

Lignes directrices canadiennes en matière d'alimentation

Canada.ca/GuideAlimentaire



à l'intention des professionnels de la santé et des responsables des politiques



Santé
Canada Health
Canada

Canada

Santé Canada est le ministère fédéral responsable d'aider les Canadiennes et les Canadiens à maintenir et à améliorer leur état de santé. Santé Canada s'est engagé à améliorer la vie de tous les Canadiens et à faire du Canada l'un des pays où les gens sont le plus en santé au monde, comme en témoignent la longévité, les habitudes de vie et l'utilisation efficace du système public de soins de santé.

Also available in English under the title:
Canada's Dietary Guidelines for Health Professionals and Policy Makers

Pour obtenir plus d'information, veuillez communiquer avec :

Santé Canada
Indice de l'adresse 0900C2
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Tél. : 613-957-2991
Sans frais : 1-866-225-0709
Télec. : 613-941-5366
ATS : 1-800-465-7735
Courriel : hc.publications-publications.sc@canada.ca

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé, 2019

Date de publication : janvier 2019

La présente publication peut être reproduite sans autorisation pour usage personnel ou interne seulement, dans la mesure où la source est indiquée en entier.

Cat. : H164-231/2019F-PDF
ISBN : 978-0-660-25313-8
Pub. : 170463

Table des matières

| | |
|---|----|
| Remerciements | i |
| Qu'est-ce qu'on entend par « Lignes directrices canadiennes en matière d'alimentation » ? | 1 |
| Importance des directives en matière d'alimentation | 4 |
| SECTION 1 Fondements de la saine alimentation | 10 |
| SECTION 2 Aliments et boissons qui nuisent à la saine alimentation | 26 |
| SECTION 3 Importance des compétences alimentaires | 36 |
| SECTION 4 Mise en œuvre des lignes directrices en matière d'alimentation | 45 |
| Glossaire | 51 |
| Annexe A : Recommandations en matière d'alimentation saine | 56 |
| Annexe B : Sommaire des lignes directrices et considérations | 58 |
| Annexe C : Processus utilisé pour sélectionner le contenu du présent rapport | 61 |

Remerciements

Santé Canada souhaite remercier les nombreux Canadiens, les experts et les intervenants qui ont participé aux consultations publiques et fourni des commentaires sur les lignes directrices proposées ainsi que Inuit Tapiriit Kanatami et le Ralliement national des Métis qui ont fourni leur avis. Il remercie également les représentants des provinces et territoires membres du Groupe fédéral-provincial-territorial en nutrition d'avoir partagé leurs connaissances et compétences entourant les politiques de nutrition en santé publique.

Santé Canada remercie sincèrement les experts universitaires suivants qui ont si généreusement fourni leur temps et des avis tout au long de l'élaboration des lignes directrices :

Malek Batal, PhD, Professeur agrégé, Département de nutrition, Université de Montréal

Jennifer Black, PhD, RD, Professeure agrégée, Faculté des terres et systèmes alimentaires, University of British Columbia

Treena W. Delormier, PhD, Directrice adjointe, Centre d'études sur la nutrition et l'environnement des peuples autochtones, Université McGill

Thérèse Desrosiers, PhD, Dt.P., Professeure, École de nutrition, Université Laval

Goretty Dias, PhD, Professeure agrégée, École d'environnement, University of Waterloo

Paul Fieldhouse, PhD, Professeur auxiliaire, Sciences de la nutrition humaine, University of Manitoba

Isabelle Galibois, PhD, Dt.P., Directrice, École de nutrition, Université Laval

Jess Haines, PhD, MHSc, RD, Professeure agrégée, Sciences sociale et humaine appliquée, University of Guelph

Sandra Juutilainen, PhD, Instituts de recherche en santé du Canada—Titulaire d'une bourse d'apprentissage en matière d'impact sur le système de santé, University of Waterloo

Sara Kirk, PhD, Professeure, École de santé et de performance humaine, Dalhousie University

Catherine L. Mah, MD, FRCPC, PhD, Professeure agrégée, Faculté de la santé, Dalhousie University

Kim Raine, PhD, RD, FCAHS, Professeure, Doyenne adjointe (Recherche) et Vice-doyenne intérimaire, École de santé publique, University of Alberta

Valerie Tarasuk, PhD, MSc, Professeure, Sciences de la nutrition, University of Toronto

Qu'est-ce qu'on entend par « Lignes directrices canadiennes en matière d'alimentation » ?

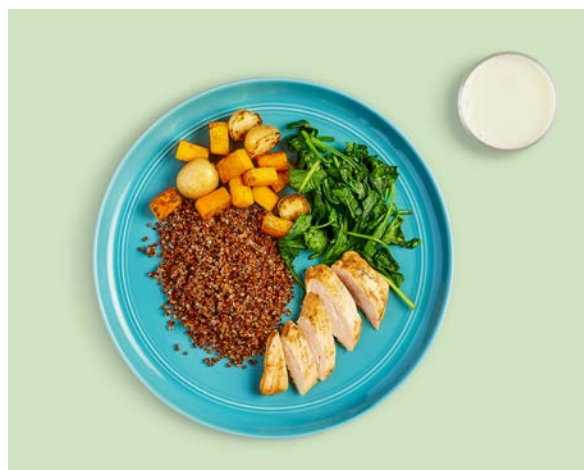
Les *Lignes directrices canadiennes en matière d'alimentation* font état des lignes directrices et considérations de Santé Canada en matière de saine alimentation.

- Ces lignes directrices visent à promouvoir la saine alimentation et le bien-être nutritionnel global tout en contribuant à l'amélioration de l'**environnement alimentaire** au Canada.
- Elles sont destinées aux professionnels de la santé et aux responsables des politiques.
- Elles serviront de ressource lors de l'élaboration de politiques, de programmes et de ressources éducatives en matière de nutrition destinées à l'ensemble des Canadiens âgés de deux ans ou plus.
- Les personnes qui ont des besoins nutritionnels particuliers, y compris les personnes recevant des soins en milieu clinique, pourraient avoir besoin de recommandations additionnelles de la part d'un ou d'une diététiste.

Outils et ressources connexes

La ressource intitulée *Modèle canadien de saine alimentation*ⁱ s'appuie sur le contenu du présent rapport tout en le complétant.

- Le modèle de saine alimentation a pour objectif de fournir des recommandations plus spécifiques sur les types et quantités d'aliments et les différentes étapes de la vie (comme les jeunes enfants et les personnes âgées).
- Ce modèle vise également les professionnels de la santé et les responsables des politiques.



- Ce modèle de saine alimentation pourra être utilisé comme ressource additionnelle lors de l'élaboration des politiques d'approvisionnement dans certaines institutions, comme les établissements de soins de longue durée, et le milieu hospitalier.

Les *Recommandations en matière d'alimentation saine* présentés à l'**Annexe A** traduisent les *Lignes directrices canadiennes en matière d'alimentation* en messages simples, pertinents et fondés sur des données probantes. Ces recommandations sont à la base d'une [application en ligne adaptée aux appareils portables](#) moderne et facile à consulter. Ce site héberge les outils et ressources qui aident les Canadiens à mettre les lignes directrices en pratique dans leur vie quotidienne. Parmi ces outils et ressources, mentionnons :

- Un outil interactifⁱ qui fournit de l'information sur mesure aux adolescents, aux adultes, aux parents et aux personnes âgées en tenant compte de divers milieux de vie, comme la maison, le travail et l'école. Cet outil prend également en compte les déplacements, les achats à l'épicerie et les repas pris à l'extérieur.
- Des ressources Web, comme des fiches d'information, des vidéos et des recettes visant à aider les Canadiens à mettre en pratique les *Lignes directrices canadiennes en matière d'alimentation*.

ⁱ Publication prévue en 2019

Les recommandations sur la nutrition pendant la petite enfance, y compris celles entourant l'allaitement, sont présentées dans l'énoncé sur [La nutrition du nourrisson né à terme et en santé](#).

On recommande l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois et la poursuite de celui-ci jusqu'à l'âge de deux ans ou plus en l'accompagnant d'aliments complémentaires appropriés. Cette mesure est importante sur le plan nutritionnel. Elle assure une protection immunologique tout en favorisant la croissance et le développement des nourrissons et des jeunes enfants.

Aperçu du présent rapport

Ce rapport s'appuie sur les meilleures données scientifiques disponibles. Il contient des lignes directrices et des considérations pertinentes en matière de saine alimentation qui peuvent être mises en pratique dans le contexte canadien.

Ce rapport est composé des quatre sections suivantes :

La **section 1** met l'accent sur les aliments et boissons de haute valeur nutritive qui sont les fondements de la saine alimentation.

La **section 2** décrit les types d'aliments et de boissons qui peuvent avoir un impact négatif sur la santé lorsqu'ils sont consommés sur une base régulière.

La **section 3** met en lumière les compétences alimentaires en tant que moyen pratique favorisant la saine alimentation.

La **section 4** explique l'importance de créer des environnements qui favorisent la saine alimentation.

Les **considérations** fournissent des directives complémentaires sur certains enjeux importants en matière de santé publique tout en reconnaissant le contexte dans lequel les Canadiens vivent, apprennent, travaillent et se

divertissent. Le contexte inclut les variations de l'approvisionnement alimentaire en fonction des régions et aussi la capacité des individus d'y accéder. Certaines considérations prennent en compte la diversité culturelle de la population canadienne, tandis que d'autres s'appuient sur des statistiques en matière de santé et des données de consommation des aliments au Canada. D'autres considérations reflètent les facteurs et conditions qui ont une influence sur les choix et comportements alimentaires, y compris les **déterminants de la santé**.

L'**Annexe B** renferme la liste complète des lignes directrices et considérations.

Comment ce rapport a été élaboré

Santé Canada a développé un processus de décision à multiples étapes afin d'établir les présentes lignes directrices. Ce processus est décrit brièvement à l'**Annexe C**.

Les lignes directrices n° 1 et n° 2 ont été développées à partir de **conclusions convaincantes** tirées de rapports scientifiques incluant des revues de littérature systématiques approfondies sur la relation entre l'alimentation et la santé.^{1,2} On retrouve une liste de ces rapports dans le **Tableau 1**. Ces conclusions convaincantes s'appuient sur des données probantes bien établies et elles ne seront probablement pas modifiées à court terme advenant la publication de nouvelles données. Les conclusions classées « probables », « possibles » ou « insuffisantes » dans les rapports scientifiques pris en compte lors de l'examen des données probantes^{1,2} ont aussi été considérées au cours du processus d'élaboration de la politique. Les données probantes à l'appui de la ligne directrice n° 3 proviennent surtout de l'analyse effectuée par Santé Canada des conclusions entourant les compétences alimentaires, y compris celles des interventions visant à promouvoir et améliorer ces compétences.³⁻⁵

Santé Canada a utilisé les meilleures données probantes disponibles pour traduire la science entourant l'alimentation et la santé en lignes directrices en matière de saine alimentation. Le ministère s'est appuyé sur les données probantes publiées entre 2006 et 2018.^{1,2} Pour de plus amples renseignements sur nos examens des données probantes, veuillez consulter : [Effets des nutriments et des aliments sur la santé : Mise à jour intérimaire des données probantes 2018](#).

Les considérations ainsi que la section 4, visent à favoriser la mise en œuvre des lignes directrices par les professionnels de la santé et les responsables des politiques. Elles reflètent **l'approche axée sur la santé de la population** utilisée par Santé Canada lors de l'élaboration des lignes directrices. Cette approche prend en compte le vaste éventail de facteurs et de conditions qui ont un impact important sur la santé.

Tout au long de l'élaboration du présent rapport, les scientifiques de Santé Canada ainsi que les experts en nutrition et en santé de la population ont collaboré avec d'autres ministères et agences du gouvernement du Canada. Ces spécialistes ont demandé à des universitaires et à des représentants des gouvernements provinciaux et territoriaux, d'ordres/organisations de professionnels de la santé, d'organisations caritatives du secteur de la santé et d'organisations autochtones nationales de leur fournir des avis.



Santé Canada a également pris en compte les résultats de deux rondes de consultation publique sur la révision du Guide alimentaire qui ont été menées à l'[automne 2016](#) et à l'[été 2017](#) pour s'assurer de développer des lignes directrices pertinentes et claires pour la population canadienne en général.

Santé Canada a aussi considéré les lignes directrices en matière d'alimentation en vigueur dans d'autres pays pour avoir une vision globale de leur communication (la communication de leur développement, de leur contenu et de leur utilisation en éducation et en promotion de la santé).⁶

Importance des directives en matière d'alimentation

Notre alimentation a un impact sur notre santé.

Au Canada, les **risques liés à l'alimentation** comptent parmi les trois principaux facteurs de risque responsables du fardeau des maladies, tel que mesuré par la mortalité et l'invalidité combinés.⁷ Les deux autres facteurs sont le tabagisme et un indice de masse corporelle (IMC) élevé. Les maladies chroniques liées à l'alimentation, particulièrement les cardiopathies ischémiques, les accidents vasculaires cérébraux, le cancer colorectal, le diabète et le cancer du sein figurent parmi les principales causes de décès prématuré au Canada.^{7,8}

Au Canada, le fardeau des maladies chroniques varie en fonction des populations. Ainsi, on observe un fardeau plus important chez les **peuples autochtones au Canada** que dans la population canadienne en général. Par exemple, on observe des taux de diabète disproportionnellement élevés chez les peuples des Premières Nations.^{9,10} Ces taux varient toutefois d'une communauté à l'autre et aussi entre les divers peuples autochtones, à savoir les Premières Nations, les Inuits et les Métis. Les peuples autochtones sont en outre confrontés à divers obstacles quant à la prise en charge adéquate des maladies chroniques.

Les maladies buccodentaires, comme la **carie dentaire**, et les principales maladies chroniques liées à la nutrition qui sévissent au Canada, comme le diabète et les maladies cardiovasculaires, partagent certains facteurs de risque.¹¹ La carie dentaire touche 57 % des enfants canadiens de 6 à 11 ans et 96 % des adultes au cours de leur vie.¹² Chaque année au Canada, des enfants de 1 à 5 ans subissent des chirurgies dentaires sous anesthésie pour traiter la carie dentaire.¹³ Les enfants autochtones sont surreprésentés à cet égard.¹⁴ En 2015, les dépenses totales reliées aux services dentaires ont été estimées à 13,6 milliards de dollars.¹⁵

Au Canada, les maladies chroniques sont responsables d'environ un tiers des coûts de soins de santé directs.¹⁶ Compte tenu des taux élevés d'obésité,^{17,18} du mode de vie sédentaire^{19,20} et du vieillissement de la population,²¹ l'impact des maladies chroniques continuera vraisemblablement d'augmenter à moins que des actions soient entreprises pour contrer les nombreux facteurs qui ont une influence sur l'alimentation.

L'environnement alimentaire a un impact sur notre alimentation.

