CNA pour la mise en place d'un Observatoire de l'alimentation - Position n 51, [en ligne], <http://www.cna-alimentation.fr/v2/wp-content/uploads/2017/03/CNA_Avis51.pdf> (consulté le 15 mars 2017).
- Consumer Goods Forum, et Deloitte (2017). The Consumer Goods Forum - Health & wellness progress report, [en ligne], <<http://www.theconsumergoodsforum.com/files/Publications/201703-CGF-Health-and-Wellness-Progress-Report-Final.pdf>> (consulté le 14 avril 2017).
- Curtis, C. J., J. Clapp, S. A. Niederman, S. W. Ng et S. Y. Angell (2016). « US food industry progress during the National Salt Reduction Initiative: 2009-2014 », *American Journal of Public Health*, vol. 106, n° 10, p. 1815-1819.
- Dötsch-Klerk, M., W. PMM Goossens, G. W. Meijer et K. H. van het Hof (2015). « Reducing salt in food; setting product-specific criteria aiming at a salt intake of 5 g per day », *European Journal of Clinical Nutrition*, vol. 69, n° 7, p. 799-804.
- Downs, S. M., A. Christoforou, W. Snowdon, E. Dunford, P. Hoejskov, B. Legetic, N. Campbell et J. Webster (2015). « Setting targets for salt levels in foods: A five-step approach for low- and middle-income countries », *Food Policy*, vol. 55, p. 101-108.
- Downs, S. M., A. M. Thow et S. R. Leeder (2013). « The effectiveness of policies for reducing dietary trans fat: a systematic review of the evidence », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 91, n° 4, p. 262-269H.

Dunford, E., H. Trevena, C. Goodsell, K. H. Ng, J. Webster, A. Millis, S. Goldstein, O. Hugueniot et B. Neal (2014). « Foodswitch: a mobile phone app to enable consumers to make healthier food choices and crowdsourcing of national food composition data », *JMIR mHealth and uHealth*, vol. 2, n° 3.

Dunford, E., J. Webster, A. B. Metzler, S. Czernichow, C. N. Mhurchu, P. Wolmarans, W. Snowdon, M. L'Abbe, N. Li, P. K. Maulik, S. Barquera, V. Schoj, L. Allemandi, N. Samman, E. W. de Menezes, T. Hassell, J. Ortiz, J. S. de Ariza, A. R. Rahman, L. de Núñez, M. R. Garcia, C. van Rossum, S. Westenbrink, L. M. Thiam, G. MacGregor, B. Neal et (for the Food Monitoring Group) (2012). « International collaborative project to compare and monitor the nutritional composition of processed foods », *European Journal of Preventive Cardiology*, vol. 19, n° 6, p. 1326-1332.

Dutch Ministry of Health, Welfare and Sport (2015). Food reformulation, [en ligne], <https://ec.europa.eu/health/nutrition.../ev_20150218_2_co7_en.pdf> (consulté le 14 avril 2017).

Elliott, T., H. Trevena, G. Sacks, E. Dunford, J. Martin, J. Webster, B. Swinburn, A. R. Moodie et B. C. Neal (2014). « A systematic interim assessment of the Australian Government's Food and Health Dialogue », *The Medical Journal of Australia*, vol. 200, n° 2, p. 92-95.

EU Dutch Presidency (22 février 2016). Roadmap for action on food product improvement, [en ligne], <<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/formulieren/2016/02/22/roadmap-for-action-on-food-product-improvement>> (consulté le 4 janvier 2017).

EU Platform (2009). Working paper on product reformulation and portion size, [en ligne], <http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/platform/docs/ev20090403_wp_en.pdf> (consulté le 15 mars 2017).

European Commission (2007). White paper - A strategy for Europe on nutrition, overweight and obesity related health issues, [en ligne], <http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_wp_en.pdf> (consulté le 15 mars 2017).

European Commission (2008). EU Framework for national salt initiatives, [en ligne], <http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/national_salt_en.pdf> (consulté le 14 avril 2017).

European Commission (2009). National salt initiatives implementing the EU Framework for salt reduction initiatives, [en ligne], <https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/nutrition_physical.../salt_report1_en.pdf> (consulté le 15 mars 2017).

European Commission (2010). Evaluation of the European platform for action on diet, physical activity and health, [en ligne], <https://ec.europa.eu/health/nutrition_physical_activity/docs/evaluation_frep_en.pdf> (consulté le 14 avril 2017).

European Commission (2012a). EU Framework for national initiatives on selected nutrients, [en ligne], <https://ec.europa.eu/health/nutrition_physical_activity/docs/added_sugars_en.pdf> (consulté le 15 mars 2017).

European Commission (2012 b). Annex I on saturated fat of the EU Framework for national initiatives on selected nutrients, [en ligne], <https://ec.europa.eu/health//sites/health/files/nutrition_physical_activity/docs/saturated_fat_eufni_sn_en.pdf> (consulté le 15 mars 2017).

- European Commission (2012 c). Survey on members states' implementation of the EU salt reduction framework , [en ligne],
<https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/nutrition_physical_activity/docs/salt_report1_en.pdf> (consulté le 12 décembre 2016).
- European Commission (2015). Overview of Member States' national initiatives on selected nutrients , [en ligne],
<https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/nutrition_physical_activity/docs/overview_national_initiatives_selectednutrients_en.pdf> (consulté le 15 mars 2017).
- European Commission (2016). Annex II on added sugars of the EU Framework for national initiatives on selected nutrients , [en ligne],
<https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/nutrition_physical_activity/docs/added_sugars_en.pdf> (consulté le 15 mars 2017).
- Fischer, P. W. F., M. Vigneault, R. Huang, K. Arvaniti et P. Roach (2009). « Sodium food sources in the Canadian diet », *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, vol. 34, n° 5, p. 884-892.
- Food and Drug Administration, et U.S. Department of Health & Human Services (2011). « Approaches to reducing sodium consumption; establishment of dockets; request for comments, data, and information », dans *Federal Register*, [en ligne],
<<https://www.federalregister.gov/documents/2011/09/15/2011-23753/approaches-to-reducing-sodium-consumption-establishment-of-dockets-request-for-comments-data-and>> (consulté le 29 mai 2017).
- Food and Drug Administration, et U.S. Department of Health & Human Services (2016). Draft Guidance - Voluntary sodium reduction goals: target mean and upper bound concentrations for sodium in commercially processed, packaged, and prepared foods: guidance for industry, [en ligne],
<<https://www.fda.gov/Food/GuidanceRegulation/GuidanceDocumentsRegulatoryInformation/ucm494732.htm>> (consulté le 15 mars 2017).
- Food Network of the Public Health Responsibility Deal (2012). Review of 2012 salt targets and setting maximum targets for new products - Industry Meetings, [en ligne],
<<https://responsibilitydeal.dh.gov.uk/wp-content/uploads/2013/08/Background-document.pdf>> (consulté le 14 avril 2017).
- Gouvernement du Canada, S. C. (2008). « Programme de surveillance des gras trans »,
<http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/gras-trans-fats/tfa-age_tc-tm-fra.php> (consulté le 24 mai 2017).
- Gouvernement du Canada, S. C. (2010a). « Démarche mise en oeuvre pour l'établissement de cibles de sodium dans l'alimentation au Canada - Santé Canada », <<http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/sodium/reduction-targets-cibles/dev-etab-fra.php>> (consulté le 24 mai 2017).
- Gouvernement du Canada, S. C. (2010 b). « Liste des membres du Comité consultatif d'experts sur les aliments - Santé Canada », <<http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/consult/frac-ccra/memb-fra.php>> (consulté le 24 mai 2017).
- Gouvernement du Canada, S. C. (2015). « Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Composante annuelle (ESCC) »,
<http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3226> (consulté le 24 mai 2017).

Gouvernement du Canada (2017). Interdire la principale source de gras trans industriels dans les aliments.

Gouvernement du Canada Réunions et correspondance sur la saine alimentation.

Gouvernement du Canada, et Santé Canada (2009). « Questionnaire pour la consultation publique sur la réduction du sodium alimentaire », <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/nutrition/sodium_consult-fra.pdf> (consulté le 24 mai 2017).

Gouvernement du Québec (2016). Politique gouvernementale de prévention en santé.

Great Britain, Scientific Advisory Committee on Nutrition, Great Britain et Scientific Advisory Committee on Nutrition (2003). Salt and health. London, TSO.

Griffith, R., M. O'Connell et K. Smith (2017). « The importance of product reformulation versus consumer choice in improving diet quality », *Economica*, vol. 84, n° 333, p. 34-53.

Hashem, K. M., F. J. He et G. A. MacGregor (2016). « Systematic review of the literature on the effectiveness of product reformulation measures to reduce the sugar content of food and drink on the population's sugar consumption and health: a study protocol », *BMJ Open*, vol. 6, n° 6, p. e011052.

Hawkes, C. (2009). Defining « healthy »and« unhealthy »foods: an international review.

Health Canada, et Multi-Sectoral Partnership Task Group (2013). Discussion paper: public-private partnerships with the food industry, [en ligne], <www2.paho.org> (consulté le 14 avril 2017).

Hepple, B., et Nuffield Council on Bioethics (dir.) (2007). Public health: ethical issues, London, Nuffield Council on Bioethics.

Hofman, K. J., et S. M. Tollman (2013). « Population health in South Africa: a view from the salt mines », *The Lancet Global Health*, vol. 1, n° 2, p. e66-e67.

Igumbor, E. U., D. Sanders, T. R. Puoane, L. Tsolekile, C. Schwarz, C. Purdy, R. Swart, S. Durão et C. Hawkes (3 juillet 2012). « “Big food,” the consumer food environment, health, and the policy response in South Africa », *PLoS Medicine*, vol. 9, n° 7, p. e1001253.

Infocentre de santé publique du Québec (2016a). Prévalence de l'hypertension artérielle pour la population de 20 ans et plus, année financière 2013-2014.

Infocentre de santé publique du Québec (2016 b). Prévalence du diabète pour la population de 20 ans et plus, année financière 2011-2012.

INSPQ (2014). Diagnostic et gestion d'un conflit d'intérêts - Proposition d'un outil d'aide à la décision dans le choix d'un partenaire pour la réalisation d'une projet ou d'une activité en lien avec l'alimentation ou l'activité physique, [en ligne], <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/jasp/archives/2014/JASP_OutilAideDecisionConflitsInteret.pdf> (consulté le 15 mai 2017).

Institut national de la recherche agronomique, et Anses (2016). Contribution de l'offre et de la demande à l'évolution de la qualité nutritionnelle de l'alimentation - Évolution observée entre les périodes 2008-2010 et 2011-2013, [en ligne].

- Institut national de recherche agronomique, et Anses (2008). Étude de faisabilité pour la mise en place de l'observatoire de la qualité de l'alimentation, [en ligne], <<http://agriculture.gouv.fr/ministere/etude-de-faisabilite-pour-la-mise-en-place-de-observatoire-de-la-qualite-de-lalimentation>> (consulté le 15 mars 2017).
- Institute of Circulatory and Respiratory Health (Canada), M. and D. (Canada) Institute of Nutrition, Canadian Institutes of Health Research et Intersol Group (Firm) (2011). Developing a research agenda to support sodium reduction in Canada: workshop report, January 25-26, 2010, Toronto, Ontario, [en ligne], Toronto, Ont.; Ottawa, Ont., CIHR Institute of Nutrition Metabolism, and Diabetes ; Canadian Institutes of Health Research, <<http://www.deslibris.ca/ID/229589>> (consulté le 24 avril 2017).
- Institute of Medicine (U.S.), J. E. Henney, C. L. Taylor et C. S. Boon (dir.) (2010). Strategies to reduce sodium intake in the United States, Washington, D.C, National Academies Press.
- Intersol Group (16 février 2012). Ontario Sodium Summit, [en ligne], <https://www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/Ontario_Sodium_Summit_Proceedings_2012.pdf> (consulté le 15 mars 2017).
- Jobin (2014). « RIP logo Visez Santé - Blogue - Extensio », <<http://www.extensio.org/blogue/rip-logo-visez-sante-1/114/>> (consulté le 29 mai 2017).
- Jones, A., R. Magnusson, B. Swinburn, J. Webster, A. Wood, G. Sacks et B. Neal (2016). « Designing a Healthy Food Partnership: lessons from the Australian Food and Health Dialogue », *BMC Public Health*, [en ligne], vol. 16, n° 1, <<https://doi.org/10.1186/s12889-016-3302-8>> (consulté le 17 mai 2017).
- Knai, C., M. Petticrew, M. A. Durand, E. Eastmure, L. James, A. Mehrotra, C. Scott et N. Mays (2015). « Has a public-private partnership resulted in action on healthier diets in England? An analysis of the Public Health Responsibility Deal food pledges », *Food Policy*, vol. 54, p. 1-10.
- Kretser, A., D. Murphy, J. Finley et R. Brenner (2015). « A partnership for public health: branded food products database », *Procedia Food Science*, vol. 4, p. 18-26.
- Leroy, P., V. Réquillart, L.-G. Soler et G. Enderli (2016). « An assessment of the potential health impacts of food reformulation », *European Journal of Clinical Nutrition*, vol. 70, n° 6, p. 694-699.
- Lloyd-Williams, F., H. Bromley, L. Orton, C. Hawkes, D. Taylor-Robinson, M. O'Flaherty, R. McGill, E. Anwar, L. Hyseni, M. Moonan, M. Rayner et S. Capewell (2014). « Smorgasbord or symphony? Assessing public health nutrition policies across 30 European countries using a novel framework », *BMC Public Health*, vol. 14, n° 1, p. 1195.
- MacGregor, Graham A, et Hashem, Kawther M (2014). « Action on sugar - lessons from UK salt reduction programme », *The Lancet*.
- Magnusson, R., et B. Reeve, (2014). « Steering private regulation? A new strategy for reducing population salt intake in Australia », *Sydney Law Review*, vol. 36, p. 254-289.
- Magnusson, R., et B. Reeve (2015). « Food reformulation, responsive regulation, and “regulatory scaffolding”: strengthening performance of salt reduction programs in australia and the united kingdom », *Nutrients*, vol. 7, n° 7, p. 5281-5308.

- Magnusson, R. S., World Health Organization, International Development Law Organization, O'Neill Institute for National and Global Health Law et Sydney Law School (2017). Advancing the right to health: the vital role of law, [en ligne], <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/252815/1/9789241511384-eng.pdf>> (consulté le 24 mai 2017).
- Mattes, R. D., et D. Donnelly (1991). « Relative contributions of dietary sodium sources », *Journal of the American College of Nutrition*, vol. 10, n° 4, p. 383-393.
- McLaren, L. (2012). « Policy options for reducing dietary sodium intake », *The School of Public Policy SPP Research Papers*, [en ligne], vol. 5, n° 20, <<https://www.policyschool.ca/wp-content/uploads/2016/03/lindsay-mclaren-sodium-revised.pdf>> (consulté le 1 mars 2017).
- McLaren, L., N. Sumar, A. M. Barberio, K. Trieu, D. L. Lorenzetti, V. Tarasuk, J. Webster et N. R. Campbell (2016). « Population-level interventions in government jurisdictions for dietary sodium reduction », dans *The Cochrane Collaboration (dir.), Cochrane Database of Systematic Reviews*, [en ligne], Chichester, UK, John Wiley & Sons, Ltd, <<http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD010166.pub2>> (consulté le 21 décembre 2016).
- Menard, C., C. Dumas, R. Goglia, M. Spiteri, N. Gillot, P. Combris, J. Ireland, L. G. Soler et J. L. Volatier (2011). « OQALI: A French database on processed foods », *Journal of Food Composition and Analysis*, vol. 24, n° 4-5, p. 744-749.
- Mialon, M., B. Swinburn et G. Sacks (2015). « A proposed approach to systematically identify and monitor the corporate political activity of the food industry with respect to public health using publicly available information: Food industry political activity », *Obesity Reviews*, vol. 16, n° 7, p. 519-530.
- Ministère de l'Agriculture, de l'Agroalimentaire et de la Forêt (2013). Reconnaissance des accords collectifs - Référentiel et procédure - France.
- Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, et France (2011). Programme national nutrition santé 2011-2015, [en ligne], <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf> (consulté le 24 mai 2017).
- Ministry of Health, Welfare and Sport (2014). Dutch agreement to improve product composition 2014-2020, [en ligne], <http://www.rivm.nl/en/Topics/F/Food_Reformulation/Dutch_Agreement_to_Improve_Product_Composition_2014_2020> (consulté le 14 avril 2017).
- Morestin, F., et CCNPPS (2011). Méthode de synthèse de connaissances sur les politiques publiques, [en ligne], Montréal, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, Institut national de santé publique Québec, <<http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2066073>> (consulté le 15 mars 2017).
- Moubarac, J.-C., et M. Batal (2016). La consommation d'aliments transformés et la qualité de l'alimentation au Québec, [en ligne], <http://www.rccq.org/wp-content/uploads/Qu%C3%A9bec-MSSS-consommation-daliments-ultra-transform%C3%A9s-et-qualit%C3%A9-de-l'alimentation_Moubarac-et-Batal-2016.pdf> (consulté le 3 mars 2017).
- Moubarac, J.-C., M. Batal, M. L. Louzada, E. Martinez Steele et C. A. Monteiro (2017). « Consumption of ultra-processed foods predicts diet quality in Canada », *Appetite*, vol. 108, p. 512-520.