L'**environnement alimentaire** exerce une influence sur nos choix d'aliments et de boissons.²² Par exemple, les aliments et boissons disponibles à la maison et ceux offerts dans les magasins de détail en alimentation et les restaurants peuvent avoir un impact majeur sur ce que nous mangeons et buvons et sur la façon de le faire. Par ailleurs, chez les peuples autochtones, l'alimentation peut être influencée négativement par la disponibilité limitée d'aliments obtenus par des moyens traditionnels, comme la chasse, la pêche, le trappage et la cueillette, et les nombreux obstacles qui limitent l'accès à ces aliments.²³⁻²⁹

En plus de la disponibilité des aliments et des boissons, il faut prendre en compte le fait que nous sommes exposés à un flux constant de messages changeants et souvent contradictoires sur la saine alimentation. Le marketing alimentaire évolue rapidement; les messages sont transmis par de nouveaux canaux, comme les médias sociaux. Dans cet environnement informationnel complexe et encombré, il est parfois difficile pour les Canadiens de faire des choix alimentaires sains.

La promotion de la saine alimentation est une responsabilité partagée.

Les Lignes directrices canadiennes en matière d'alimentation peuvent avoir un impact considérable sur la santé nutritionnelle. Les professionnels de la santé et les responsables

des politiques de tous les secteurs et de tous les ordres de gouvernement peuvent utiliser celles-ci en tant que ressources pour orienter leurs décisions entourant les programmes et les politiques. Par exemple, les politiques qui reflètent ces lignes directrices peuvent améliorer l'environnement alimentaire dans les écoles, les milieux de travail, les centres récréatifs et les établissements de soins de santé.^{30,31} Tel que décrit à la **Section 4**, la mise en place d'environnements favorables dans divers milieux pourrait accroître l'impact positif des lignes directrices en matière d'alimentation sur les individus, les familles et les communautés.

Tableau 1 : Rapports scientifiques incluant des conclusions convaincantes* dans des revues de littérature systématiques approfondies sur la relation entre l'alimentation et la santé

| Source | Titre du rapport |
|--|--|
| American College of Cardiology/American Heart Association 2013 | Guideline on lifestyle management to reduce cardiovascular risk: a report of the ACC/AHA task force on practice guidelines |
| Centre international de Recherche sur le Cancer 2018 | IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans - Red Meat and Processed Meat |
| Dietary Guidelines Advisory Committee 2015 | Scientific report of the Dietary Guidelines Advisory Committee: advisory report to the Secretary of Health and Human Services and the Secretary of Agriculture |
| Dietary Guidelines Advisory Committee 2010 | Report of the Dietary Guidelines Advisory Committee on the Dietary Guidelines for Americans |
| National Health and Medical Research Council 2011 | A review of the evidence to address targeted questions to inform the revisions of the Australian Dietary Guidelines |
| Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture 2014 | Graisses et acides gras dans la nutrition humaine – Rapport d'une consultation d'experts |
| Organisation mondiale de la Santé 2017 | Health effects of saturated and trans-fatty acid intake in children and adolescents: Systematic review and meta-analysis |
| Organisation mondiale de la Santé 2016 | Effects of saturated fatty acids on serum lipids and lipoproteins: a systematic review and regression analysis |
| Organisation mondiale de la Santé 2016 | Effects of trans-fatty acid intake on blood lipids and lipoproteins: a systematic review and meta-regression analysis |
| Organisation mondiale e la Santé 2012 | Guideline: sodium intake for adults and children |
| Santé Canada 2016 | Résumé de l'évaluation par Santé Canada d'une allégation santé au sujet des légumes et des fruits et de la maladie du cœur |
| Santé Canada 2015 | Résumé de l'évaluation par Santé Canada d'une allégation santé au sujet des protéines de soya et de la diminution du cholestérol |
| Santé Canada 2014 | Résumé de l'évaluation par Santé Canada d'une allégation santé au sujet des graines de lin entières moulues et de la diminution du cholestérol sanguin |
| Santé Canada 2012 | Résumé de l'évaluation par Santé Canada d'une allégation santé au sujet des produits à base d'orge et de la diminution du cholestérol sanguin |
| Santé Canada 2012 | Résumé de l'évaluation par Santé Canada d'une allégation santé au sujet du remplacement des gras saturés par des gras monoinsaturés et polyinsaturés et la diminution du cholestérol sanguin |
| Santé Canada 2010 | Résumé de l'évaluation d'une allégation santé au sujet des produits d'avoine et de la diminution du taux de cholestérol sanguin |
| Scientific Advisory Committee on Nutrition 2015 | Carbohydrates and health report |
| Société canadienne de cardiologie 2016 | Lignes directrices de la Société canadienne de cardiologie sur la prise en charge de la dyslipidémie pour la prévention de la maladie cardiovasculaire chez l'adulte |
| World Cancer Research Fund International 2018 | Continuous Update Project (CUP) report: breast cancer |

Tableau 1 : suite

| Source | Titre du rapport |
|---|---|
| World Cancer Research Fund International 2018 | Continuous Update Project (CUP) report: colorectal cancer |
| World Cancer Research Fund International 2018 | Continuous Update Project (CUP) report: oesophageal cancer |
| World Cancer Research Fund International 2018 | Continuous Update Project (CUP) report: liver cancer |
| World Cancer Research Fund International 2018 | Continuous Update Project (CUP) report: cancers of the mouth, pharynx, and larynx |
| World Cancer Research Fund International 2018 | Continuous Update Project (CUP) report: energy balance and body fatness |

* On entend par conclusions convaincantes, les conclusions qui ont obtenu la cote « élevée » de la part de l'*American College of Cardiology/ American Heart Association*, de la Société canadienne de cardiologie et de l'Organisation mondiale de la Santé ainsi que les conclusions classées dans la catégorie « forte » par le *Dietary Guidelines Advisory Committee*, celles classées dans la catégorie « suffisante » par Santé Canada, celles classées dans la catégorie « Groupe 1: Cancérogène » par le Centre international de Recherche sur le Cancer, celles classées dans la catégorie « adéquate » par le *Scientific Advisory Committee on Nutrition*, celles classées dans la catégorie « convaincante » par l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture et le *World Cancer Research Fund/American Institute of Cancer Research* et celles qui ont obtenu la cote « A » de la part du *National Health and Medical Research Council*.

Références

1. Santé Canada. Examen des données probantes à la base des recommandations alimentaires : rapport technique, 2015. Ottawa : Santé Canada; 2016.
2. Santé Canada. Effets des nutriments et des aliments sur la santé : Mise à jour intermédiaire des données probantes 2018. Ottawa : Gouvernement du Canada; 2019.
3. Gouvernement du Canada. [Amélioration des compétences culinaires : synthèse des données probantes et des leçons pouvant orienter l'élaboration de programmes et de politiques](#) [En ligne]. Ottawa : Gouvernement du Canada; 2010 [cité le 14 sept. 2018].
4. Gouvernement du Canada. [Les compétences alimentaires au Canada](#) [En ligne]. Ottawa : Gouvernement du Canada; 2015 [cité le 14 sept. 2018].
5. Gouvernement du Canada. [Amélioration des compétences culinaires : aperçu des pratiques prometteuses au Canada et à l'étranger](#) [En ligne]. Ottawa : Gouvernement du Canada; 2010 [cité le 14 sept. 2018].
6. Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture [En ligne]. Rome : Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture; 2018 [cité le 14 sept. 2018]. [Recommandations alimentaires.](#)
7. Institute for Health Metrics and Evaluation [En ligne]. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation; 2018 [cité le 28 nov. 2018]. [Global burden of disease \(GBD\) profile: Canada.](#)
8. Global Burden of Disease 2013 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the global burden of disease study 2013. Lancet. 2015; 386(10010):2287-2323.
9. Agence de la santé publique du Canada. [Le diabète au Canada : Perspective de santé publique sur les faits et chiffres](#) [En ligne]. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada; 2011 [cité le 14 sept. 2018].
10. Services aux Autochtones Canada. [Prévention et gestion des maladies chroniques dans les communautés des Premières Nations : un cadre d'orientation](#) [En ligne]. Ottawa : Services aux Autochtones Canada; 2018 [cité le 14 sept. 2018].
11. Académie canadienne des sciences de la santé. [Améliorer l'accès aux soins de santé bucco-dentaire pour les personnes vulnérables vivant au Canada](#) [En ligne]. Ottawa : Académie canadienne des sciences de la santé; 2014 [cité le 14 sept. 2018].
12. Santé Canada. [Rapport sur les résultats du module sur la santé dentaire de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé, 2007-2009](#) [En ligne]. Ottawa : Santé Canada; 2010 [cité le 14 sept. 2018].
13. Institut canadien d'information sur la santé. [Traitement des caries dentaires évitables chez les enfants d'âge préscolaire : coup d'œil sur la chirurgie d'un jour sous anesthésie générale](#) [En ligne]. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé; 2013 [cité le 14 sept. 2018].
14. Le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. [National report of the First Nations Regional Health Survey Phase 3: Volume One](#) [En ligne]. Ottawa : Le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations; 2018 [cité le 14 sept. 2018].
15. Association dentaire canadienne. [L'état de la santé buccodentaire au Canada](#) [En ligne]. Ottawa : Association dentaire canadienne; 2017 [cité le 14 sept. 2018].
16. Agence de la santé publique du Canada. [Quel est l'état de santé des Canadiens? Analyse des tendances relatives à la santé des Canadiens du point de vue des modes de vie sains et des maladies chroniques](#) [En ligne]. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada; 2016 [cité le 14 sept. 2018].
17. Statistique Canada. [Composition corporelle des adultes, 2012 à 2013](#) [En ligne]. Ottawa : Statistique Canada; 2014 [cité le 14 sept. 2018].
18. Rao DP, Kropac E, Do MT, Roberts KC, Jayaraman GC. Childhood overweight and obesity trends in Canada. Health Promot Chronic Dis Prev Can. 2016; 36(9):194-198.
19. Statistique Canada. [Activité physique directement mesurée chez les enfants et les jeunes, 2012 et 2013](#) [En ligne]. Ottawa : Statistique Canada; 2015 [cité le 14 sept. 2018].

20. Statistique Canada. [Activité physique directement mesurée chez les adultes, 2012 et 2013](#) [En ligne]. Ottawa : Statistique Canada; 2015 [cité le 14 sept. 2018].
21. Statistique Canada. [Chiffres selon l'âge et le sexe, et selon le type de logement : Faits saillants du Recensement de 2016](#) [En ligne]. Ottawa : Statistique Canada; 2017 [cité le 14 sept. 2018].
22. Santé Canada. [Mesure de l'environnement alimentaire au Canada](#) [En ligne]. Ottawa : Santé Canada; 2013 [cité le 14 sept. 2018].
23. Richmond CA, Ross NA. The determinants of First Nation and Inuit health : a critical population health approach. *Health Place*. 2009; 15(2) : 403-411.
24. Chan L, Receveur O, Sharp D, Schwartz H, Ing A, Tikhonov C. Étude sur l'Alimentation, la Nutrition et l'Environnement chez les Premières Nations (EANEPN) : Résultats de la Colombie-Britannique (2008/2009). Prince George : University of Northern British Columbia; 2011.
25. Chan L, Receveur O, Sharp D, Schwartz H, Ing A, Fediuk KI. Étude sur l'Alimentation, la Nutrition et l'Environnement chez les Premières Nations (EANEPN) : Résultats du Manitoba (2010). Prince George : University of Northern British Columbia; 2012.
26. Chan L, Receveur O, Batal M, William D, Schwartz H, Ing A, et al. Étude sur l'Alimentation, la Nutrition et l'Environnement chez les Premières Nations (EANEPN) : Résultats de l'Ontario (2011/2012). Ottawa : Université d'Ottawa; 2014.
27. Chan L, Receveur O, Batal M, William D, Schwartz H, Ing A, et al. Étude sur l'Alimentation, la Nutrition et l'Environnement chez les Premières Nations (EANEPN) : Résultats de l'Alberta (2013). Ottawa : Université d'Ottawa; 2016.
28. Chan L, Receveur O, Batal M, William D, Schwartz H, Ing A, et al. Étude sur l'Alimentation, la Nutrition et l'Environnement chez les Premières Nations (EANEPN) : Résultats de la région Atlantique (2014). Ottawa : Université d'Ottawa; 2017.
29. Chan L, Receveur O, Batal M, Sadik T, Schwartz H, Ing A, et al. First Nations Food, Nutrition and Environment Study (FNFNES) : Results from Saskatchewan (2015). Ottawa : University of Ottawa; 2018.
30. Hawkes C, Smith, TG, Jewel J, Wardle J, Hammond RA, Friel S, et al. Smart food policies for obesity prevention. *Lancet*. 2015; 385(9985) : 2410-2421.
31. Raine KD, Atkey K, Olstad DL, Ferdinands AR, Beaulieu D, Buhler S, et al. Approvisionnement en aliments sains et normes nutritionnelles dans les établissements publics : synthèse des données probantes et recommandations stratégiques consensuelles. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada : Recherche, politiques et pratiques*. 2018; 38(1) : 6-17.



Section 1

Fondements de la saine alimentation

Les choix alimentaires faits sur une base régulière composent le **modèle d'alimentation** d'une personne. Les modèles d'alimentation peuvent avoir des effets à long terme plus ou moins désirables sur la santé. La présente section met l'emphase sur la consommation régulière d'aliments qui font partie de modèles d'alimentation associés à des effets bénéfiques sur la santé.

Le **Tableau 2** présente la liste des conclusions convaincantes à l'appui de la Ligne directrice n° 1.

Ligne directrice n° 1

Les aliments de haute valeur nutritive sont les fondements de la saine alimentation.

- Il faudrait consommer régulièrement des légumes, des fruits, des grains entiers et des aliments protéinés. Parmi les aliments protéinés, ceux d'origine végétale devraient être consommés plus souvent.
 - Parmi les aliments protéinés, on compte les légumineuses, les noix, les graines, le tofu, les boissons de soya enrichies, le poisson, les crustacés, les œufs, la volaille, les viandes rouges maigres (y compris le gibier), le lait plus faible en matières grasses, les yogourts plus faibles en matières grasses, le kéfir plus faible en matières grasses, ainsi que les fromages plus faibles en matières grasses et sodium.
- Les aliments qui contiennent surtout des lipides insaturés devraient remplacer les aliments qui contiennent surtout des lipides saturés.
- L'eau devrait être la boisson de premier choix.

Considérations

Aliments de haute valeur nutritive dont il faut encourager la consommation

- Les aliments de haute valeur nutritive à consommer régulièrement peuvent être frais, surgelés, en conserve ou séchés.

Préférences culturelles et traditions alimentaires

- Les aliments de haute valeur nutritive peuvent refléter les préférences culturelles et les traditions alimentaires.
- Manger en bonne compagnie peut agrémenter la saine alimentation tout en favorisant les connexions entre les générations et les cultures.
- Les **aliments traditionnels** améliorent la qualité de l'alimentation chez les peuples autochtones.

Équilibre énergétique

- Les besoins énergétiques varient en fonction des individus. Ils dépendent d'un certain nombre de facteurs dont le niveau d'activité physique.
- Certains **régimes à la mode** peuvent être restrictifs et comporter des risques sur le plan nutritionnel.

Impact environnemental

- Les choix alimentaires peuvent avoir un impact sur l'environnement.

Il faudrait consommer régulièrement des légumes, des fruits, des grains entiers et des aliments protéinés. Parmi les aliments protéinés, ceux d'origine végétale devraient être consommé plus souvent.

- Parmi les aliments protéinés, on compte les légumineuses, les noix, les graines, le tofu, les boissons de soya enrichies, le poisson, les crustacés, les œufs, la volaille, les viandes rouges maigres (y compris le gibier), le lait plus faible en matières grasses, les yogourts plus faibles en matières grasses, le kéfir plus faible en matières grasses, ainsi que les fromages plus faibles en matières grasses et sodium.

Fondement

Santé Canada recommande la consommation régulière d'aliments de haute valeur nutritive, à savoir les légumes, les fruits, les grains entiers et les aliments protéinés. On retrouve fréquemment ces aliments dans les modèles d'alimentation associés à des effets bénéfiques sur la santé. Le **Tableau 2** fournit plus d'explications sur les modèles dont les effets protecteurs ont été démontrés, à savoir une réduction du risque de maladies cardiovasculaires et de certains facteurs de risque de ces maladies, comme l'hypertension et une lipidémie élevée.¹⁻⁶

Aliments de haute valeur nutritive

Les aliments de haute valeur nutritive, dont il faut encourager la consommation, ne devraient pas contribuer à une consommation excessive de sodium, de sucres libres ou de lipides saturés.

Les maladies cardiovasculaires représentent une préoccupation majeure en matière de santé publique au Canada. En 2017, presque 50 % des décès dus à des maladies cardiovasculaires ont été attribués à des **risques liés à l'alimentation**.⁷ Parmi ces risques, on compte une faible consommation de certains aliments de haute valeur nutritive, comme les légumes et les fruits. On observe constamment une faible consommation de légumes et de fruits au Canada.⁸

Bien que de nombreux aliments d'origine animale aient une valeur nutritive élevée, la Ligne directrice n° 1 met davantage l'accent sur les aliments d'origine végétale. Une consommation régulière de ces aliments, à savoir les légumes, les fruits, les grains entiers et les protéines d'origine végétale, peut avoir des effets positifs sur la santé. Un modèle d'alimentation contenant plus d'aliments d'origine végétale entraîne généralement une consommation accrue de :

- fibres alimentaires, qui est associée à un plus faible risque de maladies cardiovasculaires (et aussi à la réduction de facteurs de risque bien établis, comme le cholestérol LDL⁹), de cancer du côlon et de diabète de type 2;^{3,10-13}
- légumes et fruits, qui est associée à un plus faible risque de maladies cardiovasculaires;¹⁴
- noix, qui est associée à une réduction du cholestérol LDL;³
- protéines de soya, qui est associée à une réduction du cholestérol LDL.^{3,15}

Une réorientation de l'alimentation vers des aliments d'origine végétale peut aussi entraîner une réduction de la consommation des types d'aliments suivants :

- **Viandes transformées** (par exemple : hot dog, saucisses, jambon, *corned beef*, bœuf séché). Ces aliments ont été associés à un risque accru de cancer colorectal.^{16,17}
- Aliments qui contiennent surtout des lipides saturés. Une diminution de la consommation de ces aliments et le remplacement de ceux-ci par des aliments qui contiennent surtout des lipides insaturés entraînent une réduction du cholestérol total et du cholestérol LDL.^{1,2,18-22}

Dans le cas des modèles d'alimentation qui contiennent des aliments d'origine animale, il faudrait mettre l'accent sur des aliments d'origine végétale et faire la promotion d'aliments d'origine animale qui ont une plus faible teneur en lipides saturés, comme les viandes rouges maigres (y compris le gibier), le lait plus faible en matières grasses, les yogourts plus faibles en matières grasses, le kéfir plus faible en matières grasses et les fromages plus faibles en matières grasses et en sodium.

Il ne s'agit pas de réduire la teneur en lipides totaux de l'alimentation, mais plutôt de favoriser une réduction de l'apport de lipides saturés tout en encourageant la consommation d'aliments qui contiennent surtout des lipides insaturés.^{1,2,18-22}

Les aliments qui contiennent surtout des lipides insaturés devraient remplacer les aliments qui contiennent surtout des lipides saturés.

Fondement

Santé Canada recommande de remplacer les aliments qui contiennent surtout des lipides saturés par les aliments qui contiennent surtout des lipides insaturés dans le but de favoriser la santé cardiovasculaire.

Les types de lipides consommés ont un impact plus important sur la santé, à long terme, que la quantité totale de lipides. Il existe des données probantes convaincantes à l'effet qu'une réduction de l'apport de lipides saturés, en remplaçant ceux-ci par des lipides insaturés (c'est-à-dire des lipides polyinsaturés ou monoinsaturés), entraîne une réduction du cholestérol total et du cholestérol LDL.^{1,2,18-22} Un taux élevé de cholestérol LDL est un facteur de risque bien établi des maladies cardiovasculaires.⁹ Un adulte canadien sur 5 en 2012-2013 au Canada avait un taux de cholestérol LDL élevé.²³

Le remplacement des lipides saturés par des lipides polyinsaturés peut aussi réduire le risque de maladies cardiovasculaires.¹ Par ailleurs, une diminution de la consommation d'aliments contenant surtout des lipides saturés, en choisissant des aliments contenant surtout des lipides insaturés, est une caractéristique courante des modèles d'alimentation dont les effets bénéfiques sur la santé ont été démontrés.¹⁻⁶



L'eau devrait être la boisson de premier choix.

Fondement

Santé Canada recommande de consommer de l'eau en tant que boisson de premier choix dans le but de favoriser la santé et l'hydratation sans augmenter l'apport énergétique (calories). L'eau est la composante principale du corps humain. Elle est essentielle à la vie ainsi qu'aux processus métaboliques et digestifs.²⁴

On entend par apport d'eau adéquat, la quantité totale d'eau requise pour prévenir les effets de la déshydratation. Cet apport provient non seulement des boissons, mais aussi de certains aliments, comme les fruits, les légumes et les soupes. En plus de fournir de l'eau, certains aliments et boissons peuvent augmenter la teneur en sodium, **sucre** libres ou lipides saturés de l'alimentation. La **Section 2** fournit des recommandations sur les aliments et boissons à teneur élevée en ces nutriments.

La plupart des personnes consomment suffisamment d'eau totale pour combler leurs besoins d'hydratation.²⁴ Certains facteurs, comme le niveau d'activité physique et l'exposition à des températures élevées, peuvent toutefois accroître les besoins d'eau totale. Les jeunes enfants et les personnes âgées sont les groupes les plus à risque de déshydratation.

Les peuples autochtones qui vivent dans des communautés nordiques éloignées ou isolées ont parfois un accès limité à de l'eau potable compte tenu de la faible disponibilité de celle-ci.

Des avis sur la qualité de l'eau sont émis en vue de protéger le public contre l'eau potentiellement non-potable. Ces avis s'appuient sur les résultats de tests d'évaluation de la qualité de l'eau. Ils sont plus souvent émis dans les petites communautés éloignées ou isolées.



Considérations

Aliments de haute valeur nutritive dont il faut encourager la consommation

Les aliments de haute valeur nutritive à consommer régulièrement peuvent être frais, surgelés, en conserve ou séchés.

Les légumes, les fruits, les **grains entiers** et les **aliments protéinés** sont des aliments de haute valeur nutritive dont il faut encourager la consommation. Les aliments surgelés, en conserve ou séchés (comme les légumineuses) sont des choix pratiques, surtout lorsque les aliments frais sont hors saison, coûtent cher, ne sont pas disponibles ou nécessitent trop de préparation. Il faudrait encourager la consommation d'aliments de haute valeur nutritive qui contiennent peu ou pas de sodium et de lipides saturés ajoutés et peu ou pas de **sucres libres**.

Les fruits secs

Les fruits secs sont collants. Ils adhèrent souvent aux dents. Les sucres contenus dans ce type d'aliments peuvent entraîner la carie dentaire. De tels aliments devraient être consommés uniquement au moment des repas.

Préférences culturelles et traditions alimentaires

Les aliments de haute valeur nutritive peuvent refléter les préférences culturelles et les traditions alimentaires.

Une partie du plaisir de manger réside dans le choix d'aliments de haute valeur nutritive qui reflètent la culture et les traditions d'origine de chaque personne. La configuration culturelle du Canada est très diversifiée puisque plus de 250 origines ethniques différentes ont été identifiées lors du recensement canadien.²⁵ La riche diversité culturelle du Canada se reflète dans une variété de traditions, cultures et modes de vie. Les Canadiens

peuvent élargir leur répertoire d'aliments de haute valeur nutritive en examinant les recettes et les méthodes de préparation des aliments utilisées par des personnes de leur propre origine culturelle ou d'autres origines.



Manger en bonne compagnie peut agrémenter la saine alimentation tout en favorisant les connexions entre les générations et les cultures.

La saine alimentation c'est bien plus que le fait de consommer certains types et quantités d'aliments. Dans toutes les cultures, l'alimentation est partie intégrante des interactions sociales et des célébrations. Manger en bonne compagnie peut contribuer au renforcement d'habitudes alimentaires positives. C'est particulièrement vrai dans le cas des enfants puisque ceux-ci développent leurs comportements en observant ceux de leurs parents et aidants. Le fait de manger en famille peut aussi encourager les enfants et les adolescents à participer aux activités liées à la cuisson et préparation des repas.^{26,27} La préparation et la consommation des repas en bonne compagnie offre l'occasion à des personnes de tout âge de découvrir des aliments appartenant à d'autres cultures alimentaires.

Les aliments traditionnels améliorent la qualité de l'alimentation chez les peuples autochtones.

Il a été démontré que la consommation d'aliments traditionnels, même en quantité limitée, améliore la qualité de l'alimentation chez les peuples autochtones.²⁸⁻³⁴ Ces aliments peuvent avoir été acquis par le trappage, la pêche, la chasse, la culture ou la récolte. Les aliments traditionnels, de même que les modes d'approvisionnement de ces aliments, sont intrinsèquement liés à la culture, à l'identité et au mode de vie des peuples autochtones et donc à leur santé globale.^{28, 29, 35} Les types d'aliments traditionnels consommés varient d'une région à l'autre puisque les peuples autochtones consomment depuis toujours la nourriture disponible localement. Certains aliments traditionnels sont consommés dans de nombreuses régions, par exemple :^{28-33, 36, 37}

- les petits et grands mammifères terrestres (orignal, cerf, wapiti, lièvre/lapin et caribou);
- les mammifères marins (phoque et baleine);
- le poisson (poissons des régions côtières, tels que le saumon, la morue et l'omble chevalier; poissons de lac, tels que la truite, le doré jaune, le corégone et le grand brochet);
- les crustacés (dans les régions côtières);
- les oiseaux (canards, oies et à plus faible échelle gélinottes);
- les petits fruits (bleuets, fraises, framboises, amélanchiers de Saskatoon et de nombreux autres);
- les légumes (maïs, courges, têtes de violon et champignons);
- les haricots;
- les noix (noisettes);
- autres plantes sauvages (riz sauvage et thé du Labrador).

La recherche révèle que les aliments traditionnels peuvent généralement être consommés en toute sécurité. Des risques environnementaux devraient toutefois être pris en compte dans certaines régions.²⁸⁻³³ Le [Programme de lutte contre les contaminants dans le Nord](#) mène des



activités de recherche et de surveillance visant à réduire ou éliminer, autant que possible, les contaminants présents dans les aliments obtenus par des moyens traditionnels. Ce programme fournit aussi de l'information permettant une prise de décision éclairée quant à la consommation d'aliments locaux. On peut se procurer des renseignements à jour sur les aliments récoltés localement, y compris des avis de consommation, auprès des gouvernements locaux, provinciaux ou territoriaux. L'[Étude sur l'Alimentation, la Nutrition et l'Environnement chez les Premières Nations](#) fournit des données additionnelles sur la consommation des aliments traditionnels et les contaminants.

Équilibre énergétique

Les besoins énergétiques varient en fonction des individus. Ils dépendent d'un certain nombre de facteurs dont le niveau d'activité physique.

Les besoins énergétiques dépendent d'un certain nombre de facteurs individuels, comme le patrimoine génétique, l'âge, le sexe, le poids, la taille, la composition corporelle et le niveau d'activité physique.³⁸ Toute personne doit consommer une quantité suffisante d'aliments de haute valeur nutritive pour assurer sa santé nutritionnelle ainsi que sa croissance et son développement, s'il y a lieu. Elle doit en outre éviter les apports énergétiques excessifs en vue de maintenir un poids santé.

D'un côté, une surconsommation d'aliments ou de boissons fournissant de l'énergie (calories) peut entraîner un apport énergétique excessif. Cela peut mener à un poids malsain à la longue. Le respect des lignes directrices en matière d'activité physique peut favoriser l'équilibre énergétique chez les adultes lorsqu'il est combiné à certaines autres approches, comme une réduction des portions.¹⁸ De l'autre côté, une restriction de la consommation d'aliments de haute valeur nutritive peut s'avérer préoccupante puisqu'un apport énergétique et nutritionnel insuffisant peut avoir des effets néfastes significatifs et persistants. La surveillance du statut pondéral par un professionnel de la santé est un moyen pouvant permettre de vérifier si le poids est malsain.

Activité physique

Pour avoir une santé optimale, les enfants et les jeunes devraient atteindre un niveau élevé d'activité physique, c'est-à-dire faire au moins 60 minutes d'activités modérées à intenses par jour. Ils devraient aussi limiter les comportements sédentaires et avoir suffisamment d'heures de sommeil.³⁹ Les adultes et les aînés devraient faire au moins 150 minutes d'activité physique aérobie d'intensité modérée à élevée par semaine, par séances d'au moins 10 minutes, pour en retirer des bénéfices pour la santé.^{40,41} Les [Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures](#) fournissent des recommandations additionnelles sur l'activité physique.

Certains régimes à la mode peuvent être restrictifs et comporter des risques sur le plan nutritionnel.

Les Canadiens sont confrontés à la promotion de régimes visant souvent un objectif commercial. Ces régimes promettent une perte de poids rapide ou le traitement d'une maladie chronique. On les appelle souvent « régimes à la mode ». Ils peuvent s'inspirer de plans alimentaires médicalement indiqués ou plutôt d'observations anecdotiques sans véritables fondements scientifiques. On s'y réfère souvent pour promouvoir la vente de produits diététiques, comme des mets vendus en portions individuelles ou des livres de recettes. Les régimes à la mode peuvent être restrictifs et comporter des risques sur le plan nutritionnel, particulièrement ceux qui éliminent de nombreux aliments de haute valeur nutritive sans prévoir de remplacement adéquat. Un apport nutritionnel insuffisant peut avoir des effets néfastes, significatifs et persistants. Une saine alimentation devrait fournir à la fois une quantité adéquate d'énergie pour favoriser le maintien d'un poids santé et une quantité adéquate de nutriments pour réduire le risque d'excès ou de carence. Elle devrait aussi considérer les préférences personnelles, un élément important du plaisir de manger sainement.