- Mouratidou, T., Livaniou, A., Saborido, C. M., Wollgast, J. et Caldeira, S. (2014). Trans fatty acids in Europe: where do we stand? A synthesis of the evidence 2003-2013. , [en ligne], <<http://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/bitstream/JRC91353/lbna26795enn.pdf>> (consulté le 6 février 2017).
- National Heart Foundation of Australia (2012). Rapid review of the evidence: effectiveness of food reformulation as a strategy to improve population health, Australia, National Heart Foundation of Australia.
- National Heart Foundation of Australia (2016). Report on the evaluation of the nine food categories for which reformulation targets were set under the Food and Health Dialogue, [en ligne], <<http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/fhd>> (consulté le 15 mars 2017).
- Ng, S. W., et E. Dunford (2013). « Complexities and opportunities in monitoring and evaluating US and global changes by the food industry: Monitoring food industry changes », *Obesity Reviews*, vol. 14, p. 29-41.
- NICE (2010). Cardiovascular disease prevention - Public health guideline.
- Niebylski, M., T. Lu, N. Campbell, J. Arcand, A. Schermel, D. Hua, K. Yeates, S. Tobe, P. Twohig, M. L'Abbé et P. Liu (2014). « Healthy food procurement policies and their impact », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 11, n° 3, p. 2608-2627.
- NYC Health Department (2009). National Salt Reduction Initiative packaged food categories and targets, [en ligne], <<https://www1.nyc.gov/assets/doh/downloads/pdf/cardio/packaged-food-targets.pdf>> (consulté le 7 mars 2017).
- Organisation mondiale de la santé, A. A. S. Alwan et T. Agis (2011). Global status report on noncommunicable diseases 2010, Geneva, World Health Organization.
- Penney, Sheila (2009). Dropping the salt: Practical steps countries are taking to prevent chronic non-communicable diseases through population-wide dietary salt reduction, [en ligne], <<http://www1.paho.org/english/ad/dpc/nc/salt-mtg-phac-paper.pdf>> (consulté le 14 avril 2017).
- Public Health England (2017). Sugar Reduction: Achieving the 20% A technical report outlining progress to date, guidelines for industry, 2015 baseline levels in key foods and next steps , [en ligne], <<https://www.gov.uk/government/publications/sugar-reduction-achieving-the-20>> (consulté le 14 avril 2017).
- van Raaij, J., M. Hendriksen et H. Verhagen (2009). « Potential for improvement of population diet through reformulation of commonly eaten foods », *Public Health Nutrition*, vol. 12, n° 3, p. 325-330.
- Reeve, B., et R. Magnusson (2015). « Food reformulation and the (neo)-liberal state: new strategies for strengthening voluntary salt reduction programs in the UK and USA », *Public Health*, vol. 129, n° 4, p. 351-363.
- Reformulation working group (2016). Work plan for reformulation working group - October 2016 - December 2017, [en ligne], <[http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/9BD46D97B65A6209CA257FAD00823957/\\$File/HFP%20Reformulation%20Working%20Group%20work%20plan.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/9BD46D97B65A6209CA257FAD00823957/$File/HFP%20Reformulation%20Working%20Group%20work%20plan.pdf)> (consulté le 15 mars 2017).

- République française (2007). Référentiel pour les chartes d'engagements volontaires de progrès nutritionnel proposées par des entreprises du secteur alimentaire dans le cadre du programme national nutrition santé, [en ligne], <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Referentiel_charte_progres.pdf> (consulté le 14 avril 2017).
- Requillart, V., et L.-G. Soler (2014). « Is the reduction of chronic diseases related to food consumption in the hands of the food industry? », *European Review of Agricultural Economics*, vol. 41, n° 3, p. 375-403.
- Santé Canada (2012a). Document d'orientation destiné à l'industrie alimentaire sur la réduction du sodium dans les aliments transformés, [en ligne], <<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aliments-nutrition/legislation-lignes-directrices/document-reference/document-orientation-destine-industrie-alimentaire-reduction-sodium-aliments-transformes-2012.html>> (consulté le 15 mars 2017).
- Santé Canada (2012 b). Guide de la transition - Comprendre et utiliser la Listes des additifs alimentaires autorisés, [en ligne], <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/fn-an/alt_formats/pdf/securit/addit/list/transition-fra.pdf> (consulté le 15 mars 2017).
- Santé Canada (2016a). Stratégie en matière de saine alimentation, [en ligne], <<https://www.canada.ca/content/dam/canada/health-canada/migration/publications/eating-nutrition/healthy-eating-strategy-canada-strategie-saine-alimentation/alt/pub-fra.pdf>> (consulté le 14 avril 2017).
- Santé Canada (12 octobre 2016b). Rapport du Symposium sur la réduction du sodium dans les aliments, [en ligne].
- Scott, C., B. Hawkins et C. Knai (2017). « Food and beverage product reformulation as a corporate political strategy », *Social Science & Medicine*, vol. 172, p. 37-45.
- Scrinis, G. (2015). « Big Food corporations and the nutritional marketing and regulation of processed foods », *Canadian Food Studies / La Revue canadienne des études sur l'alimentation*, vol. 2, n° 2, p. 136.
- Sebillotte, C. (2016). « Efficiency of public-private co-regulation in the food sector: the French voluntary agreements for nutritional improvements », *Journées de Recherches en Sciences Sociales*, [en ligne], <<https://ideas.repec.org/p/ali/wpaper/2013-03.html>> (consulté le 14 avril 2017).
- Soler, L.-G. (2016). Contributions sur la politique nutritionnelle : analyse de différentes approches, [en ligne], <http://alimentation-sante.org/wp-content/uploads/2016/06/201601_ContributionsSurLaPolitiqueNutritionnelle.pdf> (consulté le 15 mars 2017).
- South African Department of Health (17 février 2011). Government notices - Foodstuffs, cosmetics and disinfectants Act, Regulations relating to trans-fat in foodstuffs, [en ligne], <https://www.gov.za/sites/default/files/34029_reg9427_gon127.pdf> (consulté le 14 avril 2017).
- South African Department of Health (20 mars 2013). Government Notice - Foodstuffs, cosmetics and disinfectants Act, Regulations relating to the reduction of sodium in certain foodstuffs and related matters, [en ligne], <<http://www.heartfoundation.co.za/sites/default/files/articles/South%20Africa%20salt%20legislation.pdf>> (consulté le 14 avril 2017).

- Statistique Canada (2004). Les dix sources principales de l'apport en sucre, selon le groupe d'âge, population à domicile de 1 an et plus, Canada, territoires non compris, 2004, [en ligne], <<http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2011003/article/11540/tbl/tbl2-fra.htm>> (consulté le 14 avril 2017).
- Statistique Canada (2007). « Consommation de sodium à tous les âges : Résultats », <<http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2006004/article/sodium/4148995-fra.htm>> (consulté le 24 mai 2017).
- Stuckler, D., et M. Nestle (2012). « Big food, food systems, and global health », PLoS Medicine, [en ligne], vol. 9, n° 6, <<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001242>> (consulté le 7 mars 2017).
- Swinburn, B., G. Sacks, K. Hall, K. McPherson, D. Finegood, M. Moodie et S. Gortmaker (2011). « The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments »,.
- Swinburn, B., S. Vandevijvere, V. Kraak, G. Sacks, W. Snowdon, C. Hawkes, S. Barquera, S. Friel, B. Kelly, S. Kumanyika, M. L'Abbé, A. Lee, T. Lobstein, J. Ma, J. Macmullan, S. Mohan, C. Monteiro, B. Neal, M. Rayner, D. Sanders, C. Walker et INFORMAS (2013). « Monitoring and benchmarking government policies and actions to improve the healthiness of food environments: a proposed Government Healthy Food Environment Policy Index: Monitoring public sector policies and actions », Obesity Reviews, vol. 14, p. 24-37.
- The Food Monitoring Group (2013). « Progress with a global branded food composition database », Food Chemistry, vol. 140, n° 3, p. 451-457.
- Thow, A. M., et C. Hawkes (2014). « Global sugar guidelines: an opportunity to strengthen nutrition policy », Public Health Nutrition, vol. 17, n° 10, p. 2151-2155.
- Traill, W. B., T. Bech-Larsen et L. Gennaro (2012). « Reformulation for healthier food: a qualitative assessment of alternative approaches. », <http://ageconsearch.umn.edu/bitstream/123511/2/Traill_ReformulationforHealthierFoodAQualitativeAssessmentofAlternativeApproches.pdf> (consulté le 23 février 2017).
- Trieu, K., B. Neal, C. Hawkes, E. Dunford, N. Campbell, R. Rodriguez-Fernandez, B. Legetic, L. McLaren, A. Barberio et J. Webster (2015). « Salt reduction initiatives around the world – A systematic review of progress towards the global target », PLOS ONE, vol. 10, n° 7, p. e0130247.
- UK Department of Health (2011). « The Public Health Responsibility Deal », <<https://responsibilitydeal.dh.gov.uk/wp-content/uploads/2012/03/The-Public-Health-Responsibility-Deal-March-20111.pdf>> (consulté le 30 mai 2017).
- UK Department of Health (2014). Public Health Responsibility Deal Targets for 2017, [en ligne], <<https://responsibilitydeal.dh.gov.uk/responsibility-deal-food-network-new-salt-targets-f9-salt-reduction-2017-pledge-f10-out-of-home-salt-reduction-pledge/>> (consulté le 14 avril 2017).
- UK Food Standards Agency (2005). « Effects of reducing salt in processed food on the population's salt intake - the salt model - UK Government Archives », <<http://collections.europarchive.org/tna/20100927130941/http://food.gov.uk/healthiereating/salt/saltmodel>> (consulté le 26 mai 2017).

- UK Food Standards Agency (2009). Draft recommendations on saturated fat and added sugar reductions, and on portion size availability, for biscuits, cakes, pastries, buns, chocolate confectionery and soft drinks , [en ligne], <<http://www.salux-project.eu/en/docs/clearing-house/documents/draft-recommendations-on-saturated-fat-and-added-sugar-reductions-and-on-portion-size-availability-for-biscuits-cakes-pastries-buns-chocolate-confectionery-and-soft-drinks-66/1-50>> (consulté le 15 mars 2017).
- UK Houses of Parliament (2016). Postnote - Sugar and health policy, [en ligne], <<http://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/POST-PN-0530/POST-PN-0530.pdf>> (consulté le 14 avril 2017).
- Unilever (2017). « Delivering better products », dans Unilever global company website, [en ligne], <<https://www.unilever.com/sustainable-living/improving-health-and-well-being/improving-nutrition/delivering-better-products/>> (consulté le 18 mai 2017).
- United Nations (16 septembre 2011). United nations general assembly. political declaration of the high-level meeting of the general assembly on the prevention and control of non-communicable diseases. A/66/L.1, [en ligne], <http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/66/L.1> (consulté le 3 mars 2017).
- Van de Velde, F., A. Van Gunst et A. Roodenburg (2016). « Framework for product reformulation: the integration of four disciplines; nutrition & health, food technology, legislation and consumer perspective », *New Food*, vol. 19, n° 4, p. 27-31.
- Webster, J. (2009). Reformulating food products for health: context and key issues for moving forward in Europe, [en ligne], <https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/nutrition_physical_activity/docs/ev20090714_wp_en.pdf> (consulté le 20 février 2017).
- Webster, J., E. Dunford et B. Neal (2010). « A systematic survey of the sodium contents of processed foods », *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 91, n° 2, p. 413-420.
- Webster, J., K. Trieu, E. Dunford et C. Hawkes (2014). « Target salt 2025: a global overview of national programs to encourage the food industry to reduce salt in foods », *Nutrients*, vol. 6, n° 8, p. 3274-3287.
- WHO (2010). Nutrient profiling. Report of a WHO/IASO technical meeting.
- WHO (2013). Mapping salt reduction initiatives in the WHO European Region, [en ligne], <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/186462/Mapping-salt-reduction-initiatives-in-the-WHO-European-Region.pdf> (consulté le 16 février 2017).
- WHO (2014a). Policy brief: producing and promoting more food products consistent with a healthy diet, [en ligne], <<http://www.who.int/nmh/ncd-coordination-mechanism/Policybrief32.pdf>> (consulté le 2 mars 2017).
- WHO (2014 b). Policy brief: reducing the use of salt in the food industry to lower sodium consumption, [en ligne], <<http://www.who.int/nmh/ncd-coordination-mechanism/Policybrief34.pdf>> (consulté le 2 mars 2017).
- WHO (2016a). The SHAKE technical package for salt reduction, [en ligne], <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250135/1/9789241511346-eng.pdf>> (consulté le 3 mars 2017).

- WHO (2016 b). Meeting of the WHO action network on salt reduction in the population in the european region (ESAN), [en ligne], <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/325737/Salt-action-network-ESAN-Lisbon-meeting-report.pdf> (consulté le 26 mai 2017).
- WHO, et Government of Canada (2010). Strategies to monitor and evaluate population sodium consumption and sources of sodium in the diet, Report of a joint technical meeting convened by WHO and the Government of Canada.
- WHO, et Nutrition for Health and Development (2015). Guideline: sugars intake for adults and children.
- WHO Regional Office for Africa (2013). Successful sodium regulation in South Africa, Intersectoral case study, [en ligne], <<http://apps.who.int/iris/handle/10665/205179>> (consulté le 14 avril 2017).
- WHO, et UK Food Standards Agency (2010). Creating an enabling environment for population-based salt reduction strategies, Report of a joint technical meeting.
- WHO/FAO (dir.) (2003). Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases: report of a who-fao expert consultation ; [joint who-fao expert consultation on diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases, 2002, Geneva, Switzerland], [en ligne], Geneva, World Health Organization, « WHO technical report series », 916.
- WHO/PAHO (2013a). Salt-smart Americas: a guide for country-level action, [en ligne], <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=21554&Itemid=270&lang=en> (consulté le 15 avril 2017).
- WHO/PAHO (2013 b). Salt smart consortium the multi-stakeholders committed to reducing the overconsumption of dietary salt in the Americas, [en ligne], <<http://www.paho.org/panamericanforum/wp-content/uploads/2013/06/Pres-Irene-2da-Reunion-del-Consorcio-Junio-2013.pdf>> (consulté le 14 avril 2017).
- WHO/PAHO (2015). Saltsmart consortium consensus statement to advance target harmonization by agreeing on regional targets for salt/sodium content of key food categories, [en ligne], <www2.paho.org> (consulté le 14 avril 2017).
- WHO//PAHO Regional Expert Group (2013). A guide for setting target and timelines to reduce the salt content of food, [en ligne], <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=21493+&Itemid=270&lang=en> (consulté le 15 mars 2017).
- Wikileaks (2016). Coca-Cola Europe. Public policy risk matrix & lobby focus, [en ligne], <<http://www.foodpolitics.com/2016/10/coca-cola-europes-policy-agenda-courtesy-of-wikileaks/>> (consulté le 15 mai 2017).
- World Cancer Research Fund International (2016). « NOURISHING framework and policy database », <<http://www.wcrf.org/int/policy/nourishing-framework/?country=1270>> (consulté le 2 février 2017).

Annexe 1

Méthodologie détaillée

Méthodologie détaillée

Cette revue de littérature grise a été réalisée en différentes étapes, présentées ci-dessous.

Étape 1 : phase exploratoire (décembre 2016) et identification des mots clés

Une recherche exploratoire a été menée sur Google.com pour tester et identifier les mots clés les plus pertinents de même que pour repérer quelques revues systématiques et documents généraux sur le sujet. Une recherche spécifique a également été conduite dans Prospero dans le but de voir si des travaux similaires étaient déjà en cours. Les quatre concepts clés suivants ont été définis :

- concept 1 : cible de reformulation;
- concept 2 : nutriment ou composante (sodium, sel, gras trans, gras saturés, sucre) ou aliments transformés;
- concept 3 : gouvernement;
- concept 4 : processus.

À ces concepts se sont rattachés les mots clés suivants, qui ont été définis en français et en anglais, mais surtout utilisés en anglais.

| | |
|---------------------------|---|
| Reformulation (C1) | reformulat* OR re-formulat* OR remov* OR limit* OR reduc* |
| Cible (C1) | target* OR goal* OR limit* OR "maximum value*" OR standard* OR level* |
| Nutriment (C2) | sugar OR sodium OR salt OR fat OR fats OR transfat* OR TFA OR TFAs |
| Aliments transformés (C2) | (prepackaged OR pre-packaged OR packaged OR processed OR prepared) N3 (food* OR product*) |
| Gouvernement (C3) | government* OR national* OR state* OR regulat* OR mandatory OR voluntary OR co-regulat* OR coregulat* OR legal* OR legislat* OR law OR laws OR policy OR policies |
| Processus (C4) | process OR processes OR implement* OR barrier* OR enabl* OR facilitat* OR benchmark* OR bench-mark* OR compar* |

Étape 2 : développement des outils de collecte des données

Après consultation de quelques documents clés, il a été décidé de développer deux tableaux d'extraction distincts, soit 1) une grille d'extraction permettant de décrire les cibles de reformulation des aliments transformés adoptées par divers pays, en documentant les composantes visées (sodium, gras trans, gras saturés, gras totaux, sucre) et le type d'approche (volontaire, réglementaire) et 2) une grille d'extraction afin de colliger l'information sur le contenu des publications. Notre grille comportait les dimensions suivantes :

1. le contexte et l'intervention (objectif, description et autres);
2. le ou les pays évoqués;
3. les cibles d'apport alimentaire et les cibles de reformulation (générales, gras, sel, sucre) de même que les mentions de catégories alimentaires;
4. le développement des cibles;
5. la mise en œuvre des cibles;
6. les résultats / efficacité / évaluation;
7. les effets non recherchés;
8. les coûts;
9. les enjeux d'équité;
10. les barrières, freins et limites;
11. les facteurs facilitants ou facteurs clés de succès;
12. le rôle du gouvernement;
13. la réalité ou la perspective de l'industrie.

Étape 3 : révision des critères d'inclusion et d'exclusion

Dans la description initiale du projet, différents critères avaient été identifiés de manière à définir l'envergure du projet. Après une période de familiarisation avec les données recueillies et vue la portée assez large de la question, il a été convenu de réviser et préciser les critères d'inclusion et d'exclusion pour délimiter et circonscrire la portée de la revue de la littérature grise.

| Dimensions | Critères d'inclusion | Critères d'exclusion |
|---|---|--|
| <i>Critères relatifs au corpus</i> | | |
| Langues de publication | Documents en anglais ou en français. | |
| <i>Critères relatifs aux initiatives des gouvernements ayant adopté des cibles de reformulation</i> | | |
| Type de politique publique - Quoi ? | Cibles de reformulation ou de composition nutritionnelle des aliments transformés préemballés. | Autres types de politiques publiques pouvant influencer les efforts de reformulation : taxes, subventions, cibles visant l'étiquetage des produits alimentaires, balises relatives au marketing aux enfants, politiques ou cibles de reformulation des aliments servis dans les institutions publiques ou standards d'approvisionnement. |
| Aliments visés - Quoi ? | Aliments transformés préemballés. | Aliments servis en restauration, services alimentaires ou traiteur. |
| Nutriments ou éléments ciblés - Quoi ? | Cibles visant un seul nutriment ou élément ciblé (sodium, gras trans, gras saturés, sucre, grosseur des portions) ou un ensemble de nutriments. | Place des nutriments ciblés dans l'alimentation et leurs impacts sur la santé. |
| Approche réglementaire - Comment ? | Volontaire, réglementaire, partenariat public-privé. | Autorégulation pure par l'industrie alimentaire. |
| | Engagement volontaire avec cibles précises définies par l'instance gouvernementale. | Engagement volontaire défini par l'industrie. |
| Instigateur ou leadership - Qui ? | Gouvernement est l'instigateur ou ONG est l'instigateur avec une implication gouvernementale importante. | Industrie est l'instigateur. ONG est l'instigateur sans implication gouvernementale. |
| Géographique - Où ? | Pays ou groupe de pays qui se situent dans le classement « économies à revenu élevé » et « économies à revenu moyen supérieur » selon le classement de décembre 2016 de la Banque mondiale. | En général, les pays qui sont des îles de petite taille ont été exclus. |
| Recommandations des organismes de santé publique | Recommandations relatives à la stratégie de réduction des éléments ciblés et au processus de développement et d'élaboration des cibles. | Apports nutritionnels de référence (ANREF) |
| Effets | Évaluation du processus. Évaluation des effets proximaux (effets sur l'offre alimentaire). | Évaluation des effets sur la consommation alimentaire, la santé ou études de modélisation. |
| Dimensions d'analyse des politiques publiques | Équité. Effets non recherchés. Coûts pour l'industrie alimentaire. | Application spécifique au contexte québécois : coûts, faisabilité, acceptabilité. |

Étape 4 : bonification du corpus et extraction des données

Étant donné la richesse et la pertinence des revues systématiques et documents initiaux consultés, il a été possible de bâtir l'inventaire des initiatives des gouvernements ayant adopté des cibles de reformulation des produits transformés. L'annexe 3 présente les documents utilisés pour ce faire, soit trois revues systématiques, deux articles et huit documents et rapports, publiés entre 2009 et 2016. Ceci a permis de constater le nombre important d'initiatives de gouvernements ayant adopté des cibles de reformulation des aliments transformés. Le corpus a ensuite été bonifié par l'ajout de références ciblées à partir des bibliographies de ces mêmes documents. Une recherche complémentaire a été effectuée dans le catalogue Atrium sur le site Internet des bibliothèques de l'Université de Montréal, en utilisant une combinaison de mots clés tirés des quatre concepts présentés ci-haut. Par ailleurs, des recherches additionnelles ont été faites pour obtenir de l'information sur certaines dimensions moins documentées, notamment les cibles de reformulation liées à la teneur en sucre et en gras saturés. Enfin, des recherches ont été effectuées directement sur les sites gouvernementaux de pays ciblés.

Étape 5 : élaboration du cadre d'analyse

Le cadre d'analyse a été développé pour structurer la présentation de l'information (voir point 2.3). Il reprend la logique d'action de la politique publique en intégrant les différentes dimensions à l'étude. Le cadre d'analyse est une autre façon de présenter les contours de la revue de littérature grise et les différentes dimensions à l'étude.

Étape 6 : choix des initiatives étrangères à documenter

En raison de contraintes de temps et de faisabilité, il a été convenu de choisir un nombre restreint d'initiatives étrangères à documenter de façon plus approfondie. Le choix des pays a été guidé par les différents critères généraux suivants :

- pays semblables au Canada (niveau de vie, idéologie semblable quant au rôle attendu de l'État, consommation assez importante d'aliments transformés);
- initiatives qui ont été documentées et évaluées en termes de résultats et/ou de processus;
- volonté de choisir des pays pour aborder différents cas de figure (volontaire vs réglementaire, approche ciblant les nutriments et approche plus globale de la reformulation).

Le tableau qui suit présente les justifications additionnelles par pays :

| Pays | Justification |
|----------------|---|
| Afrique du Sud | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Première initiative réglementaire ciblant le sodium dans plusieurs catégories de produits. |
| Australie | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Plusieurs articles sur les stratégies de renforcement du partenariat public-privé, le Food and Health Dialogue. ▪ Documentation obtenue concernant l'initiative de l'État de Victoria par le biais de Jacqui Webster. |
| États-Unis | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Partenaire commercial (27 % des importations de produits alimentaires) X et donc, efforts de reformulation des produits transformés possiblement transférables dans un contexte de proximité de marché. ▪ Politiques semblables (interdiction des huiles partiellement hydrogénées, cibles volontaires pour la réduction du sodium). |
| France | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Parenté entre l'Oqali en France et l'Observatoire de la qualité de l'offre alimentaire au Québec. ▪ Approche globale en matière de politique nutritionnelle. |
| Pays-Bas | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Leadership des Pays-Bas lors de la présidence du Conseil de l'Union européenne. |
| Royaume-Uni | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cas « champion » en réduction du sodium. ▪ Initiative récente en réduction du sucre. |

Étape 7 : consultation d'experts

Différents experts ont été consultés dans le cadre du mandat pour valider certaines des informations colligées ou pour investiguer sur des questions à approfondir. La contribution des différents experts est présentée ci-dessous.

| Expert | Contribution de l'expert |
|---|---|
| Kawther Hashem, BSc, MSc Étudiante au doctorat Queen Mary University of London | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pistes données sur les initiatives touchant le sucre en raison de la revue de littérature en cours (Hashem, He et MacGregor, 2016). ▪ Révision du tableau des initiatives étrangères en ce qui a trait au sucre surtout. |
| Norm Campbell, CM, MD, FRCPC Libin Cardiovascular Institute of Alberta, University of Calgary En pré-retraite | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Partage d'information sur les travaux de l'Organisation panaméricaine de la Santé. ▪ Partage d'une étude qui a permis d'identifier les 40 sources principales de sodium dans l'alimentation des canadiens (Fischer et collab., 2009). ▪ Mise en contact avec Jacqui Webster. ▪ Suggestion de contacter Marry L'Abbé. |

| Expert | Contribution de l'expert |
|---|--|
| Jacqui Webster, PhD Centre Director, WHO CC Salt Reduction Associate Professor, University of Sydney | <ul style="list-style-type: none"> ■ Revue globale de la méthodologie et de la démarche à partir de documents traduits en anglais comprenant : objectives and timeline, framework for analysis, inclusion and exclusion criteria, extraction tools and key words, summary table of government-led initiatives, validation phase and questions. ■ Partage de 26 articles scientifiques de même que 2 documents relatifs à l'initiative de l'État de Victoria en Australie. ■ Réponses à des questions spécifiques. |
| Kathy Trieu, BSc, MPH Étudiante au doctorat The George Institute for Global Health's Food Policy Division | <ul style="list-style-type: none"> ■ Révision du tableau des initiatives étrangères en ce qui a trait au sodium surtout en raison de la revue de littérature réalisée (Trieu et collab., 2015; Webster et collab., 2014). ■ Partage d'un lien de l'OMS suite à une question sur la gestion des conflits d'intérêts: WHO GCM/NCD Working Group on how to realize governments' commitments to engage with the private sector for the prevention and control of NCDs (Working Group 3.1). |
| Roger Magnusson, PhD Professor of Health Law and Governance University of Sydney | <ul style="list-style-type: none"> ■ Précisions données sur les types d'approches réglementaires en réponse à des questions à cet effet. ■ Partage d'un rapport de l'OMS sur le rôle de la loi dans l'avancement du droit à la santé (Magnusson et collab., 2017). ■ Transfert du courriel à différentes collègues, Belinda Reeve, Jenny Kaldor et Alexandra Jones. |

Étape 8 : profil des documents recensés dans le cadre de la revue de littérature grise

La démarche poursuivie dans le cadre de cette revue de littérature grise n'est pas la même qui aurait été utilisée dans le cadre d'une synthèse des connaissances classique. Le corpus de publications comprend des documents de divers types et touchent des thématiques variées en lien avec les dimensions à l'étude énoncées ci-haut.

En ce qui a trait au type de documents faisant partie de la bibliographie, on dénombre :

- 61 documents scientifiques (revues de littérature, articles, etc.);
- 59 documents gouvernementaux;
- 24 documents publiés par des organismes de santé publique reconnus (OMS surtout);
- 5 documents élaborés par des acteurs de l'industrie alimentaire;
- 11 documents ne pouvant être classés dans les catégories ci-haut.

Le corpus peut également être décrit en fonction des thématiques couvertes. Les publications pouvaient traiter de plus d'une thématique à la fois, mais ils ont été classés en fonction de leur dominante et de la raison principale de leur inclusion dans le corpus. Environ la moitié des documents ont servi à documenter les initiatives au Canada et ailleurs dans le monde, soit 83 documents. Les autres documents traitaient de sous-dimensions à l'étude, soit les politiques publiques et la reformulation, la perspective de l'industrie, les approches réglementaires, le monitoring ou abordaient des questions plus spécifiques rattachés aux nutriments (sodium, gras trans, sucre).

| Thèmes | Nombre |
|--|---------------|
| <i>Documents permettant de documenter les expériences d'ailleurs</i> | |
| Canada | 26 |
| Monde, union européenne et région des Amériques | 20 |
| Afrique du Sud | 5 |
| Australie | 7 |
| États-Unis | 6 |
| France | 8 |
| Pays-Bas | 2 |
| Royaume-Uni | 8 |
| <i>Documents spécifiques aux thématiques à l'étude</i> | |
| Politiques publiques et reformulation des aliments | 23 |
| Industrie alimentaire | 13 |
| Approches réglementaires | 7 |
| Monitoring | 8 |
| Sodium | 13 |
| Sucre | 5 |
| Gras trans | 1 |
| Autres | 8 |

Annexe 2

Les cibles de reformulation des aliments transformés au Canada

Les cibles de reformulation des aliments transformés au Canada

La section qui suit présentera brièvement le contexte canadien et les deux initiatives en matière de cibles de reformulation des produits transformés qui visent les teneurs en gras trans et en sodium dans les aliments. Mais d'abord, voici quelques dates importantes qui permettront de contextualiser les informations présentées par la suite.

Chronologie des événements connexes

- 2005 : Diffusion de la Stratégie pancanadienne en matière de modes de vie sains
- 2005-07 : Étiquetage nutritionnel obligatoire sur tous les aliments préemballés
- 2006-15 : Gouvernement conservateur de Stephen Harper au pouvoir
- 2010 : Adoption de la Déclaration sur la prévention et la promotion par les ministres fédéraux, provinciaux et territoriaux (à l'exception du Québec)
- 2012 : Diffusion du Cadre d'action fédéral, provincial et territorial pour la promotion du poids santé Freiner l'obésité juvénile
- 2015 : Novembre : Élection du gouvernement libéral de Justin Trudeau
- 2015 : Lettre de mandat remise à la ministre de la Santé (extrait : « en adoptant des règlements plus stricts, semblables à ceux en vigueur aux États-Unis, pour éliminer les gras trans et réduire le sodium dans les aliments transformés »)
- 2016 : Novembre : La ministre de la Santé lance une Stratégie en matière de saine alimentation
- 2016-17 : Consultation de Santé Canada sur l'étiquetage sur le devant des emballages
- 2017 : Lancement de consultations sur Une politique alimentaire pour le Canada

1 Stratégie canadienne en matière de saine alimentation

Dans sa *Stratégie en matière de saine alimentation*, Santé Canada présente les différentes mesures en cours ou prévues afin de rendre les choix alimentaires sains plus faciles à faire pour la population (Santé Canada, 2016a). Elles sont classées ci-dessous de mesures visant à agir plus directement sur la qualité de l'offre alimentaire à des mesures reposant davantage sur le changement de comportement individuel :

- Éliminer les gras trans produits industriellement.
- Réduire le sodium dans les aliments avec consultation au printemps 2017 pour établir de nouvelles cibles pour le sodium dans les aliments transformés.
- Nutrition nord Canada : programme de subvention visant à faciliter l'accès aux résidents du Nord à des aliments nutritifs.
- Restreindre la commercialisation des boissons et des aliments malsains destinés aux enfants.
- Renforcer l'étiquetage nutritionnel et l'étiquetage des ingrédients.
- Réviser le Guide alimentaire canadien.

2 Lois canadiennes relatives à l'alimentation

Dans le cadre de politiques ou mesures provinciales visant l'amélioration de la composition nutritionnelle des aliments transformés, le cadre réglementaire canadien existant doit être considéré. Santé Canada est responsable de l'élaboration des normes touchant la salubrité et la qualité nutritionnelle de tous les aliments vendus au Canada. Ces normes figurent dans la *Loi sur les aliments et drogues* et le *Règlement sur les aliments et drogues*. L'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA), quant à elle, est responsable de leur application.

Comme nous l'avons vu au point 3.1, un éventail de politiques publiques sont susceptibles d'encourager la reformulation des produits transformés. Notons à cet effet que l'étiquetage nutritionnel pour 13 éléments nutritifs est obligatoire depuis le 12 décembre 2007 et qu'une initiative de modernisation de l'étiquetage des aliments a mené à des modifications définitives au *Règlement sur les aliments et drogues - Étiquetage nutritionnel, autres dispositions d'étiquetage et colorants alimentaires*, publiées le 24 décembre 2016 dans la Partie II de la Gazette du Canada. Par ailleurs, en 2012, un nouveau cadre pour l'autorisation par la loi de l'utilisation d'additifs alimentaires a été mis en œuvre pour permettre à Santé Canada de rationaliser et d'accélérer l'utilisation des additifs alimentaires sécuritaires (Santé Canada, 2012b).

Certaines ententes et accords ont comme but de faciliter les échanges commerciaux interprovinciaux. L'Accord sur le commerce intérieur (ACI), dont le but est d'éliminer les obstacles au commerce, à l'investissement et à la mobilité au Canada, en est un exemple. Le chapitre neuf de l'ACI touche les produits agricoles et les produits alimentaires. Il est pertinent de tenir compte des accords commerciaux, car ceux-ci font parfois entrave aux politiques visant la reformulation des produits transformés. À titre d'exemple, lorsque le Danemark a introduit sa réglementation interdisant les gras trans en 2004, le pays a dû faire face à la résistance de l'Union européenne, qui considérait que la législation faisait obstacle au commerce (Downs, Thow et Leeder, 2013).

3 Échos des provinces

Les provinces et territoires ont aussi mis en place différents programmes ou mesures visant l'amélioration de la composition nutritionnelle des aliments. Dans le cadre de la stratégie canadienne de réduction du sodium, les ministres de la Santé au niveau fédéral, provincial et territorial, à l'exception du Québec, se sont engagés à atteindre une cible nationale d'apport en sodium de 2300 mg par jour d'ici 2016. Des publications font état de différentes initiatives en place dans les provinces; en voici quelques-unes (McLaren, 2012; Conference of Provincial-Territorial Ministers of Health, 2012) :

| Provinces | Initiatives évoquées |
|----------------------|--|
| Alberta | <ul style="list-style-type: none">■ <i>Alberta Food for Health Awards - A Premier's Award</i> : initié en 2009, il récompense l'industrie pour ses efforts d'amélioration de l'offre alimentaire.■ <i>Quality Food for Health</i> a été lancé en 2011 par <i>Alberta Innovates</i> et offrait 5 millions de dollars en fonds de recherche. Le financement provenait de partenaires privés et de trois ministères.■ La ville de Calgary a été la première ville du pays à interdire les gras trans dans les restaurants en janvier 2008, mais le gouvernement de l'Alberta a résilié la mesure par la création de l'<i>Alberta Health Services Board</i>. |
| Colombie-Britannique | <ul style="list-style-type: none">■ Restriction de l'utilisation des gras trans dans les établissements de services alimentaires, entrée en vigueur le 30 septembre 2009, en vertu du <i>Public Health Act</i> par le biais du <i>Public Health Impediments</i>, soit le principe d'obstacle à la santé (Magnusson et collab., 2017). |

| Provinces | Initiatives évoquées |
|-----------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Healthy Convenience Store Initiative</i> : partenariat entre le gouvernement et le <i>Western Convenience Store Association</i> qui cherche à bonifier l'environnement alimentaire au détail. |
| Ontario | <ul style="list-style-type: none"> ■ Ontario Sodium Summit : tenu en février 2012 et organisé par plusieurs partenaires ontariens (Intersol Group, 2012). |
| Québec | <ul style="list-style-type: none"> ■ Programme Mélior : programme de charte d'engagements volontaires de progrès, lancé en novembre 2011. |

Notons également que le programme Visez Santé™ de la Fondation des maladies du cœur, lancé en 1999, a été implanté dans plusieurs provinces canadiennes, mais qu'il a été aboli à l'été 2014, partiellement en raison des critiques dont il faisait l'objet (Jobin, 2014). Le programme volontaire permettait aux entreprises alimentaires d'apposer le logo Visez Santé™ ou en anglais Health Check™ sur leurs produits alimentaires qui se conformaient à des critères nutritionnels définis par catégories d'aliments, mais les critères étaient jugés trop souples, ce qui pouvait induire les consommateurs en erreur dans leur appréciation de la qualité nutritionnelle du produit.