Impact environnemental

Les choix alimentaires peuvent avoir un impact sur l'environnement.

Bien que les *Lignes directrices canadiennes en matière d'alimentation* visent avant tout un objectif de santé, l'amélioration des apports alimentaires actuels pourrait comporter des bénéfices environnementaux. Ainsi, il existe des données probantes à l'effet que les modèles d'alimentation contenant plus d'aliments d'origine végétale et moins d'aliments d'origine animale ont moins d'impacts négatifs sur l'environnement.^{1,42,43} Parmi les bénéfices potentiels, on compte une meilleure conservation du sol, de l'eau et de l'air.

Les méthodes de production, de transformation, de distribution et de consommation des aliments ainsi que les pertes et le gaspillage alimentaires, peuvent avoir des impacts environnementaux.^{1,44} Au Canada, les déchets alimentaires contribuent aux gaz à effets de serre provenant des dépotoirs.⁴⁵ Une réduction des déchets alimentaires, par les ménages, les fabricants et transformateurs alimentaires, les fermiers et les détaillants en alimentation pourrait contribuer à

une meilleure utilisation des ressources naturelles et à une réduction des émissions de gaz à effet de serre.⁴⁴ Une meilleure sensibilisation à l'importance de réduire le gaspillage alimentaire est la première étape qui s'impose.⁴⁶ Ce sujet est discuté plus en détail à la **Section 3**.

La conservation des ressources naturelles et la réduction du gaspillage alimentaire peuvent contribuer à garantir un approvisionnement alimentaire fiable, abondant et durable au Canada.⁴⁴

La mesure et l'évaluation de l'impact environnemental des choix alimentaires peuvent s'avérer complexes et difficiles. Toute production d'aliments nécessite de la terre, de l'eau et de l'énergie. L'impact environnemental d'un même aliment peut varier considérablement en fonction de certains facteurs, comme le lieu d'origine, l'emballage ainsi que les méthodes de production, de transformation et de transport.

Tableau 2 : Conclusions convaincantes* à l'appui de la Ligne directrice n° 1

| Conclusions | Sources de données probantes |
|---|--|
| Modèles d'alimentation | |
| Association entre le régime DASH (Combattre l'hypertension par une alimentation saine) et la réduction des facteurs de risque cardiovasculaires | <p>Dietary Guidelines Advisory Committee 2015: Scientific report of the DGAC: advisory report to the Secretary of Health and Human Services and the Secretary of Agriculture</p> <p>American College of Cardiology/American Heart Association 2013: Guideline on lifestyle management to reduce cardiovascular risk: a report of the ACC/AHA task force on practice guidelines</p> |
| Association entre les régimes de type méditerranéen et la réduction du risque de maladies cardiovasculaires | Société canadienne de cardiologie 2016 : Lignes directrices 2016 de la Société canadienne de cardiologie sur la prise en charge de la dyslipidémie pour la prévention de la maladie cardiovasculaire chez l'adulte |
| Association entre les modèles d'alimentation caractérisés par une consommation plus élevée de légumes, de fruits, de grains entiers, de produits laitiers faibles en matières grasses et de fruits de mer; et une plus faible consommation de viandes rouges et transformées, de grains raffinés et d'aliments et boissons contenant des sucres ajoutés et la réduction du risque de maladies cardiovasculaires | Dietary Guidelines Advisory Committee 2015: Scientific report of the DGAC: advisory report to the Secretary of Health and Human Services and the Secretary of Agriculture |
| Consommation plus élevée d'aliments d'origine végétale | |
| Association entre une consommation plus élevée de légumes et de fruits et la réduction des facteurs de risque cardiovasculaires | Santé Canada 2016 : Résumé de l'évaluation par Santé Canada d'une allégation santé au sujet des légumes et des fruits et de la maladie du cœur |
| Association entre les régimes riches en noix et la réduction des facteurs de risque cardiovasculaires | Société canadienne de cardiologie 2016 : Lignes directrices 2016 de la Société canadienne de cardiologie sur la prise en charge de la dyslipidémie pour la prévention de la maladie cardiovasculaire chez l'adulte |
| Association entre les régimes riches en protéines de soya et la réduction des facteurs de risque cardiovasculaires | Société canadienne de cardiologie 2016 : Lignes directrices 2016 de la Société canadienne de cardiologie sur la prise en charge de la dyslipidémie pour la prévention de la maladie cardiovasculaire chez l'adulte |
| | Santé Canada 2015 : Résumé de l'évaluation d'une allégation santé au sujet des protéines de soya et de la diminution du cholestérol |
| Association entre les régimes riches en fibres solubles visqueuses, comme l'avoine, et la réduction des facteurs de risque cardiovasculaires | Société canadienne de cardiologie 2016 : Lignes directrices 2016 de la Société canadienne de cardiologie sur la prise en charge de la dyslipidémie pour la prévention de la maladie cardiovasculaire chez l'adulte |
| Association entre une consommation accrue de fibres alimentaires totales et la réduction des risques de maladies cardiovasculaires, de cancer du côlon et de diabète de type 2 | Scientific Advisory Committee on Nutrition 2015: Carbohydrates and health report |

Tableau 2 : suite

| Conclusions | Sources de données probantes |
|--|---|
| Association entre certains grains spécifiques (fibres bêta-glucane de l'avoine, produits à base d'orge) et les graines de lin et la réduction des facteurs de risque cardiovasculaires | Santé Canada 2014 : Résumé de l'évaluation par Santé Canada d'une allégation santé au sujet des graines de lin entières moulues et de la diminution du cholestérol sanguin |
| | Santé Canada 2012 : Résumé de l'évaluation par Santé Canada d'une allégation santé au sujet des produits à base d'orge et de la diminution du cholestérol sanguin |
| | Santé Canada 2010 : Résumé de l'évaluation par Santé Canada d'une allégation santé au sujet des produits d'avoine et de la diminution du taux de cholestérol sanguin |
| | Scientific Advisory Committee on Nutrition 2015 : Carbohydrates and health report |
| Remplacement des lipides saturés | |
| Association entre le remplacement des lipides saturés par des lipides monoinsaturés et la réduction des facteurs de risque cardiovasculaires | Organisation mondiale de la Santé 2017 : Health effects of saturated and trans-fatty acid intake in children and adolescents: Systematic review and meta-analysis |
| | Organisation mondiale de la Santé 2016 : Effects of saturated fatty acids on serum lipids and lipoproteins: a systematic review and regression analysis |
| | Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture 2014 : Graisses et acides gras dans la nutrition humaine – Rapport d'une consultation d'experts |
| Association entre le remplacement des lipides saturés par des lipides polyinsaturés et la réduction des facteurs de risque cardiovasculaires | Organisation mondiale de la Santé 2017 : Health effects of saturated and trans-fatty acid intake in children and adolescents: Systematic review and meta-analysis |
| | Organisation mondiale de la Santé 2016 : Effects of saturated fatty acids on serum lipids and lipoproteins: a systematic review and regression analysis |
| | Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture 2014 : Graisses et acides gras dans la nutrition humaine – Rapport d'une consultation d'experts |
| Association entre le remplacement des lipides saturés par des lipides polyinsaturés et la réduction des facteurs de risque cardiovasculaires | Dietary Guidelines Advisory Committee 2015 : Scientific report of the DGAC: advisory report to the Secretary of Health and Human Services and the Secretary of Agriculture |
| Association entre le remplacement des lipides saturés par des lipides insaturés (surtout polyinsaturés) et la réduction des facteurs de risque cardiovasculaires | Dietary Guidelines Advisory Committee 2015 : Scientific report of the DGAC: advisory report to the Secretary of Health and Human Services and the Secretary of Agriculture |
| | American College of Cardiology/American Heart Association 2013 : Guideline on lifestyle management to reduce cardiovascular risk: a report of the ACC/AHA task force on practice guidelines |
| Association entre le remplacement des lipides saturés par des lipides insaturés (type non spécifié) et la réduction des facteurs de risque cardiovasculaires | Santé Canada 2012 : Résumé de l'évaluation par Santé Canada d'une allégation santé au sujet du remplacement des gras saturés par des gras monoinsaturés et polyinsaturés et la diminution du cholestérol sanguin |

Tableau 2 : suite

| Conclusions | Sources de données probantes |
|--|---|
| Association entre le remplacement des lipides saturés par des lipides monoinsaturés et la réduction des facteurs de risque cardiovasculaires et du risque de diabète de type 2 | Dietary Guidelines Advisory Committee 2010: Report of the DGAC on the Dietary Guidelines for Americans |
| Viandes transformées | |
| Association entre une augmentation de la consommation de viandes transformées et un risque accru de cancer | Centre international de Recherche sur le Cancer 2018 : IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans - Red Meat and Processed Meat |
| Association entre une augmentation de la consommation de viandes transformées (de 50 grammes/jour) et un risque accru de cancer colorectal | World Cancer Research Fund International/American Institute for Cancer Research 2018: CUP report: colorectal cancer |

* On entend par conclusions convaincantes, les conclusions qui ont obtenu la cote « élevée » de la part de l'*American College of Cardiology/ American Heart Association*, de la Société canadienne de cardiologie et de l'Organisation mondiale de la Santé ainsi que les conclusions classées dans la catégorie « forte » par le *Dietary Guidelines Advisory Committee*, celles classées dans la catégorie « suffisante » par Santé Canada, celles classées dans la catégorie « Groupe 1 : Cancérogène » par le Centre international de Recherche sur le Cancer, celles classées dans la catégorie « adéquate » par le *Scientific Advisory Committee on Nutrition* et celles classées dans la catégorie « convaincante » par l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture et le *World Cancer Research Fund/American Institute of Cancer Research*.

Références

1. Dietary Guidelines Advisory Committee. Scientific report of the 2015 Dietary Guidelines Advisory Committee : advisory report to the Secretary of Health and Human Services and the Secretary of Agriculture. Washington : U.S. Department of Agriculture, Agricultural Research Service; 2015.
2. Eckel RH, Jakicic JM, Ard JD, de Jesus JM, Miller NH, Hubbard VS, et al. 2013 AHA/ACC guideline on lifestyle management to reduce cardiovascular risk: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association task force on practice guidelines. *Circulation*. 2014; 129(25 Suppl 2) : S76-S99.
3. Anderson TJ, Grégoire J, Pearson GJ, Barry AR, Couture P, Dawes M, et al. 2016 Canadian Cardiovascular Society guidelines for the management of dyslipidemia for the prevention of cardiovascular disease in the adult. *Can J Cardiol*. 2016; 32(11) : 1263-1282.
4. Saneei P, Salehi-Abargouei A, Esmailzadeh A, Azadbakht L. Influence of Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet on blood pressure : a systematic review and meta-analysis on randomized controlled trials. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2014; 24(12) : 1253-1261.
5. Garcia M, Bihuniak JD, Shook J, Kenny A, Kerstetter J, Huedo-Medina TB. The effect of the traditional Mediterranean-style diet on metabolic risk factors : a meta-analysis. *Nutrients*. 2016; 8(3) : 168.
6. Dinu M, Pagliai G, Casini A, Sofi F. Mediterranean diet and multiple health outcomes : an umbrella review of meta-analyses of observational studies and randomized trials. *Nutr Metab Cardiovasc*. 2017; 72(1) : 30-43.
7. Institute for Health Metrics and Evaluation [En ligne]. Seattle : Institute for Health Metrics and Evaluation; 2018 [cité le 28 nov. 2018]. [GBD Compare | Viz Hub](#).
8. Colapinto CK, Graham J, St-Pierre S. Tendances et corrélations de la fréquence de la consommation de fruits et de légumes, 2007 à 2014. 2018. *Rapports sur la santé*. 2018; 29(1) : 9-14.
9. National Cholesterol Education Program Expert Panel (NCEP) on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). Third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) Final report. *Circulation*. 2002; 106(25) : 3143-421.
10. Scientific Advisory Committee on Nutrition. SACN Carbohydrates and health report. Norwich : Public Health England; 2015.
11. Santé Canada. [Résumé de l'évaluation par Santé Canada d'une allégation santé au sujet des graines de lin entières moulues et de la diminution du cholestérol sanguin](#) [En ligne]. Ottawa : Santé Canada; 2014 [cité le 14 sept. 2018].
12. Santé Canada. [Résumé de l'évaluation par Santé Canada d'une allégation santé au sujet des produits à base d'orge et de la diminution du cholestérol sanguin](#) [En ligne]. Ottawa : Santé Canada; 2012 [cité le 14 sept. 2018].
13. Santé Canada. [Résumé de l'évaluation d'une allégation santé au sujet des produits d'avoine et de la diminution du taux de cholestérol sanguin](#) [En ligne]. Ottawa : Santé Canada; 2010 [cité le 14 sept. 2018].
14. Santé Canada. [Résumé de l'évaluation par Santé Canada d'une allégation santé au sujet des légumes et des fruits et de la maladie du cœur](#) [En ligne]. Ottawa : Santé Canada; 2016 [cité le 14 sept. 2018].
15. Santé Canada. [Résumé de l'évaluation par Santé Canada d'une allégation santé au sujet des protéines de soya et de la diminution du cholestérol](#) [En ligne]. Ottawa : Santé Canada; 2015 [cité le 14 sept. 2018].
16. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Continuous Update Project Expert Report 2018. Diet, nutrition, physical activity and colorectal cancer. Washington : American Institute for Cancer Research; 2018.
17. International Agency for Research on Cancer. Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans - Red Meat and Processed Meat. Lyon : International Agency for Research on Cancer; 2018.
18. Dietary Guidelines Advisory Committee. Report of the Dietary Guidelines Advisory Committee on the Dietary Guidelines for Americans, 2010 : to the Secretary of Health and Human Services. Washington : U.S. Department of Agriculture, Agricultural Research Service; 2010.