4 La surveillance de l'offre alimentaire et la recherche

Au Canada, la source principale de données sur les apports alimentaires est le cycle 2.2 sur la nutrition de l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (ESCC) de 2004. Les données sont recueillies au moyen d'un rappel alimentaire de 24 heures. En 2012, l'équipe de l'ESCC a entrepris un projet de remaniement qui a été mis en œuvre pour l'ESCC 2015 et qui avait comme objectifs de réviser la méthode d'échantillonnage, d'adopter une nouvelle base de sondage, de moderniser le contenu et de réviser la population cible. En raison de ces changements, il faudra user de prudence pour comparer les données des cycles antérieurs aux données publiées pour le cycle 2015 et les cycles ultérieurs (Gouvernement du Canada, 2015).

En janvier 2010, les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), l'Institute of Nutrition, Metabolism, and Diabetes (INMD) et l'Institute of Circulatory and Respiratory Health (ICRH) avaient tenu un atelier intitulé *Élaboration d'un programme de recherche pour la réduction du sodium au Canada* (Institute of Circulatory and Respiratory Health (Canada) et collab., 2011). L'événement, qui a attiré près de 100 participants, avait entre autres comme objectif d'identifier les lacunes et opportunités en matière de recherche au Canada pour la réduction du sodium. Quelques participants du Québec étaient présents, notamment Katherine Gray-Donald de l'Université McGill, Paul Paquin de l'Institut sur la nutrition et les aliments fonctionnels (INAF) de l'Université Laval et Daniel-Georges Bichet de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

Au Canada, un projet de recherche, rattaché au L'Abbé Lab de l'Université de Toronto permet d'obtenir des données sur l'offre alimentaire. Le Food Label Information Program (FLIP) est une base de données sur les aliments préemballés mise à jour tous les 2-3 ans, avec données pour 2010 (n = 10 487) et 2013 (n = 15 342). La collecte de données se fait chez les quatre principaux détaillants (Loblaws, Metro, Sobeys, Safeway) au pays, ce qui représente environ 75 % du marché canadien de la distribution alimentaire. Une application mobile a été développée pour numériser et enregistrer le code universel de produit (CUP) ainsi qu'une photographie de tous les côtés de l'emballage. Une collecte de données est prévue au printemps 2017. Le Menu-FLIP, quant à lui, est une base de données comprenant de l'information nutritionnelle pour environ 9000 produits vendus dans les chaînes de restauration rapide ou dans les restaurants traditionnels.

Le FLIP a notamment permis de dresser un portrait des teneurs en sucre dans les aliments préemballés sur le marché canadien pour 17 catégories et 77 sous-catégories (Bernstein et collab., 2016). Étant donné qu'il n'est pas possible de départager les sucres libres des sucres naturellement présents par des analyses de laboratoire, les sucres libres ont été calculés dans le cadre de cette étude.

Les données du FLIP ont aussi été utilisées pour évaluer les modifications de la teneur en sodium dans les aliments transformés entre 2010 et 2013 (Arcand et collab., 2016). L'étude a démontré que 16 % des catégories d'aliments présentaient des teneurs significativement réduites en sodium.

5 Transparence des communications

Récemment, le gouvernement fédéral a pris différents moyens pour devenir un « gouvernement ouvert », c'est-à-dire demeurer ouvert aux citoyens et préserver la transparence. Les diverses activités de consultation officielles visent à favoriser la participation d'une grande variété d'acteurs. Santé Canada publie également un tableau des réunions et correspondances depuis octobre 2016 (Gouvernement du Canada, [s.d.]). Notons que le Conseil de la transformation alimentaire du Québec (CTAQ) de même que les intervenants québécois sur les aliments (IQA) ont initié des rencontres avec la Direction des aliments qui se sont tenues le 17 novembre 2016. Santé Canada a aussi convoqué divers groupes afin de leur présenter une mise à jour sur la révision du Guide alimentaire canadien, notamment l'Ordre professionnel des diététistes du Québec et la Coalition québécoise sur la problématique du poids rencontrées séparément le 31 mars 2017.

6 La réduction des gras trans au Canada

Dans les années 1990, les Canadiens étaient de ceux qui consommaient le plus de gras trans au monde. Depuis le début des années 2000, différentes approches ont été déployées et ont permis de réduire les niveaux de gras trans dans l'offre alimentaire au Canada. L'étiquetage nutritionnel obligatoire des gras trans a été un premier pas en ce sens. Voici quelques dates repères :

Chronologie des événements - Gras trans

- 2005 : Mise sur pied du Groupe d'étude sur les gras trans par Santé Canada
- 2006 : Juin : *Rapport du Groupe d'étude sur les gras trans: TRANSformer l'approvisionnement alimentaire*
- 2006-09 : Programme de surveillance des gras trans
- 2007 : Juin : Santé Canada opte pour une approche volontaire de réduction des gras trans
- 2011-12 : Enquête qualitative menée auprès de fabricants, détaillants et exploitants de services alimentaires
- 2016 : Consultation de 60 jours de Santé Canada au sujet d'une proposition visant à interdire l'utilisation des huiles partiellement hydrogénées
- 2017 : Projet de règlement visant à interdire les huiles partiellement hydrogénées et interdiction en septembre
- 2018 : Mise en vigueur prévue pour septembre 2018

Étape A : Portrait

Au cours des années 1990, l'apport moyen en acides gras trans au Canada était de 8,4 g/jour. Quant à la surveillance de l'offre alimentaire, Santé Canada a commencé à mesurer la teneur en gras trans des aliments dans les années 1990.

Étape B : Formulation de la stratégie

Le Groupe d'étude multipartite sur les gras trans, mis sur pied par Santé Canada en 2005 et dirigé conjointement avec la Fondation des maladies du cœur, avait comme mandat d'élaborer des recommandations et des stratégies visant la réduction des gras trans de production industrielle dans les aliments canadiens. Le Groupe a diffusé son rapport en 2006 et recommandait d'adopter une démarche réglementaire visant à limiter la teneur en gras trans à 2 % de la teneur totale en lipides pour les huiles végétales et les margarines molles et à 5 % de la teneur totale en lipides pour les autres aliments (Canada et collab., 2006).

Étape C : Mise en œuvre

Le 20 juin 2007, le ministre de la Santé opte pour une approche volontaire et demande à l'industrie de suivre les limites établies par le Groupe d'étude, soit 2 % de l'ensemble des gras pour les huiles végétales et les margarines molles, et 5 % pour tous les autres aliments, y compris les ingrédients vendus dans les restaurants, dans un délai de 2 ans. L'approche, bien que volontaire, fut soutenue par la menace d'une approche réglementaire (Conference Board of Canada, 2012).

Le but visé par la démarche est de réduire au maximum la teneur en gras trans de façon à permettre aux Canadiens de se conformer aux recommandations de l'OMS quant à l'apport moyen en gras trans, de sorte qu'il ne dépasse pas 1 % de l'apport énergétique global (WHO/FAO, 2003). Les transformateurs sont incités à remplacer les gras trans par des substituts plus sains, des gras mono-insaturés et polyinsaturés par exemple, et à ne pas les remplacer par des gras saturés.

En 2011, la Direction des aliments de Santé Canada a mené une évaluation des risques qui indiquait que chez certaines sous-populations vulnérables, le risque d'un apport plus élevé en gras trans était plus important.

Un sondage réalisé en 2011 par le *Center for Food in Canada* auprès de 1186 entreprises alimentaires de divers secteurs rapportait que 43 % d'entre elles appuyaient la réglementation des gras trans, 27 % préféraient une approche volontaire et 29 % une approche combinée volontaire et réglementaire (Conference Board of Canada, 2012).

En avril 2017, Santé Canada a publié un projet de règlement visant à ajouter les huiles partiellement hydrogénées (HPH) à la Liste des contaminants et des autres substances adultérantes dans les aliments et l'interdiction fut officialisée en septembre 2017. Santé Canada évoquait que l'approche volontaire actuelle n'éliminerait pas les produits contenant toujours des huiles partiellement hydrogénées et ne permettrait pas au gouvernement d'atteindre son objectif en matière de santé publique (Gouvernement du Canada, 2017). Les HPH est la source principale d'acides gras trans de production industrielle dans tous les aliments vendus au Canada. Cette approche s'apparente à l'approche des États-Unis; en effet, la FDA a rendu une décision définitive en juin 2015 déterminant que les HPH ne sont plus jugées généralement sans danger ou en anglais, *generally recognized as safe* (G.R.A.S).

Étape D : Évaluation et suivi

Le *Programme de surveillance des gras trans* (PSGT) a été mis en place pour déterminer la teneur en gras trans des grands contributeurs. Différents résultats ont été diffusés en décembre 2007, en juillet 2008 de même qu'en février et décembre 2009 (Gouvernement du Canada, 2008).

Le PSGT ayant pris fin en 2009, une étude de l'Université de Toronto a entrepris de mesurer les progrès en termes de réduction des gras trans dans l'offre alimentaire canadienne (Arcand et collab., 2014). Cette étude a démontré que la proportion d'aliments conformes aux cibles pour les gras trans était passée de 75 % en 2005-2009 à 97 % en 2010-2011. Bien qu'il y ait eu une amélioration notable, certaines catégories de produits contenaient toujours une quantité élevée de gras trans (100 % des fromages sans produits laitiers, 72 % des glaçages, 66,7 % du lard et shortening et 47,4 % des biscuits et scones). Par ailleurs, dans certains produits, les quantités de graisses saturées étaient plus élevées.

7 La réduction du sodium au Canada

La réduction du sodium est également un engagement du gouvernement du Canada en matière de santé publique. Voici quelques dates clés qui permettent de visualiser les grandes étapes de la stratégie canadienne de réduction du sodium.

Chronologie des événements - Sodium

- 2007 : Mise sur pied du Groupe de travail sur le sodium (GTS) par le ministre de la Santé
- 2009 : Santé Canada rencontre différents groupes d'industriels en lien avec les cibles de réduction du sodium provisoires pour le groupe d'aliments 1 (50-60% du sodium)
- 2010 : Février-mars : Santé Canada réalise des consultations par écrit sur les cibles de réduction du sodium provisoires pour le groupe d'aliments 1
- Juillet : Rapport du Groupe de travail sur le sodium: *Stratégie de réduction du sodium pour le Canada*
- Novembre : Santé Canada réalise une consultation ciblée en lien avec l'utilisation de seuils maximum et/ou de moyennes pondérées en fonction des ventes, dont la rétroaction est disponible en ligne (Gouvernement du Canada, 2010a)
- 2011 : Janvier-février : Santé Canada réalise une consultation sur les cibles des groupes d'aliments 1 et 2
- Santé Canada met fin aux activités du GTS
- 2011-12 : Sondage qualitatif mené par Agriculture et Agroalimentaire Canada (AAC) auprès de 55 entreprises canadiennes
- 2012 : Juin : Publication du *Document d'orientation destiné à l'industrie alimentaire sur la réduction du sodium dans les aliments transformés*
- Octobre : Webinaire tenu par AAC : *La réduction du sodium au Canada - Progrès et défis*
- 2016 : Octobre : Tenue du *Symposium sur la réduction du sodium dans les aliments*, organisé par Santé Canada

Étape A : Portrait

L'apport en sodium des Canadiens a été estimé à 3400 mg par jour par personne (ESCC 2004), dont environ 77 % provient des aliments transformés, 11,6 % est naturellement présent et la balance provient de sources discrétionnaires, avec 6,2 % provenant du sel de table et 5,1 % du sel ajouté durant la cuisson (Mattes et Donnelly, 1991). Les hommes consommaient davantage de sodium que les femmes. Notons également que les apports en sodium des adultes québécois (3350 mg avant le sel ajouté à table ou pendant la cuisson) étaient supérieurs à la moyenne canadienne (3092 mg) dans le cadre de cette enquête.

Une étude a permis d'identifier à partir de l'ESCC 2004 les 40 principales sources de sodium dans les aliments (Fischer et collab., 2009). Les principales catégories de produits étaient les pains (14 %), les viandes transformées (9 %), les plats de pâtes alimentaires (6 %) et les fromages (5 %), mais l'étude a démontré qu'un nombre important de catégories d'aliments contribuaient aux apports en sodium. Les 10 principales sources de sodium avaient été regroupées et présentées différemment en 2007, plaçant en tête les pizzas, sandwiches, sous-marins, hamburgers et hotdogs (19 %) suivis des soupes (7 %) et les pâtes (6 %) (Statistique Canada, 2007). Ceci illustre bien les défis rattachés à la classification des aliments dans l'exercice d'identification des sources principales d'un nutriment dans l'alimentation. Notons toutefois que c'est l'étude de Fischer qui a alimenté la démarche de Santé Canada et du Groupe de travail sur le sodium (GTS).

Étape B : Formulation de la stratégie

Un GTS a été mandaté par le ministre de la Santé pour élaborer et surveiller la mise en œuvre d'une stratégie visant à réduire l'apport en sodium des Canadiens. Le GTS était composé de 25 représentants du secteur de la fabrication et des services alimentaires, des 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 de divers ministères et organismes gouvernementaux. Les membres du GTS ont siégé à au moins un des quatre sous-comités entre lesquels les démarches ont été réparties et les travaux des sous-comités ont été revus et adoptés par le GTS en entier. Afin d'aider le GTS dans l'élaboration de la stratégie, Santé Canada a entrepris en 2009 un processus de consultation par divers moyens, dont un questionnaire en ligne (Gouvernement du Canada et Santé Canada, 2009).

Le rapport final du GTS présentait quatre principaux volets :

1. une réduction volontaire de la teneur en sodium des produits alimentaires transformés;
2. l'éducation et la sensibilisation des consommateurs et des intervenants;
3. la recherche;
4. finalement un volet considéré comme transversal, la surveillance et l'évaluation des efforts consacrés à la réduction du sodium.

Notons que les trois premiers volets, et donc l'approche volontaire, étaient déjà établis et intégrés dans le descriptif de mandat du GTS et donc, qu'il était convenu à l'avance que l'approche réglementaire ne serait pas considérée, indépendamment des évidences scientifiques (McLaren, 2012). La proposition faisait donc appel à une « démarche volontaire structurée », incluant des cibles de réduction avec délais déterminés, un mécanisme pour l'engagement public de l'industrie, un plan de surveillance des progrès par un organisme indépendant de l'industrie et un plan pour l'évaluation indépendante de la réussite du programme (Canada et Sodium Working Group, 2010). En 2011, le ministre de la Santé fédéral avait émis quelques réserves concernant l'approche volontaire structurée craignant que celle-ci soit jugée trop contraignante par l'industrie alimentaire, et ayant ainsi un effet

dissuasif. En décembre 2011, le gouvernement a décidé de mettre fin aux activités du GTS. Santé Canada continuerait toutefois de faire appel à son Comité consultatif d'experts des aliments (CCEA) (Santé Canada, 2012a) et des personnes détenant une expertise sur le sodium seraient également invitées à participer sur une base ad hoc (McLaren, 2012). Le Comité consultatif d'experts sur les aliments compte aujourd'hui 19 membres issus majoritairement de l'industrie alimentaire et du milieu universitaire ou rattachés à des ONG ou encore agissant à titre de consultants (Gouvernement du Canada, 2010b). Les membres issus du Québec sont Dr Stéphane Bayen du Département des Sciences des Aliments et de Chimie Agricole à l'Université McGill, Dr Sylvain Fournaise de la compagnie Olymel, Dr Lawrence Goodridge titulaire de la chaire Ian and Jayne Munro en salubrité des aliments à l'Université McGill et Lucie Granger, directrice générale de l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ).

Pour établir les cibles de réduction de la teneur en sodium des aliments, Santé Canada a eu recours aux deux points de départ suivants, soit les cibles de sodium de la Food Standards Agency (FSA) du Royaume-Uni et les teneurs en sodium des aliments. Tel que mentionné ci-haut, l'étude de Fischer, basée sur l'ESCC 2004, a servi à identifier les sources principales de sodium. Santé Canada a également utilisé les données produites par A.C. Nielsen sur le volume des ventes (de 2008 à 2010) afin d'élaborer un plan d'échantillonnage des produits individuels et des regroupements en catégories. Les données sur le sodium proviennent d'environ 10 000 étiquettes d'aliments rassemblées de 2009 à 2010. Les catégories d'aliments et les cibles provisoires ont ensuite été définies. Des exercices de modélisation ont été réalisés par des statisticiens. Voici la justification expliquant le choix des cibles.