19. Santé Canada. [Résumé de l'évaluation par Santé Canada d'une allégation santé au sujet du remplacement des gras saturés par des gras monoinsaturés et polyinsaturés et la diminution du cholestérol sanguin](#) [En ligne]. Ottawa : Santé Canada; 2012 [cité le 14 sept. 2018].
20. Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture. Graisses et acides gras dans la nutrition humaine : Rapport d'une consultation d'experts. Rome : Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture; 2014.
21. Mensink RP. Effects of saturated fatty acids on serum lipids and lipoproteins: a systematic review and regression analysis. Genève : World Health Organization; 2016.
22. Te Morenga L, Montez JM. Health effects of saturated and trans-fatty acid intake in children and adolescents: Systematic review and meta-analysis. Plos One. 2017; 12(11) : e0186672.
23. Statistique Canada. [Niveaux de cholestérol chez les adultes, 2012 à 2013](#) [En ligne]. Ottawa : Statistique Canada; 2014 [cité le 14 sept. 2018].
24. Institute of Medicine. Dietary reference intakes for water, potassium, sodium, chloride, and sulfate. Washington : National Academies Press; 2005.
25. Statistique Canada. [Immigration et diversité ethnoculturelle : faits saillants du Recensement de 2016](#) [En ligne]. Ottawa, Statistique Canada; 2017 [cité le 14 sept. 2018].
26. Gouvernement du Canada. [Amélioration des compétences culinaires : synthèse des données probantes et des leçons pouvant orienter l'élaboration de programmes et de politiques](#) [En ligne]. Ottawa : Gouvernement du Canada; 2010 [cité le 14 sept. 2018].
27. Mills S, White M, Brown H, Wrieden W, Kwasnicka D, Halligan J, et al. Health and social determinants and outcomes of home cooking : a systematic review of observational studies. Appetite. 2017; 111 : 116-134.
28. Chan L, Receveur O, Sharp D, Schwartz H, Ing A, Tikhonov C. Étude sur l'Alimentation, la Nutrition et l'Environnement chez les Premières Nations (EANEPN) : Résultats de la Colombie-Britannique (2008/2009). Prince George : University of Northern British Columbia; 2011.
29. Chan L, Receveur O, Sharp D, Schwartz H, Ing A, Fediuk KI. Étude sur l'Alimentation, la Nutrition et l'Environnement chez les Premières Nations (EANEPN) : Résultats du Manitoba (2010). Prince George : University of Northern British Columbia; 2012.
30. Chan L, Receveur O, Batal M, William D, Schwartz H, Ing A, et al. Étude sur l'Alimentation, la Nutrition et l'Environnement chez les Premières Nations (EANEPN) : Résultats de l'Ontario (2011/2012). Ottawa : Université d'Ottawa; 2014.
31. Chan L, Receveur O, Batal M, William D, Schwartz H, Ing A, et al. Étude sur l'Alimentation, la Nutrition et l'Environnement chez les Premières Nations (EANEPN) : Résultats de l'Alberta (2013). Ottawa : Université d'Ottawa; 2016.
32. Chan L, Receveur O, Batal M, William D, Schwartz H, Ing A, et al. Étude sur l'Alimentation, la Nutrition et l'Environnement chez les Premières Nations (EANEPN) : Résultats de la région Atlantique (2014). Ottawa : Université d'Ottawa; 2017.
33. Chan L, Receveur O, Batal M, Sadik T, Schwartz H, Ing A, et al. First Nations Food, Nutrition and Environment Study (FNFNES) : results from Saskatchewan (2015). Ottawa : Université d'Ottawa; 2018.
34. Egeland GM, Johnson-Down L, Cao ZR, Sheikh N, Weiler H. Food insecurity and nutrition transition combine to affect nutrient intakes in Canadian arctic communities. J Nutr. 2011; 141(9) : 1746-1753.
35. Conseil des académies canadiennes. La sécurité alimentaire des populations autochtones dans le Nord du Canada : Évaluation de l'état des connaissances. Ottawa : Le comité d'experts sur l'état des connaissances à propos de la sécurité alimentaire dans le Nord du Canada, Conseil des académies canadiennes; 2014.
36. Blanchet C, Rochette L. [Nutrition and food consumption among the Inuit of Nunavik : Nunavik Inuit Health Survey 2004, Qanuipitaa? How are we?](#) [En ligne]. Québec : Institut national de santé publique du Québec & Nunavik Regional Board of Health and Social Services; 2008 [cité le 14 sept. 2018].
37. Sheikh N, Egeland GM, Johnson-Down L, Kuhnlein HV. Changing dietary patterns and body mass index over time in Canadian Inuit communities. Int J Circumpolar Health. 2011; 70(5) : 511-519.
38. Institute of Medicine. Dietary Reference Intakes for energy, carbohydrates, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein, and amino acids. Washington : National Academies Press; 2005.

39. Société canadienne de physiologie de l'exercice [En ligne]. Ottawa : Société canadienne de physiologie de l'exercice; 2016 [cité le 14 sept. 2018]. [Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures pour les enfants et les jeunes : une approche intégrée regroupant l'activité physique, le comportement sédentaire et le sommeil.](#)
40. Société canadienne de physiologie de l'exercice [En ligne]. Ottawa : Société canadienne de physiologie de l'exercice; 2011 [cité le 14 sept. 2018]. [Directives canadiennes en matière d'activité physique à l'intention des adultes âgés de 18 à 64 ans.](#)
41. Société canadienne de physiologie de l'exercice [En ligne]. Ottawa : Société canadienne de physiologie de l'exercice; 2011 [cité le 14 sept. 2018]. [Directives canadiennes en matière d'activité physique à l'intention des adultes âgés de 65 ans et plus.](#)
42. Aleksandrowicz L, Green R, Joy EJM, Smith P, Haines A. The impacts of dietary change on greenhouse gas emissions, land use, water use and health: a systematic review. Plos One. 2016; 11(11) : e0165797.
43. Nelson ME, Hamm MW, Hu FB, Abrams SA, Griffin TS. Alignment of healthy dietary patterns and environmental sustainability : a systematic review. Adv Nutr. 2016; 7(6) : 1005-1025.
44. Agriculture et Agroalimentaire Canada [En ligne]. Ottawa : Gouvernement du Canada; 2017 [cité le 14 sept. 2018]. [Une politique alimentaire pour le Canada.](#)
45. Environnement et Changements climatiques Canada. [Sources et puits de gaz à effet de serre : sommaire 2018](#) [En ligne]. Ottawa : Gouvernement du Canada; 2018 [cité le 28 nov. 2018].
46. Parfitt J, Barthel M, Macnaughton S. Food waste within food supply chains : quantification and potential for change to 2050. Phil Trans R Soc B. 2010; 365(1554) : 3065-3081.



Section 2

Aliments et boissons qui nuisent à la saine alimentation

Certains processus de transformation des aliments, comme la pasteurisation, sont bénéfiques au niveau de la santé publique. Or, les **aliments et boissons transformés** peuvent avoir des effets néfastes sur la santé. Lorsqu'ils sont consommés sur une base régulière, ils sont alors susceptibles de contribuer à un excès de sodium, de **sucre libres** ou de lipides saturés. La présente section met l'accent sur ces aliments et boissons; on y explique comment leur consommation régulière peut nuire à la qualité de l'alimentation à la longue. Les **aliments et boissons préparés** par les restaurants ou dans d'autres établissements similaires et les aliments préparés à la maison peuvent aussi contribuer à un excès de sodium, de sucres libres ou de lipides saturés. On peut faire des choix alimentaires moins sains de temps à autre. Ce qui importe vraiment, ce sont les types d'aliments consommés sur une base régulière. Le **Tableau 3** présente les conclusions convaincantes à l'appui de la Ligne directrice n° 2.

Ligne directrice n° 2

Les aliments et boissons transformés ou préparés qui contribuent à une consommation excessive de sodium, de sucres libres ou de lipides saturés nuisent à la saine alimentation. Ils ne devraient donc pas être consommés sur une base régulière.

Considérations

Boissons sucrées, produits de confiserie et succédanés du sucre

- Les **boissons sucrées** et les **produits de confiserie** ne devraient pas être consommés sur une base régulière.
- Il n'est pas nécessaire de consommer des succédanés du sucre pour réduire l'apport de sucres libres.

Les institutions qui reçoivent un financement public

- Les aliments et boissons qui sont offerts dans les institutions qui reçoivent un financement public devraient être conformes aux *Lignes directrices canadiennes en matière d'alimentation*.

Alcool

- La consommation d'alcool est associée à des risques au niveau de la santé.

Les aliments et boissons transformés ou préparés qui contribuent à une consommation excessive de sodium, de sucres libres ou de lipides saturés nuisent à la saine alimentation. Ils ne devraient donc pas être consommés sur une base régulière.

Fondement

De nombreux termes, tels que « minimalement transformés » et « **ultra-transformés** », sont utilisés pour classer les aliments en tant que sains ou malsains. L'expression « **produits hautement transformés** » est utilisée dans le présent rapport pour décrire les aliments et les boissons transformés ou préparés qui contribuent à un apport excessif en sodium, en sucres libres ou en lipides saturés lorsqu'ils sont consommés sur une base régulière. Parmi ces aliments, on compte les viandes transformées, les aliments frits, les céréales à déjeuner sucrées, les biscuits, les gâteaux, les produits de confiserie, les boissons sucrées et plusieurs mets préemballés prêts-à-réchauffer.

Au cours des dernières années, la disponibilité et la consommation des produits hautement transformés ont augmenté significativement.¹ Cette modification des habitudes de consommation a été liée à une augmentation du taux d'obésité global.^{2,3} L'obésité est un facteur de risque de nombreuses maladies chroniques, comme les maladies cardiovasculaires, l'hypertension, le diabète de type 2 et certains types de cancer.⁴⁻¹⁰ L'adoption de mesures visant à réduire la consommation de produits hautement transformés peut contribuer à la réduction de nombreux facteurs de risque importants des maladies chroniques.

Le sodium, les sucres libres et les lipides saturés sont considérés préoccupants compte tenu qu'une consommation excessive de ces nutriments peut contribuer à l'augmentation du risque de maladies chroniques. Les **lipides trans** sont aussi des nutriments préoccupants. L'interdiction des huiles partiellement hydrogénées au Canada vise à répondre aux préoccupations à leur sujet.

Le **sodium** est un nutriment essentiel. Un apport plus élevé en sodium est toutefois associé à une tension artérielle plus élevée,¹¹⁻¹⁴ un facteur de risque des maladies cardiovasculaires.¹² Bien que le sodium soit omniprésent dans l'approvisionnement alimentaire, les aliments transformés sont de loin la plus importante source de sodium. En 2017, les principales sources de sodium au Canada étaient les produits de boulangerie, les mets composés, les viandes transformées, les fromages, les soupes, les sauces, les trempettes, les sauces brunes et les condiments.¹⁵ L'apport de sodium excédait les limites recommandées chez 58 % de l'ensemble des Canadiens et 72 % des enfants de 4 à 13 ans.¹⁵

On entend par **sucres libres**, tous les monosaccharides et disaccharides ajoutés aux aliments et boissons par un fabricant, cuisinier ou consommateur ainsi que les sucres présents à l'état naturel dans le miel, les sirops, les jus de fruits et les concentrés de jus de fruits.¹⁶ Les sucres naturellement présents dans les fruits et légumes entiers ou coupés et le lait (non sucré) ne sont pas considérés comme des sucres libres.¹⁶

Limites recommandées

- **Sodium** : moins de 2 300 mg par jour (personnes de 14 ans ou plus)¹⁵
- **Sucres libres** : moins de 10 % de l'apport énergétique totale¹⁶
- **Lipides saturés** : moins de 10 % de l'apport énergétique totale¹⁷

Les boissons qui contiennent des sucres libres, incluant les jus de fruits à 100%, ont été associées à un risque accru de **carie dentaire** chez les enfants.¹⁸ Par ailleurs, la consommation d'aliments ou de boissons contenant des **sucres ajoutés** a été associée à un risque accru de gain de poids, d'embonpoint et d'obésité ainsi que de diabète de type 2.^{13,19,20} En 2015, les **boissons sucrées** ainsi que les sucres, sirops, confitures, produits de confiserie, desserts (y compris les desserts surgelés) et les produits de boulangerie comptaient parmi les principales sources de **sucres totaux** dans l'alimentation des Canadiens.²¹ Ces aliments sont tous des sources de sucres libres. La **Figure 1** illustre la relation entre les sucres totaux, les sucres ajoutés et les sucres libres.

Dans une optique de réduction de l'apport de sucres libres, la plus grande partie des sucres totaux devrait provenir d'aliments de haute valeur nutritive, comme les légumes et les fruits entiers ou coupés et le lait non sucré.

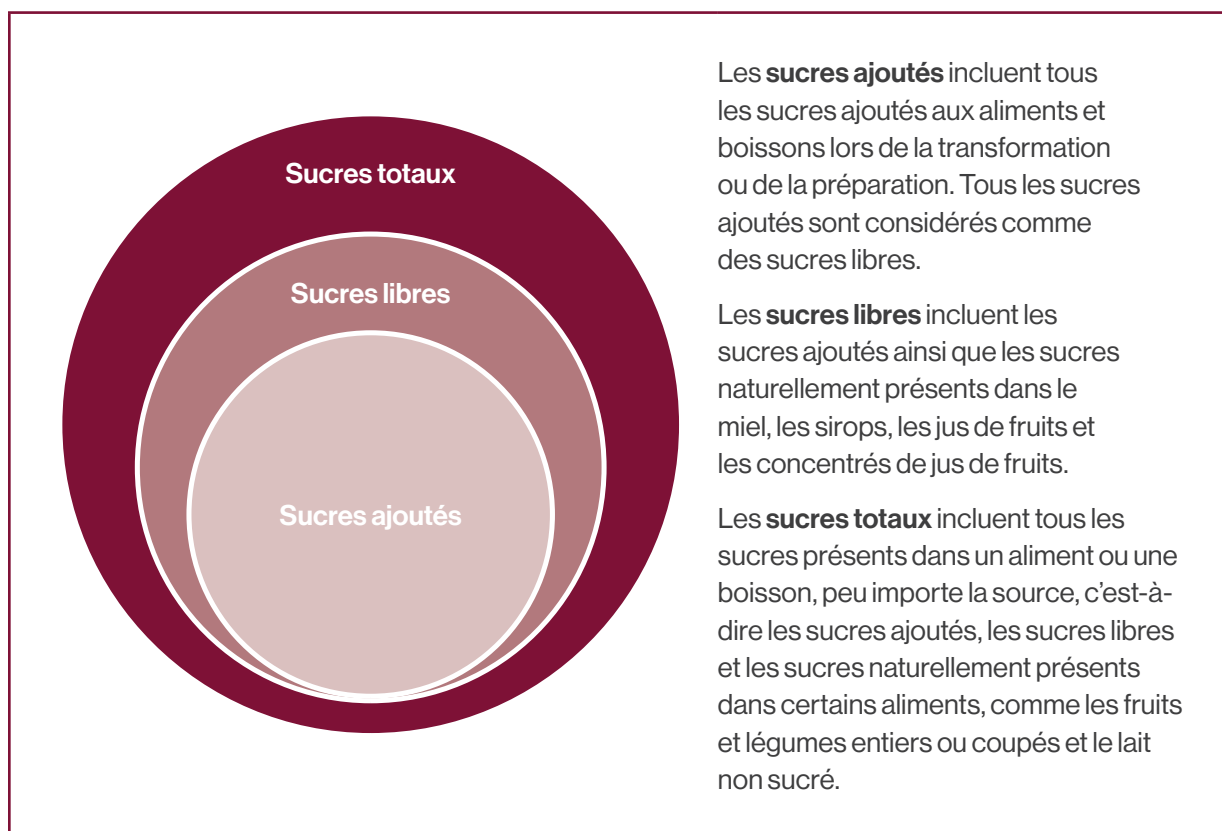


Figure 1 : Relation entre les sucres ajoutés, libres et totaux.

Les **lipides saturés** sont un type de matières grasses qu'on retrouve dans les aliments. Ils sont contenus dans les aliments de source animale, comme la crème, le beurre, les fromages et les viandes grasses et aussi dans certaines huiles végétales, comme les huiles de coco et de palme, et dans le lait de coco. Chez un Canadien sur deux, l'apport de lipides saturés est supérieur à la limite recommandée.²² Une diminution de la consommation d'aliments qui contiennent surtout des lipides saturés, en remplaçant ceux-ci par des aliments qui contiennent surtout des lipides insaturés, contribue à la réduction de certains facteurs de risque cardiovasculaires, comme le cholestérol LDL.^{12,13,17,19,23-25} En 2015, les principales sources alimentaires de lipides saturés étaient les fromages, les viandes rouges, le beurre et la margarine dure.²²

L'apport de **lipides trans** a été associé à un risque accru de maladies cardiovasculaires ainsi que leurs facteurs de risque.^{17,26} Ces lipides sont naturellement présents en faibles quantités dans des aliments provenant des ruminants, comme les produits laitiers, le bœuf et l'agneau. Ils peuvent aussi être produits lors de la transformation industrielle des huiles végétales. Dans le passé, les huiles partiellement hydrogénées (HPH) étaient la principale source de lipides trans. [L'interdiction des HPH au Canada](#) réduira au plus bas niveau possible la présence de ces lipides dans l'approvisionnement alimentaire. Cela favorisera également l'atteinte de l'objectif de santé publique visant à réduire l'apport de lipides trans à moins de 1 % de l'apport énergétique total chez la grande majorité des Canadiens.

Considérations

Boissons sucrées, produits de confiserie et succédanés du sucre

Les boissons sucrées et les produits de confiserie ne devraient pas être consommés sur une base régulière.

En 2015, les boissons sucrées représentaient les principales sources de sucres totaux dans l'alimentation des Canadiens. On observait la consommation quotidienne moyenne la plus élevée chez les enfants et les adolescents (de 9 à 18 ans).²¹

On entend par boissons sucrées, toutes les boissons qui peuvent contribuer à un excès de sucres libres lorsqu'elles sont consommées sur une base régulière. Parmi celles-ci, on compte les boissons gazeuses, les boissons aromatisées aux fruits, les jus de fruits 100 % purs, les eaux aromatisées contenant des sucres ajoutés, les boissons sportives et énergisantes et les autres boissons sucrées chaudes ou froides, comme le thé glacé, les boissons froides à base de café et les laits et boissons d'origine végétale sucrés. Les jus de fruits 100 % purs, de même que les divers laits et boissons de soya enrichies sucrés, fournissent des éléments nutritifs. Toutefois, compte tenu que ces produits peuvent accroître l'apport de sucres libres, il faudrait offrir de préférence de l'eau, du lait ou des boissons de soya enrichies non-sucrées et des fruits.



Les produits de confiserie, tels que les bonbons, les barres de bonbons, les lanières de fruits secs, le chocolat et les friandises enrobées de chocolat font également partie des sources principales de sucres totaux dans l'alimentation des Canadiens en 2015.²¹ Ces produits fournissent des quantités élevées de sucres libres tout en ayant peu ou pas de valeur nutritive. Par ailleurs, les produits de confiserie collants augmentent le risque de carie dentaire en adhérant aux dents.

Certains produits de confiserie et boissons sucrées, comme le chocolat chaud et les cafés et thés de spécialité, contiennent parfois de la crème ou d'autres ingrédients qui ont des lipides saturés. Ces produits sucrés ne contribuent pas à une saine alimentation ; ils peuvent nuire à celle-ci en prenant la place d'aliments de haute valeur nutritive. La promotion de l'eau plutôt que des boissons sucrées et d'une réduction maximale de la consommation de produits de confiserie sont des stratégies importantes quant à la diminution de l'apport de sucres libres chez les Canadiens. Cela peut aussi aider à réduire le risque d'obésité, de diabète de type 2 et de carie dentaire.

Il n'est pas nécessaire de consommer des succédanés du sucre pour réduire l'apport de sucres libres.

On utilise des succédanés du sucre, comme l'aspartame, la saccharine, des alcools de sucre ou l'extrait de stevia purifié, plutôt que des sucres libres dans certains aliments et boissons (par exemple : certains yogourts sans gras et les boissons gazeuses diète). Au Canada, ces succédanés du sucre sont réglementés en tant qu'édulcorants, un type d'**additifs alimentaires**. Les additifs alimentaires, y compris les édulcorants, sont soumis à un contrôle strict en vertu de la *Loi sur les aliments et drogues* du Canada et ses *Règlements* pour garantir leur sécurité. Parmi les édulcorants autorisés au Canada, on compte les polyalcools et les édulcorants artificiels à haute intensité ou dérivés de source naturelle. Étant donné que la consommation d'édulcorants n'entraîne aucun effet bénéfique reconnu sur la santé,^{19, 27, 28} il faudrait plutôt faire la promotion d'aliments et de boissons de haute valeur nutritive non sucrés.

Les institutions qui reçoivent un financement public

Les aliments et boissons qui sont offerts dans les institutions qui reçoivent un financement public devraient être conformes aux Lignes directrices canadiennes en matière d'alimentation.

Pour créer des environnements favorables à une saine alimentation, les établissements financés par les fonds publics devraient offrir des options plus saines qui sont conformes à la **ligne directrice 1**, tout en limitant l'offre d'aliments et de boissons hautement transformés, comme les boissons sucrées et les produits de confiserie.²⁹⁻³² Les milieux de travail devraient adopter une approche similaire et faciliter l'accès à des choix plus sains. Limiter la promotion de produits hautement transformés dans des établissements de vente au détail, comme les épiceries et les dépanneurs, peut aussi contribuer à la mise en place de tels environnements.³⁰ Toutes ces stratégies peuvent favoriser l'adoption de saines habitudes alimentaires tout au long de la vie.

Alcool

La consommation d'alcool est associée à des risques au niveau de la santé.

Les boissons alcoolisées peuvent apporter beaucoup de calories à un régime alimentaire, mais avoir peu ou pas de valeur nutritive. Lorsque l'alcool est mélangé à des sirops, à des boissons sucrées comme les boissons gazeuses et les boissons aromatisées aux fruits, ou à des liqueurs à base de crème, ces mélanges peuvent constituer une source importante de sodium, de sucres libres ou de lipides saturés.

De plus, le fardeau substantiel des maladies associées à la consommation d'alcool représente l'une des principales préoccupations de santé à l'échelon mondial.³³ Des risques bien établis sont associés à une consommation à long terme d'alcool, notamment un risque accru de nombreux types de cancer – foie, œsophage, bouche, pharynx, larynx, colorectal et sein (après la ménopause) – et d'autres conditions de santé sérieuses, comme l'hypertension et les maladies du foie.^{7-10,27,34-36}

Des troubles de santé non mortels et des problèmes sociaux sont aussi associés à la consommation d'alcool.^{35,36} Les coûts économiques des méfaits liés à l'alcool au Canada sont estimés à plus de 14 milliards de dollars, dont environ 3,3 milliards sont directement liés aux coûts des soins de santé.³⁷ En 2016, 3100 décès ont été liés à l'alcool au Canada.³⁸ Au cours de la même année, environ 77 000 hospitalisations au pays étaient attribuables à des conditions entièrement causées par l'alcool.³⁹

Il ne faudrait pas encourager les non-buveurs à consommer de l'alcool.³⁵ On peut utiliser les [Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada](#) pour renseigner les personnes qui consomment de l'alcool sur les moyens de réduire les risques à court et long terme. Ces directives fixent des limites; il ne s'agit aucunement de cibles à atteindre.³⁵ Les décès liés à l'alcool pourraient être réduits au Canada si tous les buveurs suivaient ces directives.³⁵

Tableau 3 : Conclusions convaincantes* à l'appui de la Ligne directrice n° 2

| Conclusions | Sources de données probantes |
|--|---|
| Sodium | |
| Association entre une diminution de l'apport en sodium et une diminution de la tension artérielle | American College of Cardiology/American Heart Association 2013: Guideline on lifestyle management to reduce cardiovascular risk: a report of the ACC/AHA task force on practice guidelines |
| | Organisation mondiale de la Santé 2012: Guideline: sodium intake for adults and children |
| | National Health and Medical Research Council 2011: A review of the evidence to address targeted questions to inform the revisions of the Australian Dietary Guidelines |
| | Dietary Guidelines Advisory Committee 2010: Report of the DGAC on the Dietary Guidelines for Americans |
| Sucres libres | |
| Association entre un apport accru de boissons contenant des sucres ajoutés et un risque accru de gain de poids, d'embonpoint et d'obésité | World Cancer Research Fund International/American Institute for Cancer Research 2018: CUP expert report: energy balance and body fatness |
| Association entre un apport accru de boissons contenant des sucres et un risque accru de carie dentaire chez les enfants | Scientific Advisory Committee on Nutrition 2015: Carbohydrates and health report |
| Association entre un apport accru de sucres ajoutés (provenant d'aliments et/ou de boissons contenant des sucres ajoutés) et un risque accru d'obésité et de diabète de type 2 | Dietary Guidelines Advisory Committee 2015: Scientific report of the DGAC: advisory report to the Secretary of Health and Human Services and the Secretary of Agriculture |
| Association entre un apport accru de boissons contenant des sucres ajoutés et un risque accru d'obésité chez les enfants | Dietary Guidelines Advisory Committee 2010: Report of the DGAC on the Dietary Guidelines for Americans |
| Remplacement des lipides saturés | |
| Association entre le remplacement des lipides saturés par des lipides monoinsaturés et une réduction des facteurs de risque cardiovasculaires | Organisation mondiale de la Santé 2017: Health effects of saturated and trans-fatty acid intake in children and adolescents: Systematic review and meta-analysis |
| | Organisation mondiale de la Santé 2016: Effects of saturated fatty acids on serum lipids and lipoproteins: a systematic review and regression analysis |
| | Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture 2014 : Graisses et acides gras dans la nutrition humaine – Rapport d'une consultation d'experts |

Tableau 3 : suite

| Conclusions | Sources de données probantes |
|---|---|
| Association entre le remplacement des lipides saturés par des lipides polyinsaturés et une réduction des facteurs de risque cardiovasculaires | Organisation mondiale de la Santé 2017: Health effects of saturated and trans-fatty acid intake in children and adolescents: Systematic review and meta-analysis |
| | Organisation mondiale de la Santé 2016: Effects of saturated fatty acids on serum lipids and lipoproteins: a systematic review and regression analysis |
| | Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture 2014 : Graisses et acides gras dans la nutrition humaine – Rapport d'une consultation d'experts |
| Association entre le remplacement des lipides saturés par des lipides polyinsaturés et une réduction du risque de maladies cardiovasculaires | Dietary Guidelines Advisory Committee 2015: Scientific report of the DGAC: advisory report to the Secretary of Health and Human Services and the Secretary of Agriculture |
| Association entre le remplacement des lipides saturés par des lipides insaturés (surtout polyinsaturés) et une réduction des facteurs de risque cardiovasculaires | Dietary Guidelines Advisory Committee 2015: Scientific report of the DGAC: advisory report to the Secretary of Health and Human Services and the Secretary of Agriculture |
| | American College of Cardiology/American Heart Association 2013: Guideline on lifestyle management to reduce cardiovascular risk: a report of the ACC/AHA task force on practice guidelines |
| Association entre le remplacement des lipides saturés par des lipides insaturés (types non spécifiés) et une réduction des facteurs de risque cardiovasculaires | Santé Canada 2012 : Résumé de l'évaluation par Santé Canada d'une allégation santé au sujet du remplacement des gras saturés par des gras monoinsaturés et polyinsaturés et la diminution du cholestérol sanguin |
| Association entre le remplacement des lipides saturés par des lipides monoinsaturés et une réduction des facteurs de risque cardiovasculaires et du risque de diabète de type 2 | Dietary Guidelines Advisory Committee 2010: Report of the DGAC on the Dietary Guidelines for Americans |
| Viandes transformées | |
| Association entre une augmentation de la consommation de viandes transformées et un risque accru de cancer colorectal | Centre international de Recherche sur le Cancer 2018: IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans - Red Meat and Processed Meat |
| Association entre une augmentation de la consommation de viandes transformées (de 50 grammes/jour) et un risque accru de cancer colorectal | World Cancer Research Fund International/American Institute for Cancer Research 2018: CUP report: colorectal cancer |

* On entend par conclusions convaincantes, les conclusions qui ont obtenu la cote « élevée » de la part de l'*American College of Cardiology/American Heart Association*, de la Société canadienne de cardiologie et de l'Organisation mondiale de la Santé ainsi que les conclusions classées dans la catégorie « forte » par le *Dietary Guidelines Advisory Committee*, celles classées dans la catégorie « suffisante » par Santé Canada, celles classées dans la catégorie « Groupe 1: Cancérogène » par le Centre international de Recherche sur le Cancer, celles classées dans la catégorie « adéquate » par le *Scientific Advisory Committee on Nutrition*, celles classées dans la catégorie « convaincante » par l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, le *World Cancer Research Fund/American Institute of Cancer Research* et celles qui ont obtenu la cote « A » de la part du *National Health and Medical Research Council*.