Extrait du Document d'orientation destiné à l'industrie alimentaire sur la réduction du sodium dans les aliments transformés :

« Dans la plupart des cas, on a établi les teneurs en sodium fondées sur la moyenne pondérée en fonction des ventes (MPV) proposées pour 2016 en réduisant d'environ 25 à 30 % la teneur en sodium fondée sur la MPV de référence. Si la réduction de 25 % à 30 % produisait une teneur inférieure au 10^{ième} centile de la gamme actuelle de teneurs en sodium d'une catégorie donnée, la teneur en sodium correspondant au 10^{ième} centile dans cette catégorie a été retenue à titre de teneur en sodium fondée sur la MPV proposée. Les teneurs progressives représentent typiquement, respectivement, 1/3 et 2/3 de la réduction requise pour atteindre les teneurs repères fondées sur la MPV établies pour 2016 et elles ont pour fonction de guider l'industrie vers l'atteinte des teneurs en sodium fondées sur la MPV établies pour 2016. La majorité des teneurs maximales établies pour 2016 correspondent au 75^{ième} centile des teneurs en sodium observées dans chaque catégorie d'aliments. Dans certains cas où des questions particulières relevant de la salubrité ou d'ordre technologique étaient documentées, des exceptions ont été appliquées. »

Différents moyens ont été déployés pour informer et consulter l'industrie alimentaire, notamment une rencontre d'information en septembre 2009 et des réunions sectorielles ou avec certaines entreprises en novembre et en décembre 2009 (Gouvernement du Canada, 2010a). Des consultations plus formelles ont également eu lieu pour recueillir les commentaires sur les cibles provisoires pour le groupe d'aliments 1, le groupe d'aliments 1 et 2 et sur la question de l'utilisation des teneurs fondées sur la moyenne pondérée en fonction des ventes.

Étape C : Mise en œuvre

En 2012, Santé Canada a publié le *Document d'orientation destiné à l'industrie alimentaire sur la réduction du sodium dans les aliments transformés*, qui comprend les cibles de réduction volontaire

du sodium établies pour 94 catégories d'aliments transformés à atteindre d'ici le 31 décembre 2016 (Santé Canada, 2012a).

Notons que la cible nationale de consommation a été établie à 2300 mg de sodium par jour à atteindre d'ici 2016 pour l'ensemble de la population. Cet objectif est fondé sur une réduction de 5 % par an de la quantité de sodium consommée.

Étape D : Évaluation et suivi

Évaluer la perception des industriels

Agriculture et Agroalimentaire Canada a réalisé un sondage qualitatif du mois d'octobre 2011 au mois de mars 2012 auprès de 55 entreprises canadiennes du secteur de l'alimentation (35 transformateurs, 5 détaillants et 15 concessionnaires alimentaires). Cet échantillon n'est pas représentatif de l'ensemble de l'industrie alimentaire, mais le sondage a permis d'obtenir de l'information sur les progrès, les difficultés et motivations de même que les répercussions commerciales de la réduction du sodium sur l'industrie alimentaire canadienne. La majorité des répondants avaient pris des mesures pour réduire la quantité de sodium dans leurs produits. Des 40 fabricants et détaillants sondés, 30 avaient des produits qui respectaient les cibles de réduction du sodium.

Évaluer les teneurs en sodium dans les aliments

En prévision du Symposium sur la réduction du sodium dans les aliments, Santé Canada a effectué une surveillance provisoire de la teneur en sodium d'aliments de certaines catégories afin de mesurer les progrès de l'industrie vers l'atteinte des cibles publiées en 2012. Quinze catégories prioritaires, qui sont des grands contributeurs à l'apport en sodium, ont été identifiées, notamment des produits de boulangerie et céréales prêtes-à-manger, des fromages, des charcuteries, des mets congelés, des soupes, des jus et cocktails et divers produits destinés aux tout-petits. L'information nutritionnelle a été recueillie à partir de quelque 1000 étiquettes d'aliments combinée aux données sur les ventes au détail de la compagnie Nielsen ont été utilisées pour calculer la moyenne pondérée en fonction des ventes. Dans l'ensemble, les résultats indiquent que l'industrie alimentaire a consacré des efforts à la réduction de la teneur en sodium des aliments, mais les progrès varient en fonction des catégories (Santé Canada, 2016b).

Une évaluation approfondie de la teneur en sodium par rapport aux cibles de réduction s'amorcera au début 2017. Les données sur l'approvisionnement alimentaire et celles sur la consommation alimentaire issues de l'ESCC 2015 seront jumelés dans le but d'évaluer l'apport en sodium chez la population.

Annexe 3

Publications et documents consultés pour bâtir l'inventaire des initiatives

Publications et documents consultés pour bâtir l'inventaire des initiatives

| Référence | Type de publication | Titre | Région/nb pays |
|---|--|--|---|
| (McLaren et collab., 2016) | Revue systématique | Population-level interventions in government jurisdictions for dietary sodium reduction | Monde 10 pays |
| (World Cancer Research Fund International, 2016) | Document | NOURISHING framework - Improve nutritional quality of the whole food supply | Monde + de 25 pays |
| (Center for Science in the Public Interest, 2016) | Document | International Action on Sodium , Center for Science in the Public Interest | Monde 31 pays |
| (Trieu et collab., 2015) | Revue systématique | Salt Reduction Initiatives around the World - A Systematic Review of Progress towards the Global Target | Monde 75 pays |
| (Campbell et collab., 2015) | Article | Inaugural Maximum Values for Sodium in Processed Food Products in the Americas | Pays d'Amérique 5 pays |
| (Campbell et PAHO, 2015) | Power point | Population level dietary salt reduction initiative in the Americas | Pays d'Amérique 20 pays |
| (Webster et collab., 2014) | Article | Target Salt 2025: A global overview of national programs to encourage the food industry to reduce salt in foods | Monde 83 pays |
| (Mouratidou, T. et collab., 2014) | Rapport de la Commission européenne | Trans fatty acids in Europe: where do we stand? A synthesis of the evidence 2002-2013 | Union européenne |
| (Lloyd-Williams et collab., 2014) | Article | Smorgasbord or symphony? Assessing public health nutrition policies across 30 European countries using a novel framework | Europe 30 pays |
| (WHO, 2013) | Rapport | Mapping salt reduction initiatives in the WHO European Region | Région européenne de l'OMS Plus de 50 pays |
| (Downs, Thow et Leeder, 2013) | Revue systématique | The effectiveness of policies for reducing dietary trans fat : a systematic review of evidence | Monde |
| (European Commission, 2012a) | Rapport de la Commission européenne | Survey on Members States' Implementation of the EU Salt Reduction Framework | Union européenne |
| (Penney, Sheila, 2009) | Document préparé pour l'Agence de santé publique du Canada | Dropping the salt - Practical steps countries are taking to prevent chronic non-communicable diseases through population-wide dietary salt reduction | Monde Environ 50 pays |

Annexe 4

Sommaire – Cibles de reformulation aux États-Unis

| | |
|---|--|
| <p>États-Unis : république constitutionnelle fédérale à régime présidentiel composée de cinquante états fédérés.</p> <p>Diverses initiatives de reformulation des aliments et boissons sont actuellement en cours aux États-Unis : quasi-réglementation public-privé, partenariats avec des institutions gouvernementales, co-régulation avec des OBNL ou ONG (ex. : Alliance for a Healthier Generation, Partnership for a Healthier America, The NYC Health Department, Mars Inc., Healthy Weight Commitment Foundation) (Scott, Hawkins et Knai, 2017). On note deux principales initiatives gouvernementales en matière de cibles de reformulation des aliments transformés, soit 1) le retrait du statut G.R.A.S. aux huiles partiellement hydrogénées par la FDA en 2015 et 2) des cibles de réduction volontaires provisoires pour le sodium émises par la FDA en 2016.</p> | |
| Ancrages | <p>Healthy People 2020 avec objectifs liés à la consommation des nutriments NWS-17 à 19</p> <p>National Sodium Reduction Initiative (NSRI), partenariat de plus de 90 (ou 70 ?) partenaires, coordonné par le NYC Health Department, lancé en 2008, visant une réduction des apports en sodium de 20 % de 2009 à 2014</p> <p>Dietary Guidelines for Americans 2015-2020 par HHS/USDA</p> |
| Principales parties prenantes | <p>GOUV : U.S. Department of Health and Human Services (HHS) et National Heart Lung and Blood Institute (NHLBI)</p> <p>GOUV : U.S. Food and Drug Administration (FDA) et Center for Food Safety and Applied Nutrition (CFSAN)</p> <p>GOUV : U.S. Department of Agriculture (USDA) et le Nutrient Data Laboratory (NDL)</p> <p>Centers for Disease Control and Prevention (CDC)</p> <p>NYC Health Department (NYCHD)</p> <p>Institute of Medicine (IOM)</p> <p>ONG : American Heart Association (AHA), Center for Science in the Public Interest (CSPI), American Public Health Association (APHA), American Medical Association (AMA)</p> <p>Industrie : Grocery Manufacturers Association (GMA), Salt Institute, National Restaurant Association</p> <p>Opposition : Center for Consumer Freedom</p> |
| Ligne de temps | <p>1959 : Le sel fait partie de la liste d'origine des produits G.R.A.S. - 21 CFR 182.1</p> <p>1969 : Une préoccupation à l'égard de la consommation excessive de sodium est énoncée dans le cadre de la White House Conference on Food Nutrition and Health</p> <p>1980 : HHS propose une réduction de 20 % du sodium dans les aliments transformés (Appel et collab., 2012)</p> <p>1994 : Étiquetage obligatoire pour la majorité des aliments transformés - 21 CFR 101.9</p> <p>2002 : Début du mandat de Michael Bloomberg comme maire de New York (jusqu'à 2013), le NSRI a été mis sur pied sous son administration</p> <p>2005 : IOM publie ses apports nutritionnels de référence</p> <p>2006 : FDA rend obligatoire l'étiquetage nutritionnel des gras trans</p> <p>2008-09 : NSRI est lancé et commence à travailler avec l'industrie (rencontres par catégories d'aliments)</p> <p>2010 : Publication du rapport de l'IOM Strategies to Reduce Sodium Intake in the U.S.</p> <p>2010 : CDC lance le programme Sodium Reduction in Communities</p> <p>2011 (28 octobre) : Le président Barack Obama publie un Mémoire incitant les agences à développer des partenariats public-privé (Kretser et collab., 2015)</p> <p>2011 (septembre) : FDA réalise une consultation (appel de commentaires et d'information) relative aux approches de réduction du sodium (Food and Drug Administration et U.S. Department of Health & Human Services, 2011)</p> <p>2013 : FDA émet un avis provisoire que les huiles partiellement hydrogénées (HPH) ne soient plus G.R.A.S. et des consultations suivent.</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>2014 : Consultation gouvernementale sur la reformulation de produits dans le cadre de l'élaboration des Dietary Guidelines for Americans</p> <p>2014 : Consensus Statement on Sodium émis par un ensemble d'experts concluant que les évidences scientifiques sont claires à l'effet que la réduction de sodium à l'échelle populationnelle fait partie d'une approche globale de réduction des maladies cardiovasculaires et de la mortalité aux États-Unis.</p> <p>2015 : FDA officialise que les HPH ne sont plus G.R.A.S. sous le Federal Food, Drug, and Cosmetics Act</p> <p>2015 : Publication des Dietary Guidelines for Americans</p> <p>2016 (juin): FDA propose des cibles de réduction volontaires provisoires pour le sodium, qui sont soumises à une consultation de 90 jours.</p> |
| Processus | <p>Comité de l'IOM : Committe on Strategies to Reduce Sodium Intake, Food and Nutrition Board</p> <p>Dans le cadre de l'élaboration des Dietary Guidelines for Americans, des groupes de travail ont été mis sur pied : Saturated Fat Working Group, Sodium Working Group, Added Sugars Working Group</p> |
| Cibles | <p>NSRI : Cibles volontaires de réduction du sodium pour 15 catégories d'aliments, 62 aliments transformés et 25 catégories d'aliments au restaurant d'ici 2012 et 2014, sous la forme de moyennes pondérées en fonction des ventes uniquement.</p> <p>FDA - Provisoire : Cibles volontaire de réduction du sodium pour 16 catégories et 150 sous-catégories d'aliments, avec des valeurs repères de 2010, des cibles à court terme (2 ans) et à long terme (10 ans), sous la forme de moyennes pondérées en fonction des ventes et sous la forme de seuils supérieurs. Elles concernent les transformateurs et les services alimentaires/restaurants. Le processus de consultation a reçu 208 commentaires.</p> <p>FDA retire le statut G.R.A.S. aux HPH en 2015 et l'industrie doit se conformer d'ici 2018</p> |
| Évaluation | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Surveillance des apports : National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) ▪ NSRI : Packaged Food Database, développée par le NYCHD qui fusionne des données de ventes et de valeur nutritive. Une évaluation a montré des progrès modestes de 2009 à 2014 avec une réduction de 6,8 % des teneurs moyennes en sodium pondérées en fonction des ventes (Curtis et collab., 2016) et cette information a été communiqué par le NYCHD en août 2016. ▪ Monitoring de l'USDA comprend 1) le suivi d'environ 125 aliments populaires appelés Sentinel Foods, par le biais d'analyses en laboratoire par le NDH et qui représentent environ le tiers des apports en sodium de la population 2) le monitoring de plus de 1100 autres aliments transformés et de restauration appelés priority-2 foods (Ahuja et collab., 2015). ▪ USDA Branded Food Products Database est le résultat d'un partenariat public-privé qui se veut un complément à l'USDA National Nutrient Database for Standard Reference. |
| Points forts | <p>NSRI</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cibles de reformulation spécifiques pour un large éventail de catégories d'aliments. |
| Points faibles (Reeve et Magnusson, 2015) | <p>NSRI</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Malgré l'adhésion de 28 entreprises alimentaires, plusieurs grandes entreprises et grandes chaînes de restauration rapide ont boudé le programme. ▪ Pas de pénalités pour non performance et donc possibilité que des compagnies bénéficient des avantages d'être associés à l'initiative sans répercussions négatives, risque de « free riding ». ▪ Rapports de progrès des entreprises ne sont pas systématiques et détaillés et aucun monitoring indépendant. <p>FDA - Cibles sodium</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les cibles de la FDA étaient attendues depuis un certain temps. Différentes parties prenantes avaient demandé la diffusion des cibles provisoires en octobre 2014 et décembre 2015. La |

| | |
|----------------|--|
| | FDA a été confrontée à une résistance de l'industrie, car un programme volontaire peut être interprété comme une possibilité d'intervention plus sévère à l'avenir. |
| Documents clés | National Salt Reduction Initiative packaged food categories and targets (NYC Health Department, 2009). Voluntary Sodium Reduction Goals : Target Mean and Upper Bound Concentrations for Sodium in Commercially Processed, Packaged, and Prepared Foods : Guidance for Industry (Food and Drug Administration et U.S. Department of Health & Human Services, 2016). |

Annexe 5

Sommaire – Cibles de reformulation au Royaume-Uni

| | |
|---|--|
| <p>Royaume-Uni : monarchie constitutionnelle composée de 4 nations constitutives : l'Angleterre, l'Écosse, le Pays de Galles et l'Irlande du Nord.</p> <p>La stratégie de réduction du sodium au Royaume-Uni, initiée en 2003, est un cas inspirant pour plusieurs pays à travers le monde et a mené à des réductions des apports en sel au sein de la population. Le Public Health Responsibility Deal, mis sur pied en 2011, est un partenariat public-privé entre le gouvernement, l'industrie, les ONG et les organisations de santé publique. Les participants sont appelés à adhérer à des engagements volontaires, collectifs ou non, qui proposent des actions spécifiques dans 4 sphères : alimentation, alcool, santé au travail ou activité physique. Le PHRD est jugé par certains auteurs comme présentant plusieurs limites (Knai et collab., 2015; Reeve et Magnusson, 2015).</p> | |
| Ancrages | <p>Public Health Responsibility Deal (PHRD)</p> <p>Childhood Obesity, A Plan for Action - Août 2016 (incluant un engagement de mettre sur pied un programme structurée de réduction du sucre)</p> |
| Principales parties prenantes | <p>GOUV (département non ministériel) : UK Food Standards Agency (FSA)</p> <p>GOUV : Department of Health (DH)</p> <p>GOUV (agence exécutive) : Public Health England (PHE)</p> <p>Scientific Advisory Committee on Nutrition (SACN)</p> <p>ONG : Consensus Action on Salt and Health (CASH), groupe d'experts indépendants instauré en 1996</p> <p>ONG : Action on Sugar, groupe de spécialistes préoccupés par le sucre et ses effets sur la santé, mis sur pied en 2014</p> <p>Opposition : Salt Manufacturers' Association (SMA)</p> |
| Ligne de temps | <p>2003 (mai) : SACN publie le rapport Salt and Health qui recommande un apport maximal en sel de 6 g par jour (Great Britain et collab., 2003).</p> <p>2003 (octobre) : FSA publie la version préliminaire du Salt Model qui vise une réduction de l'apport en sodium de 9,5 g (dont environ 75 % provient des aliments transformés) à 6 g par jour d'ici 2010.</p> <p>2003 (novembre) : Forum des parties prenantes conviées par le DH et la FSA.</p> <p>2004 : FSA rencontre des entreprises pour aborder la réduction du sel.</p> <p>2005 : Publication du Salt Model (version officielle) et consultation publique (UK Food Standards Agency, 2005).</p> <p>2006 : Introduction d'un système volontaire d'affichage sur le dessus de l'emballage « Traffic light labels »</p> <p>2006 : FSA publie des cibles volontaires de réduction du sodium pour 85 catégories d'aliments d'ici 2010</p> <p>2007 : Recommandations du SACN dans le rapport Update on trans fatty acids and health</p> <p>2008 : FSA publie des cibles volontaires de réduction du sodium plus ambitieuses pour 80 catégories d'ici 2012 et rencontres d'information</p> <p>2009 : FSA publie des recommandations provisoires pour la réduction des gras saturés et des sucres ajoutés (et portions) pour les biscuits, gâteaux, pâtisseries, chocolats et boissons gazeuses</p> <p>2010-2015 : Élection d'un gouvernement de coalition des partis social-démocrate et conservateur</p> <p>2010 : Politique nutritionnelle transférée de la FSA au DH</p> <p>2011 (Mars) : Lancement du PHRD (UK Department of Health, 2011).</p> <p>2014 (Janvier) : Lancement de la campagne Action on Sugar</p> <p>2014 : Publication de nouvelles cibles volontaires de réduction du sodium pour 76 catégories d'aliments d'ici 2017 (UK Department of Health, 2014).</p> <p>2015 (Mai) : Élection d'un gouvernement conservateur majoritaire</p> |

| | |
|------------|--|
| | <p>2015 : Recommandations du SACN dans le rapport Carbohydrates and Health (apport en sucres libres ne devrait pas dépasser 5 % de l'apport quotidien) et rapport de PHE Sugar reduction : from evidence into action</p> <p>2016 : Britanniques votent pour le retrait du Royaume-Uni de l'UE, Theresa May succède à David Cameron à la tête du Parti conservateur</p> <p>2016 (May) : Consultation des parties prenantes sur la réduction du sucre et programme de reformulation</p> <p>En cours : Volonté de redéfinir le programme de réduction du sodium afin de lui attribuer une plus grande portée et qu'il puisse être intégré à un programme plus vaste d'amélioration du régime alimentaire, comprenant les calories et les sucres, et vise le secteur hors du foyer (Santé Canada, 2016b).</p> <p>2017 (Mars) : Annonce d'une taxe sur le sucre dans le cadre du budget gouvernemental (entrée en vigueur en avril 2018)</p> <p>2017 (Mars) : PHE publie le rapport Sugar reduction : Achieving the 20 %</p> |
| Processus | <p>Le SACN conseille PHE et d'autres organismes gouvernementaux.</p> <p>La FSA a engagé l'industrie alimentaire de différentes façons de 2003 à 2009 : consultations publiques écrites, groupes de travail avec représentants de plusieurs entreprises, rencontres en personne avec des entreprises individuelles, rencontres d'information. Des stratégies sur mesure ont aussi été déployées pour assurer que les petites entreprises et le secteur des traiteurs avaient les informations et le soutien technique nécessaire (Charlton, Webster et Kowal, 2014).</p> <p>En 2008, le programme de réduction du sodium au Royaume-Uni, intégré à un programme de nutrition, employait 4,8 ressources en équivalent temps complet (ÉTC).</p> <p>Des groupes de travail sectoriels ont été mis sur pied pour le pain, les céréales à déjeuner, les soupes et les sauces (Project Neptune) pour favoriser un terrain de jeu équitable et l'adaptation progressive des consommateurs (Charlton, Webster et Kowal, 2014).</p> <p>Groupe plénier qui supervise le PHRD est composé des représentants seniors du milieu des affaires, des ONG, des organismes de santé publique et des représentants gouvernementaux.</p> <p>Quatre réseaux thématiques : 1) Alimentation (Food Network), 2) Alcool, 3) Activité physique, 4) Santé au travail</p> |
| Cibles | <p>Cibles de réduction du sodium publiées par la FSA en 2006 (85 catégories d'ici 2010) et en 2008 (80 catégories d'ici 2012) et par le PHRD en 2014 (76 catégories d'ici 2017).</p> <p>PHRD - Food Network - 10 engagements, dont :</p> <p>Engagement F2 : Réduction du sel (78 signataires - Fermé)</p> <p>Engagement F4 : Réduction des calories (43 signataires)</p> <p>Engagement F8 : Réduction des gras saturés (18 signataires)</p> <p>Engagement F9 : Réduction du sel 2017 (39 signataires)</p> |
| Évaluation | <p>Les données de base sont tirées du National Diet and Nutrition Survey (2008-2012).</p> <p>FSA a réalisé des collectes d'urine de 24h de façon périodique.</p> <p>FSA a acheté de l'information sur 130 000 produits (étiquettes alimentaires et données de ventes).</p> <p>Processed Food Databank est une base de données qui suit les teneurs en sel.</p> <p>Branded UK Food Composition Database est utilisée de concert avec myfood24 (Carter et collab., 2016).</p> <p>Le PHRD demande aux entreprises de rendre compte de leurs progrès sur une base annuelle, en fonction d'indicateurs établis conjointement.</p> <p>RÉSULTATS :</p> <p>Réduction mesurée de la consommation de sel au sein de la population de 15 %, soit de 9,5 g en 2000/01 à 8,1 g en 2011.</p> |

| | |
|---|---|
| | Réduction des teneurs en sel dans certaines catégories clés, notamment les céréales à déjeuner, les soupes, les biscuits sucrés et les fromages transformés (entre 2004 et 2011). |
| Points forts (Charlton, Webster et Kowal, 2014) | <ul style="list-style-type: none"> ■ Leadership gouvernemental fort, réduction du sodium présentée comme une priorité et pression soutenue sur l'industrie. ■ Rôle de plaidoyer des ONG (dont CASH), ONG actifs et collaboration avec eux. ■ Stratégie multi-composantes : campagne de sensibilisation en différentes phases (prise de conscience accrue des consommateurs), étiquetage alimentaire volontaire de type « feu de circulation », cibles volontaires de réduction du sodium. ■ Mécanismes de monitoring robustes (FSA). ■ Reddition de compte transparente et publication sur le site Internet du PHRD des plans de mise en œuvre et des rapports annuels des différents partenaires. |
| Points faibles (Reeve et Magnusson, 2015) | <ul style="list-style-type: none"> ■ Le PHRD présente quelques-unes des limites des processus réglementaires contrôlés par l'industrie : industrie très présente dans la gouvernance et, par conséquent, niveau d'influence disproportionné, plusieurs engagements sont peu spécifiques et les mécanismes de monitoring déficients, moins de signataires dans le nouvel engagement de réduction du sel. ■ Le PHRD n'exerce pas de sanctions ou pénalités et la menace de réglementation est + ou - crédible. |
| Documents clés | <p>www.responsibilitydeal.dh.gov.uk</p> <p>https://www.food.gov.uk/northern-ireland/nutritionni/salt-ni/salt_targets/salt-timeline</p> |

Annexe 6

Sommaire –Cibles de reformulation en Afrique du Sud

| | |
|---|---|
| <p>Afrique du Sud : pays situé à l'extrémité australe du continent africain, doté d'un régime parlementaire et composé de neuf provinces qui ont un pouvoir modéré. Une combinaison de facteurs, dont l'urbanisation rapide, la concentration au sein de l'industrie alimentaire et la mondialisation du commerce, ont transformé l'environnement alimentaire sud-africain au cours des dernières décennies (Igumbor et collab., 2012). Les habitudes alimentaires ont changé et on constate une consommation accrue d'aliments transformés. L'Afrique du Sud est le premier pays à avoir adopté une loi visant à réduire le sel dans un large éventail d'aliments, qui fut le fruit d'une conjoncture favorable, notamment la pression politique sur la scène internationale, les données spécifiques à la situation en Afrique du Sud et un certain opportunisme politique (Charlton, Webster et Kowal, 2014). On a vu une opposition de l'industrie, et plus spécifiquement du secteur de la boulangerie, qui jugeait le cible pour le pain (380 mg Na/100 g) avec comme échéance 2018 trop sévère et non réaliste dans les délais. Des chercheurs de l'Université de Cape Town ont montré qu'il était possible de produire des pains contenant moins que la limite de 380 mg Na/ 100 g. La comparaison avec les teneurs en sodium dans le pain dans d'autres pays et la teneur en sodium dans les mêmes produits d'un pays à l'autre a aussi servi d'argument. Par ailleurs, un sondage auprès de l'industrie alimentaire a révélé qu'environ la moitié des répondants préféraient une approche réglementaire à une approche volontaire pour favoriser un terrain de jeu équitable (WHO Regional Office for Africa, 2013).</p> | |
| Ancrages | Aucun ancrage identifié hormis la mobilisation internationale de lutte aux MNT par le biais de l'OMS. |
| Principales parties prenantes | <p>GOUV : South African Department of Health (NDoH) GOUV : South African Medical Research Council (MRC) ONG : SA Heart and Stroke Foundation et groupe de plaidoyer : SaltWatch working group ONG : Public Health Association of SA (PHASA) South African National Accreditation System (SANAS) University of the Western Cape, University of Cape Town</p> <p>Détaillants : Woolworths a été le premier détaillant à retirer les gras trans de ses gammes de produits en 2007.</p> <p>Aperçu du secteur de l'industrie alimentaire : 1800 transformateurs alimentaires, 8661 commerces de restauration rapide, dont 4991 faisant partie de chaînes (2010)</p> |
| Ligne de temps | <p>2010 (mars) : Publication de la South African Food Labelling Regulations (R146/2010) 2011 (17 février) : Publication de la loi sur les gras trans dans les aliments 2011 (août) : Entrée en vigueur de la loi sur les gras trans 2011 (septembre) : Aaron Motsoaledi, Ministre de la santé, s'engage à réduire l'apport en sodium de la population sud-africaine lors d'un sommet sur les MNT à Johannesburg 2012 (juillet) : Publication du projet de loi sur la réduction du sodium dans les aliments et période de consultation de 3 mois 2013 (20 mars) : Publication de la loi sur la réduction du sodium dans les aliments 2014 (mars) : Mise sur pied de SaltWatch, financé par le NDoH, qui mènera une campagne de communication massive d'une durée de 4 mois 2016 (30 juin) : Entrée en vigueur de loi sur la réduction du sodium dans les aliments 2016 (2 septembre) : Tenue du High Level Salt Reduction Consultation Meeting à Cape Town 2016 (6 septembre) : Amendements proposés à la loi et période de 3 mois pour commenter 2019 (30 juin) : Entrée en vigueur de cibles plus sévères de réduction du sodium</p> |
| Processus | <p>Des experts du milieu académique ont été invités à une série de consultations réunissant le gouvernement et l'industrie alimentaire en lien avec la réduction du sodium. La première consultation a été réalisée avec le secteur de la boulangerie, mais d'autres secteurs ont été rencontrés.</p> <p>Une version préliminaire de la réglementation a été publiée avec un délai de 3 mois de consultations publiques. Des modifications ont été faites au projet de loi pour tenir compte des commentaires de l'industrie (ex. : échéance de 2018 a été reportée à 2019).</p> |

| | |
|--|---|
| Cibles | <p>Cibles réglementaires limitant l'utilisation d'huiles ou de graisses trans artificielles à un maximum de 2 % dans tous les aliments. Ceci s'applique à la vente, la fabrication ou l'importation, incluant la restauration, les commerces de restauration rapide et les traiteurs (South African Department of Health, 2011).</p> <p>Cibles réglementaires de réduction du sodium pour 13 catégories d'aliments avec valeurs cibles pour 2016 et 2019 (South African Department of Health, 2013).</p> |
| Évaluation | <p>Dans la loi, la teneur en sodium doit être évaluée selon une méthodologie définie pour le pain et pour les autres catégories d'aliments. Suite aux incohérences constatées entre les teneurs en sodium auto déclarées par l'industrie et les analyses chimiques réalisées par un tiers, le NDoH a l'intention de rencontrer les parties prenantes (laboratoire, industrie) pour comprendre les modes d'évaluation des teneurs en sodium et trouver des solutions pour renforcer le monitoring.</p> <p>Le MRC diffuse de l'information sur le South African Food Data System (SAFOODS) en lien avec l'étiquetage alimentaire, les laboratoires accrédités pour les analyses de composition, etc.</p> <p>Dr Jacqui Webster du George Institute for Global Health a évoqué la possibilité que l'application mobile FoodSwiith soit utilisée pour suivre la composition nutritionnelle des aliments à partir des étiquettes alimentaires.</p> <p>Des indicateurs d'évaluation pourraient être intégrés dans le cadre de la WHO Study on global AGEing and adult health (SAGE), notamment la collecte des urines de 24h pour évaluer la consommation de sodium.</p> |
| Points forts (Hofman et Tollman, 2013; WHO Regional Office for Africa, 2013) | <ul style="list-style-type: none"> ■ Utilisation du momentum au niveau mondial pour faire avancer le dossier. ■ Implication importante du secteur académique. ■ Cible nationale de consommation établie en 2012 à 5 g de sel par jour d'ici 2020. ■ Leadership du Ministre : communication des données probantes et du fardeau évitable, se présente comme « Ministre de la santé et non le Ministre de la maladie », temps accordé pour comprendre et adresser les craintes de l'industrie et les risques et coûts de la réglementation. ■ Collaboration intersectorielle pour la reformulation de produits entre des chercheurs et des partenaires de l'industrie (R&D, sciences et technologies des aliments, marketing). ■ Des amendes et sanctions sont prévues au règlement. |
| Points faibles | <ul style="list-style-type: none"> ■ Capacité du gouvernement à effectuer le suivi reste à démontrer. ■ Couverture médiatique a mis de l'avant certains contre-arguments à la réglementation sur le sodium, notamment les pièges potentiels de l'« état nounou », la hausse possible des prix du pain, etc. ■ Cibles présentées uniquement sous la forme de seuils maximum et valeurs élevés en comparaison avec les cibles du Royaume-Uni. |
| Documents clés | <p>Regulations relating to trans-fat in Foodstuffs, No. 34029, Foodstuffs, Cosmetics and Disinfectants Act</p> <p>Regulations relating to the reduction of sodium in certain foodstuffs and related matters, No. 36274, Foodstuffs, Cosmetics and Disinfectants Act</p> |

Annexe 7

Sommaire – Cibles de reformulation en Australie

| | |
|---|---|
| <p>Australie : fédération de six États et trois territoires. Le Healthy Food Partnership établit un mécanisme de collaboration entre le gouvernement, le secteur de la santé publique et l'industrie alimentaire pour lutter contre l'obésité, promouvoir la saine alimentation et permettre à l'industrie de bonifier la qualité nutritionnelle de leurs portefeuilles de produits. Il a succédé au Food and Health Dialogue qui a été en opération pendant 6 années.</p> | |
| Ancrages | <p>Food and Health Dialogue (Dialogue) - 2009-2015 Healthy Food Partnership (HFP) - 2015 - Aujourd'hui Australian Dietary Guidelines 2013 - www.eatforhealth.gov.au Health Star Rating system (affichage sur le dessus de l'emballage)</p> |
| Principales parties prenantes | <p>GOUV : Australian Government Department of Health Food Standards Australia New Zealand National Health and Medical Research Council (NHMRC) ONG : National Heart Foundation of Australia ONG : Australian Division of World Action on Salt and Health (WASH) ONG : Public Health Association of Australia Industrie : Australian Food and Grocery Council Commonwealth Scientific and Industrial Research Organisation (CSIRO)</p> |
| Ligne de temps | <p>2007 : WASH a lancé la campagne « Drop the salt » et a établi des cibles pour l'industrie. 2009 : Le ministère de la santé fédéral lance le Dialogue. 2012 (octobre) : L'Australian Food and Grocery Council lance le Healthier Australia Commitment qui propose 3 engagements : réduction des gras saturés dans les produits de 25 %, réduction du sodium de 25 % et réduction des calories d'ici 2025. 2013 (mai) : Le Parti travailliste annonce une allocation de 800 000 \$ pour soutenir le FHD. 2013 (septembre) : Élection du gouvernement la Coalition, qui regroupe le Parti libéral et le Parti national. 2015 (novembre) : Le gouvernement présente le successeur du FHD, le Healthy Food Partnership. 2016 (mai) : La Heart Foundation soumet le rapport d'évaluation au ministère de la santé. 2016 (août) : Communiqué du comité exécutif du HFP et mise sur pied d'un nouveau groupe de travail sur la reformulation (Australian Government Department of Health, 2017).</p> |
| Processus | <p><u>Gouvernance du HFP (actuel)</u> Comité exécutif (12 membres, incluant gouvernement, ONG, industrie) sous le Ministre responsable de la politique alimentaire se réunissant 3 fois par année, 5 groupes de travail (grosneur des portions, communication et éducation, reformulation des produits, services alimentaires et stratégie globale et évaluation) et au besoin, des tables rondes industrielles. Les plans de travail des groupes de travail sont disponibles sur Internet. Les membres de groupes de travail ont été choisis en fonction de leurs compétences, expertises et expériences plutôt que pour représenter un groupe ou une organisation en particulier. <u>Gouvernance du Dialogue</u> Groupe exécutif, un groupe de travail sur la reformulation et des tables rondes avec l'industrie par catégories d'aliments.</p> |
| Cibles | <p>Cibles volontaires émises dans le cadre du Dialogue pour 9 ou 10 catégories d'aliments principalement pour le sodium (seuil maximal de 400 mg/100g pour le pain, % de réduction ou cible moyenne ou seuil maximal pour d'autres catégories) et dans une moindre mesure pour les gras saturés et grosseur des portions.</p> |
| Évaluation | <p>Une étude avait permis d'établir un portrait au temps 0 des teneurs en sodium dans les aliments (Webster, Dunford et Neal, 2010). Le processus du Dialogue a été évalué par des chercheurs en 2014 et en 2016 (Elliott et collab., 2014).</p> |