Références

1. Moubarac JC, Batal M, Martins AP, Claro R, Levy RB, Cannon G, et al. Processed and ultra-processed food products: Consumption trends in Canada from 1938 to 2011. *Can J Diet Pract Res*. 2014; 75(1) : 15-21.
2. Popkin BM, Gordon-Larsen P. The nutrition transition : worldwide obesity dynamics and their determinants. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2004; 28(Suppl 3) : S2-S9.
3. Swinburn BA, Sacks G, Hall KD, McPherson K, Finegood DT, Moodie ML, et al. The global obesity pandemic : shaped by global drivers and local environments. *Lancet*. 2011; 378(9793) : 804-814.
4. Tjepkema M. Obésité chez les adultes. *Rapports sur la santé*. 2006; 17(3) : 9-25.
5. Agence de la santé publique du Canada. [Le diabète au Canada : Perspective de santé publique sur les faits et chiffres](#) [En ligne]. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada; 2011 [cité le 14 sept. 2018].
6. Agence de la santé publique du Canada. [Quel est l'état de santé des Canadiens? Analyse des tendances relatives à la santé des Canadiens du point de vue des modes de vie sains et des maladies chroniques](#) [En ligne]. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada; 2016 [cité le 14 sept. 2018].
7. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Continuous Update Project Expert Report 2018. Diet, nutrition, physical activity and colorectal cancer. Washington : American Institute for Cancer Research; 2018.
8. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Continuous Update Project Expert Report 2018. Diet, nutrition, physical activity and liver cancer. Washington : American Institute for Cancer Research; 2018.
9. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Continuous Update Project Expert Report 2018: Diet, nutrition, physical activity and breast cancer. Washington : American Institute for Cancer Research; 2018.
10. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Continuous Update Project Expert Report 2018. Diet, nutrition, physical activity and oesophageal cancer. Washington : American Institute for Cancer Research; 2018.
11. World Health Organization. Guideline : sodium intake for adults and children. Genève : World Health Organization; 2012.
12. Eckel RH, Jakicic JM, Ard JD, de Jesus JM, Miller NH, Hubbard VS, et al. 2013 AHA/ACC guideline on lifestyle management to reduce cardiovascular risk : a report of the American College of Cardiology/American Heart Association task force on practice guidelines. *Circulation*. 2014; 129(25 Suppl 2) : S76-S99.
13. Dietary Guidelines Advisory Committee. Report of the Dietary Guidelines Advisory Committee on the Dietary Guidelines for Americans, 2010 : to the Secretary of Health and Human Services. Washington : U.S. Department of Agriculture, Agricultural Research Service; 2010.
14. National Health and Medical Research Council. A review of the evidence to address targeted questions to inform the revisions of the Australian Dietary Guidelines. Canberra : National Health and Medical Research Council; 2011.
15. Santé Canada. [L'apport en sodium chez les Canadiens en 2017](#) [En ligne]. Ottawa : Santé Canada; 2017 [cité le 14 sept. 2018].
16. World Health Organization. Guidelines : Sugars intake for adults and children. Genève : World Health Organization; 2015.
17. Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture. Graisses et acides gras dans la nutrition humaine : Rapport d'une consultation d'experts. Rome : Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture; 2014.
18. Scientific Advisory Committee on Nutrition. SACN Carbohydrates and Health Report. Norwich : Public Health England; 2015.
19. Dietary Guidelines Advisory Committee. Scientific report of the 2015 Dietary Guidelines Advisory Committee : advisory report to the Secretary of Health and Human Services and the Secretary of Agriculture. Washington : U.S. Department of Agriculture, Agricultural Research Service; 2015.
20. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Continuous Update Project Expert Report 2018. Diet, nutrition and physical activity : energy balance and body fatness. Washington : American Institute for Cancer Research; 2018.
21. Langlois K, Garriguet D, Gonzalez A, Sinclair S, Colapinto CK. Changement dans la consommation de sucres totaux chez les enfants et les adultes canadiens. *Rapports sur la santé*. 2019; 30(1): 10-19.

22. Santé Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Nutrition 2015 [Analyse interne].
23. Santé Canada. [Résumé de l'évaluation par Santé Canada d'une allégation santé au sujet du remplacement des gras saturés par des gras monoinsaturés et polyinsaturés et la diminution du cholestérol sanguin](#) [En ligne]. Ottawa : Santé Canada; 2012 [cité le 14 sept. 2018].
24. Mensink RP. Effects of saturated fatty acids on serum lipids and lipoproteins : a systematic review and regression analysis. Genève : World Health Organization; 2016.
25. Te Morenga L, Montez JM. Health effects of saturated and trans-fatty acid intake in children and adolescents : systematic review and meta-analysis. Plos One. 2017; 12(11) : e0186672.
26. Brouwer IA. Effect of trans-fatty acid intake on blood lipids and lipoproteins : a systematic review and meta-regression analysis. Genève : World Health Organization; 2016.
27. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Diet, nutrition, physical activity and cancer: a global perspective. Continuous Update Project Expert Report 2018. Washington : American Institute for Cancer Research; 2018.
28. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Continuous Update Project Expert Report 2018. Diet, nutrition, physical activity and bladder cancer. Washington : American Institute for Cancer Research; 2018.
29. Niebylski ML, Lu T, Campbell NR, Arcand J, Schermel A, Hua D, et al. Healthy food procurement policies and their impact. Int J Environ Res Public Health. 2014; 11(3) : 2608-2627.
30. Story M, Kaphingst KM, Robinson-O'Brien R, Glanz K. Creating healthy food and eating environments : policy and environmental approaches. Annu Rev Public Health. 2008; 29 : 253-272.
31. Hawkes C, Smith TG, Jewell J, Wardle J, Hammond RA, Friel S, et al. Smart food policies for obesity prevention. Lancet. 2015; 385(9985) : 2410-2421.
32. Raine K, Alkey K, Olstad DL, Ferdinands R, Beaulieu D, Buhler S, et al. Approvisionnement en aliments sains et normes nutritionnelles dans les établissements publics : synthèse des données probantes et recommandations stratégiques consensuelles. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada : Recherche, politiques et pratiques. 2018; 38(1) : 6-17.
33. Global Burden of Disease 2016 Alcohol Collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016 : a systematic analysis for Global Burden of Disease Study 2016. Lancet. Epub 2018 Aug 23.
34. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Continuous Update Project Expert Report 2018. Diet, nutrition, physical activity and cancers of the mouth, pharynx, and larynx. Washington : American Institute for Cancer Research; 2018.
35. Butt P, Beirness D, Stockwell T, Gliksman L, Paradis C. L'alcool et la santé au Canada : résumé des données probantes et directives de consommation à faible risque. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies; 2011.
36. Agence de la santé publique du Canada. [Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, 2015 : La consommation d'alcool au Canada](#) [En ligne]. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada; 2016 [cité le 28 nov. 2018].
37. Rehm J, Baliunas D, Brochu S, Fischer B, Gnam W, Patra J, et al. Les coûts de l'abus de substances au Canada, 2002. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies; 2006.
38. Statistique Canada [En ligne]. Ottawa : Statistique Canada; 2016 [cité le 23 oct. 2018]. [CANSIM tables](#).
39. Institut canadien d'information sur la santé. [Méfaits de l'alcool au Canada : Hospitalisations entièrement attribuables à l'alcool et stratégies de réduction des méfaits](#) [En ligne]. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé; 2017 [cité le 23 oct. 2018].



Section 3

Importance des compétences alimentaires

Dans un environnement alimentaire où les produits hautement transformés sont devenus le choix facile, et parfois le seul choix, la promotion des **compétences alimentaires** en tant que composante de la littératie alimentaire, est un élément essentiel des stratégies visant à favoriser l'adoption de saines habitudes alimentaires tout au long de la vie.

La Ligne directrice n° 3 et les considérations présentées dans cette section sont axées sur les compétences alimentaires favorisant la mise en œuvre à la fois de la **Ligne directrice n° 1** et de la **Ligne directrice n° 2**.

Ligne directrice n° 3

Les compétences alimentaires sont nécessaires pour naviguer dans un environnement alimentaire complexe et favoriser une saine alimentation.

- Il faudrait promouvoir la cuisson et la préparation des repas à partir d'aliments de haute valeur nutritive en tant que moyen pratique favorisant la saine alimentation.
- Il faudrait faire la promotion des étiquettes des aliments en tant qu'outils qui aident les Canadiens à faire des choix éclairés.

Considérations

Compétences alimentaires et littératie alimentaire

- Les compétences alimentaires sont des compétences de vie importantes.
- La littératie alimentaire prend en compte les compétences alimentaires et le contexte environnemental plus large.
- Il faudrait célébrer les pratiques culturelles liées à l'alimentation.
- Les compétences alimentaires devraient être considérées dans le contexte social, culturel et historique des peuples autochtones.

Compétences alimentaires et occasions d'apprendre et de partager

- Les compétences alimentaires peuvent être enseignées, apprises et transmises dans divers contextes.

Compétences alimentaires et gaspillage alimentaire

- Les compétences alimentaires peuvent contribuer à la réduction des déchets domestiques.

Il faudrait promouvoir la cuisson et la préparation de repas à partir d'aliments de haute valeur nutritive en tant que moyen pratique favorisant la saine alimentation.

Fondement

Santé Canada recommande la cuisson et la préparation de repas et collations sains à partir d'aliments de haute valeur nutritive en tant que moyen pratique favorisant la saine alimentation. De nombreux Canadiens sont confrontés à un **environnement alimentaire** où des produits hautement transformés sont facilement disponibles, offerts à prix compétitif, en grosses portions et font l'objet d'un marketing intensif.¹ La transformation de l'environnement alimentaire observée au cours des dernières décennies a entraîné une modification des apports alimentaires.² D'autres facteurs ont augmenté la dépendance envers les produits hautement transformés, comme une modification des conditions de travail (par exemple : horaires de travail irréguliers) et de l'organisation de la vie familiale (par exemple : évolution dans la répartition des tâches domestiques en fonction des genres).¹

Avec le temps, les ménages canadiens ont augmenté significativement la proportion du budget alimentaire consacrée à des produits hautement transformés, particulièrement à des produits pratiques (prêt-à-manger ou à réchauffer).^{1,3} Les ménages canadiens consacrent environ 30 % de leur budget alimentaire à des repas ou collations vendus dans des restaurants traditionnels, des établissements de restauration rapide, des cafétérias, des kiosques de rafraîchissements, des *snack bars*, des distributeurs automatiques, des cantines mobiles, des traiteurs ou des casse-croûtes.⁴ Les types de nourriture achetés dans ces établissements ont été associés à une augmentation de l'apport énergétique (calories) et de l'apport de sodium, de sucres et de lipides saturés.^{5,6} Un plus faible nombre de Canadiens préparent maintenant leurs repas à partir d'ingrédients de base. Bon nombre d'entre eux dépendent de produits hautement transformés qui nécessitent moins de compétences alimentaires ou des compétences différentes.⁷

Par ailleurs, le recours accru à des produits hautement transformés a entraîné une réduction de la transmission des compétences alimentaires entre les parents, les aidants ou membres la famille élargie et les enfants ou adolescents. Cette transmission représentait autrefois le principal mode d'apprentissage traditionnel de ces compétences.⁷

La cuisson et la préparation des repas à la maison peut favoriser la saine alimentation décrite dans la **Section 1**.⁸ Par exemple, lorsqu'on cuisine à la maison, on peut réduire l'achat et la consommation de produits hautement transformés. Ce changement de comportement peut encourager la consommation de types et quantités d'aliments plus sains à la longue puisqu'on peut préparer des repas à partir d'ingrédients qui ont une plus faible teneur en sodium, sucres libres ou lipides saturés.



Il faudrait faire la promotion des étiquettes des aliments en tant qu'outils qui aident les Canadiens à faire des choix éclairés.

Fondement

Les étiquettes des aliments sont l'une des principales sources d'information nutritionnelle au Canada.⁹ Les Canadiens peuvent utiliser cette information pour faire des choix éclairés, planifier des repas nutritifs et gérer certaines maladies chroniques ou conditions de santé liées à l'alimentation. L'information nutritionnelle affichée sur les étiquettes des aliments est perçue comme une source d'information hautement crédible chez les consommateurs. Bon nombre d'entre eux déclarent qu'ils utilisent celle-ci pour orienter leurs choix de produits alimentaires.⁹

Les étiquettes des aliments sont en train d'être modifiées pour faire en sorte que le choix le plus sain soit le choix le plus facile à faire. Veuillez consulter [Modifications à l'étiquetage des aliments](#).

Le taux d'utilisation de l'information nutritionnelle sur les étiquettes des aliments est plus élevé chez les personnes ayant des conditions de santé ou des besoins alimentaires spécifiques. Ce taux est plus faible chez les enfants, les adolescents et les personnes âgées.⁹ Les personnes qui ont un plus faible niveau de revenu et d'éducation ont également moins tendance à utiliser l'information nutritionnelle affichée sur les étiquettes des aliments.⁹ Les interventions visant à améliorer la reconnaissance et la compréhension de l'information nutritionnelle peuvent entraîner des résultats positifs chez certaines populations, comme celles ayant un plus faible niveau de revenu et de littératie.⁹

Le tableau de la valeur nutritive est un élément de l'étiquetage nutritionnel qui peut aider les Canadiens à :

- se renseigner sur la valeur nutritive d'un aliment,
- comparer la teneur en nutriments des produits alimentaires, et
- mieux gérer des régimes alimentaires spécifiques (par exemple, régime faible en sodium).

Le tableau de la valeur nutritive indique un pourcentage de la valeur quotidienne (% VQ) dans une portion définie d'aliment pour chacun des principaux nutriments. En vertu des nouveaux règlements sur l'étiquetage au Canada, une note relative au % VQ doit être affichée au bas du tableau de la valeur nutritive. Les Canadiens pourront ainsi mieux comprendre si un aliment préemballé contient « peu » (5 % VQ ou moins) ou « beaucoup » (15 % VQ ou plus) d'un certain nutriment. L'information nutritionnelle fournie sur les étiquettes des aliments peut aider les Canadiens à faire des choix alimentaires plus sains¹⁰ sur une base régulière pour réduire leur apport de sodium, de sucres libres et de lipides saturés. Une réduction de l'apport de ces nutriments peut contribuer à la réduction de facteurs de risque importants des maladies chroniques au Canada.

La liste des ingrédients est un autre élément des étiquettes des aliments. Les ingrédients doivent être présentés en ordre de poids décroissant : l'ingrédient qui pèse le plus figure en premier et celui qui pèse le moins en dernier. Cette liste peut aider les Canadiens à vérifier si un aliment contient « plus » d'un ingrédient (au début de la liste) ou « moins » d'un autre ingrédient (à la fin de la liste). Elle peut s'avérer particulièrement utile lorsqu'on tente d'éviter certains ingrédients comme les allergènes.

Considérées globalement, les étiquettes des aliments sont des outils qui peuvent aider les Canadiens à naviguer dans un environnement alimentaire complexe. Les étiquettes des aliments peuvent aider les Canadiens à faire des choix éclairés en divers endroits, comme à l'épicerie. Encourager l'utilisation des étiquettes des aliments et promouvoir la cuisson et préparation des repas peut favoriser le choix d'aliments de haute valeur nutritive et la préparation de repas et collations sains.

Le tableau de la valeur nutritive fournit de l'information sur la teneur en **sucre** **totaux** des aliments et boissons préemballés. Un % VQ de 15 % ou plus (ce qui correspond à 15 grammes ou plus) peut aider à identifier les aliments qui ont une teneur élevée en **sucre** **libres**.

La liste des ingrédients est un autre moyen permettant de vérifier la présence de sucres libres dans les aliments et boissons préemballés. Selon le nouveau règlement sur l'étiquetage au Canada, les ingrédients liés aux sucres doivent être regroupés en ordre décroissant, en fonction de leur poids, après le terme « sucres ». Cette mesure a pour but de permettre aux Canadiens d'identifier toutes les sources de sucres libres dans un produit et de vérifier leur proportion par rapport aux autres ingrédients.



Considérations

Compétences alimentaires et littératie alimentaire

Les compétences alimentaires sont des compétences de vie importantes.

On dit qu'une personne a des compétences alimentaires lorsqu'elle dispose de l'information, des capacités et des stratégies lui permettant de se procurer des aliments de haute valeur nutritive et de préparer des repas et collations sécuritaires, nutritifs et culturellement acceptables. Les compétences alimentaires peuvent aider une personne à mieux comprendre l'approvisionnement alimentaire et l'origine des aliments.