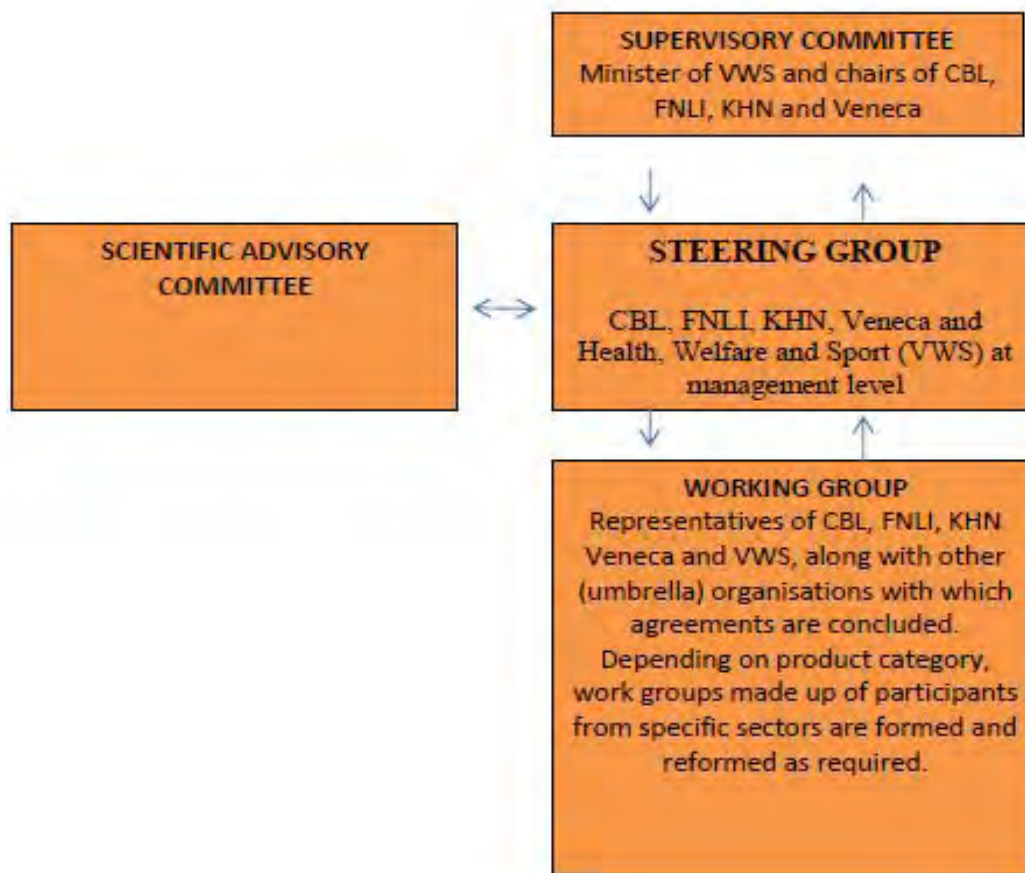
| | |
|----------------|---|
| | Rapport d'évaluation du Dialogue : Report on the evaluation of the nine food categories for which reformulation targets were set under the Food and Health Dialogue (National Heart Foundation of Australia, 2016). |
| Points forts | <p>Healthy Food Partnership</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Publication de communiqués sur Internet après chaque rencontre du comité exécutif du HFP, en accord avec leur volonté de transparence (Australian Government Department of Health, 2017). ■ Base de données FoodTrack™, développée par la Heart Foundation, en partenariat avec CSIRO. ■ Le groupe de travail sur la reformulation a entrepris le développement d'un outil Web pour outiller les entreprises dans leurs efforts de reformulation de produits. |
| Points faibles | <p>Dialogue (Elliott et collab., 2014; Magnusson et Reeve, 2015; Jones et collab., 2016; Magnusson et Reeve, 2014)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Pas de cible nationale de consommation pour le sodium, ■ Cibles avec faible portée, peu ambitieuses et formulés de diverses façons (% réduction, seuil maximal, etc.) |
| Documents clés | <p>Plan de travail du groupe de travail sur la reformulation avec but, objectifs, portée, gouvernance et reddition de comptes, livrables et échéancier (Reformulation working group, 2016).</p> <p>Site Internet du Healthy Food Partnership (Australian Government, 2016)</p> |

Annexe 8

Sommaire – Cibles de reformulation aux Pays-Bas

| | |
|--|--|
| <p>Pays-Bas : le Royaume des Pays-Bas est composé de douze provinces, mais l'essentiel des pouvoirs juridiques, politiques et financiers sont exercés par le gouvernement central.</p> <p>Les Pays-Bas ont opté pour une approche de partenariat réunissant l'industrie alimentaire, les détaillants, les traiteurs et restaurateurs et le Ministère de la santé. Ces partenaires ont adhéré en 2014 à une entente nationale visant l'amélioration de la composition des produits transformés, le National Agreement To Improve Product Composition 2014-2020. Les principaux éléments de la stratégie sont les suivants : la collecte de données, l'étalonnage par catégories d'aliments, une action concertée avec l'industrie, la sensibilisation du public par les ONG et le monitoring et l'évaluation (Dutch Ministry of Health, Welfare and Sport, 2015).</p> <p>Note : barrière linguistique pour quelques documents.</p> | |
| Ancrages | <p>National Agreement To Improve Product Composition 2014-2020</p> <p>National Guidelines for Healthy Food Choices par le Netherlands Nutrition Centre, organisation indépendante</p> <p>Healthy choice logo</p> <p>Convenant Gezond Gewicht (public-private partnership for healthy bodyweight)</p> |
| Principales parties prenantes | <p>GOUV : Ministry of Health, Welfare and Sport (VWS)</p> <p>GOUV : Netherlands Food and Consumer Product Safety Authority (NVWA), agence indépendante pour le Ministry of Economic Affairs et agence exécutive pour le Ministry of Health, Welfare and Sport</p> <p>Central Bureau for the Food Trade (CBL)</p> <p>National Institute for Public Health and the Environment (RIVM), institut de recherche et agence indépendante de VWS</p> <p>Netherlands Organisation for Applied Scientific Research (TNO), organisation indépendante mise sur pied en 1932 pour assister le gouvernement et les entreprises dans l'application des connaissances</p> <p>Partenaires de l'industrie :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Dutch Federation for the Food Industry (FNLI) ■ Royal Dutch Hotel and Catering Association (KHN) ■ Dutch Catering Association (Veneca) |
| Ligne de temps | <p>2007 : Démarche d'autorégulation avec groupes de travail sur les gras et le sel</p> <p>2008 : Le RIVM est désigné comme le WHO Collaborating Centre for Nutrition</p> <p>2012 : Début de la surveillance de la reformulation des aliments (sodium, gras saturés)</p> <p>2014 : Projet de surveillance des teneurs en sodium, gras saturés et sucre dans les aliments transformés, de 2011 à 2014</p> <p>2014 : Entente signée par différents acteurs pour améliorer la composition alimentaire des aliments</p> <p>2016 : Présidence des Pays-Bas au Conseil des ministres de l'Union européenne</p> |
| Processus | <p>Gouvernance : comité adviseur, comité de pilotage, comité consultatif scientifique, groupes de travail (Ministry of Health, Welfare and Sport, 2014).</p> <p>Voir organigramme ci-dessous.</p> |
| Cibles | <p>Volonté de réduction du sel, des gras saturés et du sucre (calories) par l'établissement de seuils maximum par catégorie d'aliments avec priorité sur les produits destinés aux enfants, mais pas encore de valeurs établies.</p> <p>Accord volontaire avec l'industrie de la boulangerie, suivi d'une réglementation mise en place à la demande de l'industrie (en deux étapes pour un seuil maximum de sel de 2,5 % à 1,8 % de la matière sèche (réduction mesurée de 14-15% dans le pain) (Van de Velde, Van Gunst et Roodenburg, 2016).</p> |
| Évaluation | <p>Le monitoring de la reformulation de produits est lié à la Dutch Food Composition Database (NEVO) et est réalisé par le RIVM et la NVWA.</p> |

| | |
|----------------|---|
| | Rapports d'évaluation sur la reformulation de produits transmis au Ministry of Health, Welfare and Sport en 2013 et 2015 (en néerlandais) et rapport récent : Comparison of salt, saturated fat, and sugar content in foods between 2011 and 2016 : RIVM Reformulation monitor 2016. |
| Points forts | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rôle de leader dans la cadre de la présidence des Pays-Bas au Conseil des ministres de l'Union européenne avec le Roadmap for action on food product improvement (EU Dutch Presidency, 2016). ▪ Cible nationale de consommation à 6 g de sel par jour d'ici 2020. ▪ Transparence dans les communications : les plans, les résultats, les défis. |
| Points faibles | Note : Peu de documentation et manque de temps. |
| Documents clés | National Agreement To Improve Product Composition 2014-2020 (Ministry of Health, Welfare and Sport, 2014). http://www.rivm.nl/en/Topics/F/Food_Reformulation |



Annexe 9

Sommaire – Cibles de reformulation en France

| | |
|--|---|
| <p>France : La France, officiellement la République française, est un État souverain.</p> <p>La France a une politique nutritionnelle globale par le biais de son Programme national nutrition santé (PNNS) et de son Programme national pour l'alimentation (PNA). L'amélioration de l'offre alimentaire passe par les chartes d'engagements volontaires du PNNS, les accords collectifs du PNA et la surveillance et l'évaluation par le biais de l'Observatoire de la qualité de l'alimentation (Oqali), dont le premier rôle est d'objectiver la qualité nutritionnelle de l'offre et son évolution pour permettre des négociations mieux informées entre les diverses parties prenantes (Soler, 2016).</p> | |
| Ancrages | <p>Programme national nutrition santé (PNNS), lancé en 2001 - PNNS 2001-2005, PNNS2 2006-2010, PNNS 2011-2015</p> <p>Référentiel pour les chartes d'engagements volontaires de progrès nutritionnel qui doivent viser des objectifs prioritaires énoncés au PNNS2, soit la consommation de sel et glucides simples, de lipides totaux, d'acides gras saturés, de glucides complexes et de fibres ainsi que des fruits et légumes et doivent cibler au moins les deux tiers des produits de l'entreprise demanderesse (République française, 2007).</p> <p>Programme national pour l'alimentation (PNA), lancé en 2010, définit de façon concrète la nouvelle politique publique de l'alimentation et a pour ambition d'améliorer l'offre alimentaire (Axe II du PNA) en considérant plusieurs aspects en plus de la composition nutritionnelle (impact environnemental du système alimentaire, salubrité des produits, modes d'élevage, qualités gustatives et praticité, notamment avec des « Contrats collectifs d'engagement de qualité » entre l'État et la filière agroalimentaire (Ministère de l'Agriculture, de l'Agroalimentaire et de la Forêt, 2013).</p> |
| Principales parties prenantes | <p>GOUV : Ministère des Affaires sociales et de la Santé, coordonnateur du PNNS, du projet des chartes et du comité de validation des chartes</p> <p>GOUV : Ministère de l'Agriculture, de l'Agroalimentaire et de la Forêt</p> <p>GOUV : Ministère de l'Économie et des Finances</p> <p>GOUV : Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses), établissement public sous la tutelle de ministères créé en 2010 et fusion avec l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa), ancien établissement public</p> <p>Institut National de la Recherche Agronomique (INRA), organisme de recherche en agronomie créé en 1946</p> <p>Observatoire de la qualité de l'alimentation (Oqali), mis sur pied en 2008 par l'Anses et l'INRA</p> <p>Conseil National de l'Alimentation (CNA), « le parlement de l'alimentation », instance consultative, sous les 3 ministères énumérés ci-haut</p> |
| Ligne de temps | <p>2001 : Début des efforts de réduction du sodium dans le pain principalement (McLaren, 2012).</p> <p>2005 : Avis n°51 du CNA qui recommande la création d'un Observatoire (Conseil national de l'alimentation en France, 2005).</p> <p>2006 : Le gouvernement français confie à un comité le mandat d'élaborer un référentiel type qui servira de cadre aux entreprises.</p> <p>2007 : Mise en place du programme de chartes d'engagements volontaires de progrès nutritionnel.</p> <p>2008 (janvier) : étude de faisabilité pour la mise en place de l'observatoire de la qualité de l'alimentation, réalisé par l'INRA et Afssa (Institut national de recherche agronomique et Anses, 2008).</p> <p>2008 : Mise en place de l'Oqali.</p> <p>2010 (27 juillet) : loi de modernisation de l'agriculture et de la pêche.</p> <p>2012 : Le décret N° 2012-80 définit les modalités de reconnaissance des accords collectifs.</p> <p>2012 : L'Anses diffuse son avis relatif au suivi des teneurs en sel des principaux vecteurs entre 2003 et 2011 montrant une diminution des teneurs en sel pour 6 des 8 groupes (Anses, 2012).</p> <p>2016 : L'Anses diffuse ses recommandations d'apport de sucres (Anses, 2016).</p> |
| Processus | <p>Mise en place d'un comité d'experts pour développer le référentiel, composé de représentants gouvernementaux, organisations professionnelles et interprofessionnelles du secteur alimentaire, plusieurs entreprises, des organisations de consommateurs et le Conseil national</p> |

| | |
|---------------------------------|--|
| | <p>de l'alimentation, des scientifiques spécialisés en nutrition, en technologie alimentaire et en économie, l'Anses et l'INRA.</p> <p>Mise en place d'un comité de validation des chartes d'engagement, composé de scientifiques reconnus des domaines de la nutrition, technologie des aliments, économie et marketing (signature d'une divulgation de conflit d'intérêts). Note : Les experts sont bénévoles, mais si c'était à refaire, ils seraient payés selon Michel Chauliac (Conseil de la transformation alimentaire du Québec et Conseil des initiatives pour le progrès en alimentation, 2015).</p> <p>Mise en place de groupes de réflexion thématiques qui rassemblent un grand nombre d'acteurs et de partenaires (coordonné par le Ministère de l'agriculture, groupe sur les glucides établi en 2005 et sur les lipides en 2007, rôle de soutien aux chartes collectives).</p> <p>Processus : proposition-négociation-validation</p> |
| Résultats | Adhésion : 30 signataires de chartes en 6 ans, dont 25 engagements pour réduire le sodium, 24 engagements pour réduire les lipides et 11 pour réduire les sucres simples. |
| Cibles | Pas de cibles précises publiées, mais discutées dans le cadre de négociations ? |
| Évaluation | <ul style="list-style-type: none"> ■ La base de données de l'Oqali permet le suivi de l'offre alimentaire. La collecte de données se fait surtout à partir des étiquettes alimentaires et avec des données auto rapportées (Menard et collab., 2011) ■ Des études d'impact réel et potentiel des engagements volontaires de progrès nutritionnel - Études transversales ■ Plusieurs études sectorielles sont disponibles sur le site de l'Oqali pour 29 catégories de produits (ex. : céréales pour le petit-déjeuner, compotes, pizzas surgelées) - Études sectorielles |
| Points forts (Sebillotte, 2016) | <ul style="list-style-type: none"> ■ Combinaison de mesures, lois et règlements et actions complémentaires. ■ Capacité de surveillance par le biais de l'Observatoire de la qualité (Oqali). ■ Collaboration entre plusieurs secteurs, soit le gouvernement, l'industrie alimentaire, la recherche, les consommateurs et les établissements de santé. ■ Un tiers parti indépendant doit effectuer le suivi de la performance; celui-ci est payé par l'opérateur économique. ■ Le processus proposition-négociation-validation individualisé assure l'adhésion à des objectifs et cibles ambitieuses et réalistes. ■ Exigences élevées sur le plan nutritionnel des chartes et rigueur/crédibilité du programme associées à la difficulté à respecter tous les principes du référentiel. |
| Points faibles | <ul style="list-style-type: none"> ■ Aucune sanction en cas de non-compliance aux engagements volontaires. ■ Malgré le fait que l'engagement collectif devrait être privilégié, cette option n'a pas été très populaire. ■ Résultats jugés insuffisants par une évaluation externe (nombre limité de signataires, organisations professionnelles et les PME ne sont pratiquement pas engagées). Note : le PNNS prévoit une aide pour les PME (Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé et France, 2011). ■ Visibilité et reconnaissance de l'engagement des signataires sont peu présents, même si les entreprises ne sont pas toutes d'avis qu'une communication accrue devrait être présente en raison des risques d'affecter la crédibilité du programme ou par crainte d'être davantage surveillée par l'opinion publique ou les médias (Conseil de la transformation alimentaire du Québec et Conseil des initiatives pour le progrès en alimentation, 2015). ■ Aucun « après-charte » n'a été prévu et on ignore donc quelles sont les suites lorsqu'une entreprise a atteint les objectifs fixés dans le délai prescrit. |
| Documents clés | https://www.oqali.fr/ |

Annexe 10

Sommaire – Cibles de reformulation de l'Union européenne

| | |
|--|--|
| <p>Union européenne : l'Union européenne est une association politico-économique de 8 États européens qui délègue ces pouvoirs à différentes institutions : le Parlement européen, le Conseil européen, le Conseil de l'UE, la Commission européenne, Le Conseil de l'Union européenne invite les États membres à se doter de plans d'amélioration des produits alimentaires pour permettre aux consommateurs d'opter plus facilement pour une saine alimentation. La Commission européenne joue un rôle de soutien à plusieurs égards (voir page 23 du présent rapport).</p> | |
| Ancrages | <p>Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) - Article 168 (protection de la santé humaine dans les politiques) et article 26 (libre circulation des marchandises) Politique agricole commune (PAC) Organisation commune de marché (OCM)</p> |
| Principales parties prenantes | <p>GOUV : Conseil de l'UE, organe institutionnel exécutif et législatif GOUV : Commission européenne (CE), « gardienne de l'intérêt général de l'UE »</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Centre commun de recherche (JRC), laboratoire scientifique et technique de l'UE rattaché à la CE ▪ Direction générale de la santé et de la sécurité alimentaire (DG Santé, anciennement DG Sanco), service administratif de la CE ▪ Groupe de haut niveau sur la nutrition et l'activité physique de la CE <p>GOUV : Autorité européenne de sécurité des aliments (EFSA), agence de l'UE Projet : Joint Action on Nutrition and Physical Activity (JANPA), coordonné par la France, avec le chantier WP5 - Nutritional information monitoring and food reformulation prompting Projet : SALUX visant le suivi de la reformulation des produits alimentaires dans les PME Réseau : European Salt Action Network (ESAN), coordonné par la Suisse Industrie : Confédération des industries agro-alimentaires (CIAA)</p> |
| Ligne de temps | <p>2005 : Mise sur pied de la Plateforme de l'UE relative à l'alimentation, à l'activité physique et à la santé, un forum d'échange pour les acteurs souhaitant poser des actions en ce sens 2007 (janvier) : Règlement (CE) n° 1924/2006 concernant les allégations nutritionnelles et de santé portant sur les denrées alimentaires 2007 : Livre blanc de la Commission sur une stratégie européenne pour les problèmes de santé liés à la nutrition, la surcharge pondérale et l'obésité (European Commission, 2007) 2008 : Publication du cadre de l'UE pour réduire la consommation de sel 2010 : Conclusion du Conseil de l'UE concernant les « Mesures à prendre pour réduire la consommation de sel afin d'améliorer la santé de la population » 2012 : Publication du cadre de l'UE relatifs aux nutriments ciblés (gras saturés, gras trans, énergie, gras totaux, sucres ajoutés, grosseur des portions, fréquence de consommation) 2012 : Publication de l'annexe sur les gras saturés comme ajout au cadre de l'UE relatifs aux nutriments ciblés 2013 : Soutien des États membres de l'UE au plan d'action mondiale de l'OMS pour la lutte contre les MNT 2013-2020 2015 : Publication de l'annexe sur les sucres ajoutés 2016 (Février) : Conférence sur l'amélioration des produits alimentaires et adhésion à la Feuille de route relative aux mesures à prendre pour améliorer les produits alimentaires</p> |
| Processus | <p>Le groupe de haut niveau sur la nutrition et l'activité physique de la CE se réunit au moins trois fois par an et publie les comptes rendus de ses réunions.</p> |
| Résultats | <p>Adhésion : Un questionnaire a permis de voir dans quelle mesure les États membres ont entrepris des initiatives nationales de réduction des nutriments ciblés (European Commission, 2015).</p> |
| Cibles | <p>Réduction d'un minimum de 16 % du sodium sur 4 ans dans les aliments (12 catégories visées), incluant la restauration et les services alimentaires - EU Framework for national salt initiatives (European Commission, 2008).</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>Réduction des gras saturés d'un minimum de 5 % sur 4 ans et d'une réduction additionnelle de 5 % d'ici 2020 avec comme données repères les teneurs de 2012 (European Commission, 2012b).</p> <p>Réduction des sucres ajoutés d'un minimum de 10 % d'ici 2020 avec comme données repères les teneurs de 2015, pour différentes catégories prioritaires (European Commission, 2016)</p> |
| Évaluation | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluation de la Plateforme de l'UE relative à l'alimentation, à l'activité physique et à la santé (European Commission, 2010). ▪ Suivi de l'implantation du cadre de l'UE pour réduire la consommation de sel (European Commission, 2009). ▪ Suivi des progrès en matière de réduction des gras trans (Mouratidou, T. et collab., 2014). |
| Points forts (Conseil de l'UE, 2016) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incite les États membres à développer et mettre en place un plan national d'amélioration des produits alimentaires ou intégrer l'objectif à un plan existant. ▪ Propose une approche intégrée pour intégrer les multiples facettes de l'amélioration des produits alimentaires (santé, agriculture, alimentation, économie, distribution, innovation, recherche, marché intérieur). |
| Points faibles | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ce ne sont pas tous les pays qui collaborent et contribuent à la dynamique européenne. |
| Documents clés | <p>Communiqué de Presse - Conclusions du Conseil sur l'amélioration des produits alimentaires (Conseil de l'UE, 2016).</p> |

Annexe 11

Sommaire des facteurs facilitants et barrières

Le tableau qui suit présente les facteurs facilitants et les barrières liés au développement et à la mise en œuvre des cibles de reformulation des aliments transformés, recensés dans plusieurs publications. Ils sont divisés par catégories, soit la stratégie et l'approche plus générale, les différentes composantes du processus (portrait, formulation, mise en œuvre, évaluation et monitoring) et les principales parties prenantes, soit le gouvernement et l'industrie alimentaire.

| | Facteurs facilitants ou facteurs clés de succès | Barrières ou freins ou limites |
|------------------------------|---|--|
| Stratégie et approche | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervention multi-composantes comprenant des mesures structurelles ou environnementales, notamment la reformulation des produits, par opposition à des mesures reposant uniquement sur le changement de comportement individuel (McLaren et collab., 2016; European Commission, 2012c; WHO/FAO, 2003; WHO, 2016a). ▪ Approche globale qui tient compte de la complexité du système alimentaire (Institute of Medicine (U.S.) et collab., 2010; WHO, 2014a). ▪ Approche graduelle et évolutive s'échelonnant de volontaire à réglementaire, en fonction de la volonté et capacité de l'industrie à atteindre les cibles (Magnusson et Reeve, 2015). ▪ Stratégie inspirée des standards internationaux (WHO/FAO, 2003). | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Réglementation actuelle relative aux aliments (ex. : ingrédient approuvé, critères d'éligibilité aux allégations nutritionnelles) peut être un obstacle à la reformulation (Van de Velde, Van Gunst et Roodenburg, 2016; Webster, 2009; Conference Board of Canada, 2012; van Raaij, Hendriksen et Verhagen, 2009). ▪ Autres politiques et critères existants pouvant contribuer à une certaine confusion (Webster, 2009). ▪ Manque de consensus scientifique en ce qui a trait aux effets du sucre sur la santé indépendamment de sa valeur calorique (UK Houses of Parliament, 2016). ▪ Préoccupations relatives à l'enrichissement du sel en iode (WHO, 2013). |
| Portrait | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Données au temps 0 et points de repères pour soutenir la décision et définir le potentiel réaliste d'amélioration (Combris et collab., 2014; McLaren et collab., 2016; Campbell et collab., 2015; Hashem, He et MacGregor, 2016; European Commission, 2012 c; Combris et collab., 2011; National Heart Foundation of Australia, 2012; McLaren, 2012; Requillart et Soler, 2014) : ▪ consommation alimentaire et apports quotidiens, ▪ composition nutritionnelle des aliments transformés avec marque et grands contributeurs et ▪ données sur les connaissances/attitudes/ comportements des consommateurs. ▪ Information sur ce qui a déjà été réalisé par des entreprises dans d'autres provinces ou pays (WHO/PAHO, 2013a). | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Manque de données de base pour dresser un bon portrait de situation et pour convaincre l'industrie (European Commission, 2012c; WHO, 2014b; National Heart Foundation of Australia, 2012; Requillart et Soler, 2014). ▪ Teneurs en sucres libres et sucres naturellement présents ne peuvent être distingués par des tests de laboratoire, et par conséquent données manquantes quant à la quantité respective des types de sucres (Bernstein et collab., 2016). ▪ Données d'enquêtes tendent à sous-estimer les apports en éléments ciblés (Hashem, He et MacGregor, 2016). |

| | Facteurs facilitants ou facteurs clés de succès | Barrières ou freins ou limites |
|----------------------|---|---|
| Formulation | <ul style="list-style-type: none"> ■ Cibles nationales de consommation (Swinburn et collab., 2013). ■ Cibles de reformulation SMART par catégories d'aliments (Hashem, He et MacGregor, 2016; Webster, 2009; Reeve et Magnusson, 2015; MacGregor, Graham A et Hashem, Kawther M, 2014; WHO, 2014b; National Heart Foundation of Australia, 2012; Swinburn et collab., 2013; Magnusson et Reeve, 2015; Bryden et collab., 2013). ■ Approche multisectorielle, concertée et intégrée impliquant les différents maillons de la chaîne bioalimentaire, les ONG, le milieu de la recherche et autres acteurs de la santé publique ou professionnels de la santé (EU Dutch Presidency, 2016; Van de Velde, Van Gunst et Roodenburg, 2016; European Commission, 2012 c; WHO, 2014a; Institute of Medicine (U.S.) et collab., 2010; WHO/FAO, 2003; WHO, 2013; National Heart Foundation of Australia, 2012; WHO, 2016a). | <ul style="list-style-type: none"> ■ Non-uniformité des cibles et seuils pour les nutriments d'un pays à l'autre (Webster, 2009). |
| Mise en œuvre | <ul style="list-style-type: none"> ■ Réduction graduelle du sodium, des gras saturés et du sucre pour faciliter l'acceptation par les consommateurs (EU Dutch Presidency, 2016; Hashem, He et MacGregor, 2016; National Heart Foundation of Australia, 2012). ■ « Menace » crédible de législation en cas de non-atteinte des cibles (WHO/PAHO, 2013a; Magnusson et Reeve, 2015; Bryden et collab., 2013). ■ Pénalité pour non-compliance (Magnusson et Reeve, 2014; WHO, 2014b; Magnusson et Reeve, 2015; Bryden et collab., 2013). ■ Incitatifs à la participation de nature financière, fiscale ou en lien avec la reconnaissance publique (European Commission, 2012 c; Magnusson et Reeve, 2014; Magnusson et Reeve, 2015; Bryden et collab., 2013). | <ul style="list-style-type: none"> ■ Freins technologiques (Combris et collab., 2014; van Raaij, Hendriksen et Verhagen, 2009; Traill, Bech-Larsen et Gennaro, 2012). ■ Freins relatifs à l'arbitrage goût/santé ou l'acceptabilité sensorielle et l'acceptabilité des ingrédients de substitution par les consommateurs (Combris et collab., 2014; European Commission, 2012 c; WHO, 2014b; van Raaij, Hendriksen et Verhagen, 2009; Traill, Bech-Larsen et Gennaro, 2012; Requillart et Soler, 2014). |

| | Facteurs facilitants ou facteurs clés de succès | Barrières ou freins ou limites |
|---------------------------------|---|--|
| Évaluation et monitoring | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Plan complet d'évaluation des processus et des résultats (WHO, 2016a; National Heart Foundation of Australia, 2012; Niebylski et collab., 2014). ▪ Mécanismes robustes de monitoring (Van de Velde, Van Gunst et Roodenburg, 2016; Campbell et collab., 2015; Reeve et Magnusson, 2015; European Commission, 2012 c; WHO, 2014b; Combris et collab., 2011; National Heart Foundation of Australia, 2012; Swinburn et collab., 2013; Charlton, Webster et Kowal, 2014). ▪ Suivi transparent de l'adhésion aux cibles et évaluation de la performance réalisés ou vérifiés par une entité indépendante (Campbell et collab., 2015; Campbell et PAHO, 2015; Magnusson et Reeve, 2014; Combris et collab., 2011; Magnusson et Reeve, 2015; Bryden et collab., 2013). ▪ Capacité de surveillance en termes de consommation et monitoring des teneurs en sodium, sucre, gras trans, gras saturés dans les aliments transformés (Downs, Thow et Leeder, 2013; WHO/PAHO, 2013a; National Heart Foundation of Australia, 2012; Swinburn et collab., 2013). ▪ Constance dans les méthodes de collecte de données dans un but de comparabilité dans le temps (McLaren, 2012). ▪ Méthode de l'analyse du taux de sodium dans les urines 24h pour venir appuyer les données d'enquêtes (WHO/PAHO, 2013a). | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Difficulté d'évaluer et surtout d'isoler l'effet d'une intervention de type populationnelle pouvant soutenir la prise de décision en politiques publiques, sert parfois d'argument pour mettre en doute l'efficacité (Downs, Thow et Leeder, 2013; Conference Board of Canada, 2012; National Heart Foundation of Australia, 2012; Capacci et collab., 2012; Requillart et Soler, 2014). |
| Gouvernement | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prise de conscience politique et propension à agir (Downs, Thow et Leeder, 2013; European Commission, 2012c; WHO, 2016a). ▪ Leadership gouvernemental et engagement soutenu (Van de Velde, Van Gunst et Roodenburg, 2016; Campbell et collab., 2015; Webster, 2009; European Commission, 2012 c; Institute of Medicine (U.S.) et collab., 2010; WHO/FAO, 2003; WHO, 2014b, 2016a; Magnusson et Reeve, 2015). ▪ Soutien financier (European Commission, 2012 c). | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mode de pensée néolibérale, notamment la primauté des marchés, la minimisation des fardeaux réglementaires pour les entreprises et la sensibilité à la perspective de l'« état nounou » (Reeve et Magnusson, 2015). ▪ Législation vue comme une barrière au libre-échange (Downs, Thow et Leeder, 2013; Traill, Bech-Larsen et Gennaro, 2012). ▪ Faible niveau de priorisation du dossier (WHO/PAHO, 2013a). |

| | Facteurs facilitants ou facteurs clés de succès | Barrières ou freins ou limites |
|--------------------------------------|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Position unifiée au sein du gouvernement (Bryden et collab., 2013). ▪ Mécanismes de gouvernance appropriés (WHO, 2013, 2016a). ▪ Transparence tout au long du processus et dans les communications pour divulguer les résultats (Traill, Bech-Larsen et Gennaro, 2012; Swinburn et collab., 2013; Charlton, Webster et Kowal, 2014). | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Manque de ressources et/ou coûts relatifs à la surveillance et à l'implantation (Webster, 2009; European Commission, 2012c). ▪ Opposition d'un autre palier gouvernemental, comme par exemple l'Ohio dans le cas de Cleveland et l'Union Européenne dans le cas du Danemark (Downs, Thow et Leeder, 2013). |
| Collaboration publique-privée | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Développement d'un code de conduite éthique et divulgation/gestion des conflits d'intérêts (Swinburn et collab., 2013). ▪ Approche participative et implication de l'industrie (WHO, 2013; Great Britain et collab., 2003; WHO/PAHO, 2013a; WHO, 2014a). | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Avis polarisé en ce qui a trait au type de relation que le gouvernement devrait ou peut entretenir avec l'industrie, peut-elle être vue comme un partenaire (Stuckler et Nestle, 2012)? |
| Industrie alimentaire | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Terrain de jeu équitable pour les acteurs de l'industrie alimentaire (Hashem, He et MacGregor, 2016; Webster, 2009; MacGregor, Graham A et Hashem, Kawther M, 2014; Institute of Medicine (U.S.) et collab., 2010; WHO/PAHO, 2013a). ▪ Responsabilité sociale des entreprises. ▪ Activités de reformulation et innovation déjà en cours ou s'intégrant dans un cycle normal de développement de produits (Great Britain et collab., 2003). ▪ Consensus au sein d'un secteur de l'industrie à réduire la teneur en sodium de façon graduelle, solution au dilemme du prisonnier (Van de Velde, Van Gunst et Roodenburg, 2016). ▪ Signature de l'entente ou de l'engagement par un cadre supérieur (Bryden et collab., 2013). | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fort niveau de concentration de l'industrie pour certaines catégories, Big Food (Reeve et Magnusson, 2015). ▪ Plus difficile pour les petites et moyennes entreprises (European Commission, 2012c; WHO, 2014a; Traill, Bech-Larsen et Gennaro, 2012). ▪ Freins relatifs à la dynamique de compétition entre les firmes (Institute of Medicine (U.S.) et collab., 2010). ▪ Lobbying et résistance de l'industrie, plus importante encore dans le cas de perspectives réglementaires (Downs, Thow et Leeder, 2013; Reeve et Magnusson, 2015; Magnusson et Reeve, 2014; WHO, 2014a). ▪ Arguments évoqués par l'industrie : <ul style="list-style-type: none"> ▪ sur le plan économique : risque d'affaires, coûts reliés à la reformulation des produits, risque de diminution des ventes et/ou de pertes d'emplois (Webster, 2009; European Commission, 2012 c; Magnusson et Reeve, 2014; McLaren, 2012; WHO, 2014a; Bryden et collab., 2013; Requillart et Soler, 2014), ▪ sur le plan sanitaire : risque pour l'innocuité des aliments (European Commission, 2012c; van Raaij, Hendriksen et Verhagen, 2009) et |

| | Facteurs facilitants ou facteurs clés de succès | Barrières ou freins ou limites |
|---|---|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> en lien avec la faisabilité : rythme trop rapide, difficulté à faire évoluer l'offre, pas la capacité ou l'infrastructure nécessaire à la reformulation (Combris et collab., 2014; WHO/PAHO, 2013a). |
| Autres : plaidoyer, recherche et transfert de connaissance | <ul style="list-style-type: none"> Bon plaidoyer, sensibilisation du public et stratégie de communication qui outille et informe les médias (European Commission, 2012c; WHO, 2016a; Hepple et Nuffield Council on Bioethics, 2007). Présence d'ONG actifs notamment CASH au Royaume-Uni (Van de Velde, Van Gunst et Roodenburg, 2016; Penney, Sheila, 2009). Soutien de ressources spécialisées en science et technologie des aliments (Van de Velde, Van Gunst et Roodenburg, 2016; Webster, 2009). Recherche permettant de surmonter les défis technologiques de l'amélioration de la composition nutritionnelle des produits (EU Dutch Presidency, 2016; Great Britain et collab., 2003). Transfert de connaissance à plusieurs égards, notamment des guides techniques ou guides de soutien à l'élaboration au développement et à la mise en œuvre des cibles (Webster, 2009; WHO, 2014b; Penney, Sheila, 2009). Présence de réseaux (ex. : European Salt Action Network, Pan American Health Organization) (Trieu et collab., 2015; WHO, 2014b; Swinburn et collab., 2013). | <ul style="list-style-type: none"> Manque de donnée sur l'influence des autres politiques sur la reformulation (ex. : étiquetage, lignes directrices, allégations nutritionnelles, standards de composition nutritionnelle) (Webster, 2009). |

www.inspq.qc.ca