Ces compétences peuvent aussi favoriser l'adoption d'une approche intuitive de l'alimentation. Celle-ci consiste à faire des choix alimentaires conscients, à prendre le temps de manger, à être attentif aux signaux de la faim et de la satiété et à éviter les distractions lorsqu'on mange.¹¹ Une telle approche permet d'être attentif à ce qu'on mange, ce qui peut être atteint en réduisant au maximum les distractions. Un manque d'attention peut entraîner la consommation de plus grandes quantités d'aliments et de boissons au moment même et lors des repas et collations subséquents.¹²

L'acquisition de compétences alimentaires de base (comme la capacité d'assembler un repas ou une collation simple à partir d'aliments de haute valeur nutritive) peut contribuer à l'amélioration des choix et comportements alimentaires à tout âge, plus particulièrement chez les enfants et les adolescents.⁷ Compte tenu que les connaissances et les compétences se développent à mesure qu'on les utilise, la cuisson ou la préparation des repas à partir d'ingrédients de base peut devenir routinière et nécessiter de moins en moins de temps à la longue. L'acquisition de compétences alimentaires de base peut être particulièrement utile lorsqu'on passe d'une étape de la vie à l'autre ou lors d'une modification des conditions de vie, par exemple chez les adolescents ou les jeunes

adultes qui doivent désormais se nourrir par eux-mêmes, chez les personnes âgées qui ont perdu le conjoint qui cuisinait et chez les personnes qui ont moins d'occasions de profiter de la transmission intergénérationnelle des compétences alimentaires après avoir quitté leur famille élargie.

Les compétences alimentaires incluent :

Les **connaissances** nécessaires pour lire, évaluer et interpréter l'information nutritionnelle affichée sur les étiquettes des aliments ou dans les menus ainsi que les stratégies de marketing des aliments et boissons; la connaissance des techniques d'entreposage et de préparation sécuritaire des aliments et l'adaptation des recettes; la connaissance des méthodes entourant la culture des aliments, la chasse et la pêche ainsi que celle des sites de cueillette des plantes ou petits fruits.

Les **compétences sensorielles** nécessaires à l'évaluation de la texture, de l'apparence, de la saveur et de l'odeur des aliments et à déterminer le degré de maturité des plantes ou petits fruits avant leur cueillette.

Les **compétences de planification** nécessaires pour faire une liste d'épicerie, respecter un budget alimentaire, planifier et préparer des repas nutritifs en tenant compte des préférences et besoins nutritionnels de tous les membres de la famille et utiliser adéquatement les restes d'aliments.

Les **compétences techniques** nécessaires à l'utilisation d'outils et de techniques appropriés lors de la préparation des repas ou dans le cadre de la chasse, la pêche, la cueillette et la préparation ou la conservation des aliments traditionnels.

— Adapté à partir de Vanderkooy¹³

La littératie alimentaire prend en compte les compétences alimentaires et le contexte environnemental plus large.

Les compétences alimentaires sont l'un des éléments de la littératie alimentaire. Elles sont interreliées avec l'environnement social, l'environnement physique et d'autres **déterminants de la santé**. Plusieurs facteurs ont une influence sur les choix et les comportements alimentaires.¹⁴ Ces facteurs peuvent être :

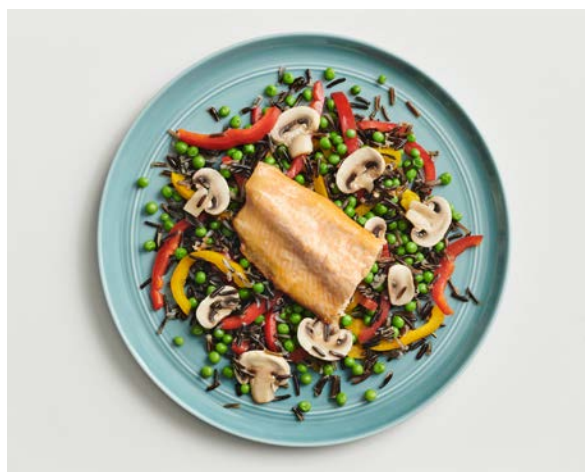
- le soutien de la famille et des pairs;
- la disponibilité et l'accessibilité des ressources (comme les moyens financiers, une cuisine fonctionnelle, l'équipement de cuisine et les denrées alimentaires de base);
- les normes sociales, culturelles ou liées au genre; et
- les contraintes de temps (par exemple, les personnes qui ont un faible revenu ou qui doivent cumuler divers emplois manquent parfois de ressources ou de temps pour améliorer suffisamment leurs compétences alimentaires).

Tous les secteurs de la société devraient s'efforcer d'encourager la préparation de repas à partir d'aliments de haute valeur nutritive et l'adoption de saines habitudes alimentaires chez les personnes de toute origine. La **Section 4** traite de la nécessité de créer des environnements qui favorisent la saine alimentation.

La littératie alimentaire inclut les compétences et pratiques alimentaires apprises et utilisées tout au long de la vie pour se débrouiller dans un environnement alimentaire complexe. Ce concept prend aussi en compte les facteurs d'ordre social, culturel, économique et physique liés à l'alimentation.

Il faudrait célébrer les pratiques culturelles liées à l'alimentation.

Les pratiques culturelles liées à l'alimentation peuvent avoir une influence sur l'apprentissage et le partage des compétences alimentaires. Ces pratiques reflètent les diverses origines ethniques et traditions alimentaires au Canada. Les traditions alimentaires peuvent avoir un impact sur la composition de l'alimentation des Canadiens, sur la façon et le moment de s'alimenter et aussi sur les lieux d'achat et les modes de préparation des aliments. La célébration des pratiques culturelles liées à l'alimentation peut permettre de perpétuer les traditions alimentaires en les transmettant d'une génération à l'autre et en les partageant avec d'autres personnes. Par exemple, l'organisation d'événements communautaires où on célèbre avec des aliments ethniques peut être un moyen de partager diverses connaissances et compétences au sein d'une culture et entre les cultures. Le fait de **manger en bonne compagnie** (voir Section 1) peut aussi encourager la création de liens entre les cultures.



Les compétences alimentaires devraient être considérées dans le contexte social, culturel et historique des peuples autochtones.

Les efforts visant le développement des compétences alimentaires devraient prendre en compte l'histoire, les conditions de vie et les aspirations spécifiques des peuples autochtones au Canada.¹⁵ Il importe de reconnaître le contexte historique des pensionnats autochtones puisque de nombreux survivants de ces institutions ont été déconnectés de leurs terres. Plusieurs de ces survivants ne sont plus familiers avec les réseaux de partage des connaissances et compétences spécifiques aux systèmes alimentaires des peuples autochtones.¹⁵

Il faudrait insister sur la nécessité de créer des occasions favorisant le partage intergénérationnel du savoir, le renforcement des aptitudes culturelles et l'atteinte des aspirations pour garantir un avenir plus sains. Pour atteindre ces objectifs, les communautés autochtones devraient non seulement participer au développement de politiques et de programmes visant l'acquisition et l'amélioration des compétences alimentaires, mais aussi jouer un rôle de leader. Les efforts déployés à cet égard peuvent améliorer la qualité de l'alimentation chez les peuples autochtones.¹⁶ Ces efforts peuvent aussi favoriser une meilleure auto-détermination et une revitalisation de l'identité culturelle.

Les systèmes alimentaires des peuples autochtones incluent les plantes comestibles et les espèces animales que les peuples autochtones se procurent sur la terre, dans l'eau ou dans les airs en utilisant des connaissances et technologies qui sont adaptées et transmises d'une génération à l'autre.¹⁷ Ces connaissances sont indispensables à la durabilité des cultures et des récoltes et aussi en matière de préparation, d'entreposage, de consommation et de partage des aliments traditionnels.

Compétences alimentaires et occasions d'apprendre et de partager

Les compétences alimentaires peuvent être enseignées, apprises et transmises dans divers contextes.

Les Canadiens peuvent créer des occasions permettant d'enseigner et de partager des compétences alimentaires en divers endroits: à la maison, à la garderie, à l'école (par exemple en intégrant les compétences alimentaires dans les programmes éducatifs destinés aux enfants), au centre communautaire, au jardin communautaire ou sur les terres. Par exemple, les nouveaux arrivants au Canada qui ont un accès limité à des aliments ou ingrédients culturels ou qui ne sont pas familiers avec les substituts à utiliser pour préparer des recettes traditionnelles pourraient bénéficier du soutien fourni par des pairs en participant à une cuisine communautaire locale.¹⁸ La transmission des compétences alimentaires peut aussi se faire lors d'une activité de groupe consacrée à la préparation d'un repas à l'occasion de célébrations familiales ou communautaires.

La transmission des compétences alimentaires peut contribuer au développement de la confiance en soi et de l'efficacité personnelle (croyance en ses propres capacités) chez les enfants et les adolescents tout en faisant naître un sentiment d'accomplissement.⁷ La participation à certaines tâches liées à la préparation des repas peut encourager les jeunes enfants à essayer de nouveaux aliments.¹⁹ L'acquisition de compétences alimentaires, peu importe l'endroit, peut favoriser les normes sociales entourant la préparation des aliments au tout début de la vie et aussi encourager l'adoption de saines habitudes alimentaires pendant toute la vie. En créant des occasions de cuisiner et de préparer des aliments dans le cadre d'initiatives scolaires (comme les cours d'économie familiale et les programmes de petits déjeuners) parallèlement à d'autres programmes communautaires, on peut favoriser l'acquisition et la mise en pratique des compétences alimentaires chez les enfants et les adolescents.

Le transfert des connaissances et compétences alimentaires peut aussi se faire entre adultes. Les programmes visant l'amélioration des compétences alimentaires peuvent être particulièrement bénéfiques chez les adultes qui manquent de compétences de base. Les personnes qui ont récemment été diagnostiquées avec des facteurs de risque liés à l'alimentation sont parfois très motivées à se renseigner sur la façon d'apporter des changements à leur alimentation. On peut encourager les adultes à participer à de tels programmes en mettant l'accent sur les aspects créatifs de la cuisine ou sur la préparation de repas sains, à prix abordable, en un rien de temps.

Il faudrait promouvoir des techniques sécuritaires de préparation et de manipulation des aliments en vue de prévenir les toxi-infections alimentaires. Les [Conseils généraux de salubrité](#) expliquent les meilleures pratiques à adopter lors de la manipulation, de l'entreposage, de la cuisson, de la cuisson au barbecue et du réchauffement des aliments.

Pour être en mesure de récolter, d'entreposer et de préparer en toute sécurité des aliments traditionnels, il est important d'utiliser des méthodes traditionnelles et de consulter des Aînés compétents. Le document [Salubrité des aliments pour les Premières nations du Canada : Manuel sur les saines pratiques alimentaires](#) explique les meilleures pratiques entourant la récolte et la préparation des aliments traditionnels chez les Premières Nations.

Compétences alimentaires et gaspillage alimentaire

Les compétences alimentaires peuvent contribuer à la réduction des déchets domestiques.

Les aliments qui sont produits ne sont pas tous consommés. La valeur des pertes et du gaspillage alimentaires s'élève à environ 31 milliards \$ par année au Canada.²⁰ On estime que presque la moitié des déchets générés dans l'ensemble du système d'approvisionnement alimentaire sont générés à l'échelon des ménages au Canada.²⁰ Parmi les motifs potentiels du gaspillage alimentaire, on compte des achats mal planifiés ou impulsifs et le fait de préparer ou de servir de trop grandes quantités de nourriture lors des repas.²¹ Une amélioration des compétences alimentaires peut contribuer à la réduction des déchets alimentaires des ménages au Canada. Par exemple, le développement de compétences entourant la planification des repas, l'entreposage des aliments périssables et l'utilisation des restes peut contribuer grandement à la réduction des déchets.

Les déchets alimentaires exercent aussi une pression indue sur l'environnement puisque la production des aliments nécessite l'utilisation de ressources naturelles, comme la terre, le sol et l'eau, même lorsque ceux-ci ne sont pas consommés en bout de ligne.²² L'impact du gaspillage alimentaire sur l'environnement est décrit plus en détail à la **Section 1**.

Références

1. Moubarac JC, Batal M, Martins AP, Claro R, Levy RB, Cannon G, et al. Processed and ultra-processed food products : consumption trends in Canada from 1938 to 2011. *Can J Diet Pract Res*. 2014; 75(1) : 15-21.
2. Sallis JF, Glanz K. The role of built environments in physical activity, eating, and obesity in childhood. *Future Child*. 2006; 16(1) : 89-108.
3. Moubarac JC. Ultra-processed foods in Canada : consumption, impact on diet quality and policy implications. Montréal : TRANSNUT, University of Montreal; 2017.
4. Statistique Canada. [Enquête sur les dépenses des ménages \(EDM\), dépenses alimentaires détaillées, Canada, régions et provinces. Tableau 203-0028](#) [En ligne]. Ottawa : Statistique Canada [cité le 14 sept. 2018].
5. Black JL, Billette J-M. Fast food intake in Canada : differences among Canadians with diverse demographic, socio-economic and lifestyle characteristics. *Can J Public Health*. 2015; 106(2) : e52-e58.
6. Nguyen BT, Powell LM. The impact of restaurant consumption among US adults : effects on energy and nutrient intakes. *Public Health Nutr*. 2014; 17(11) : 2445-2452.
7. Gouvernement du Canada. [Amélioration des compétences culinaires : synthèse des données probantes et des leçons pouvant orienter l'élaboration de programmes et de politiques](#) [En ligne]. Ottawa : Gouvernement du Canada; 2010 [cité le 14 sept. 2018].
8. Mills S, White M, Brown H, Wrieden W, Kwasnicka D, Halligan J, et al. Health and social determinants and outcomes of home cooking : a systematic review of observational studies. *Appetite*. 2017; 111 : 116-134.
9. Campos S, Doxey J, Hammond D. Nutrition labels on pre-packaged foods : a systematic review. *Public Health Nutr*. 2011; 14(8) : 1496-1506.
10. Gouvernement du Canada. [Les compétences alimentaires au Canada](#) [En ligne]. Ottawa : Gouvernement du Canada; 2015 [cité le 14 sept. 2018].
11. Warren JM, Smith N, Ashwell M. A structured literature review on the role of mindfulness, mindful eating and intuitive eating in changing eating behaviours: effectiveness and associated potential mechanisms. *Nutr Res Rev*. 2017; 30(2) : 272-283.
12. Robinson E, Aveyard P, Daley A, Jolly K, Lewis A, Lycett D, Higgs S. Eating attentively : a systematic review and meta-analysis of the effect of food intake memory and awareness on eating. *Am J Clin Nutr*. 2013; 97(4) : 728-742.
13. Vanderkooy P. Food skills of Waterloo Region adults [Fireside Chat web presentation]. Waterloo; 2010.
14. Cullen T, Hatch J, Martin W, Higgins JW, Sheppard R. Food literacy : definition and framework for action. *Can J Diet Prac Res*. 2015; 76(3) : 140-145.
15. Commission de vérité et de réconciliation du Canada. [Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir : sommaire du rapport final de la commission de vérité et réconciliation du Canada](#) [En ligne]. Ottawa : Gouvernement du Canada; 2015 [cité le 14 sept. 2018].
16. Conseil des académies canadiennes. La sécurité alimentaire des peuples autochtones dans le Nord du Canada : Évaluation de l'état des connaissances. Ottawa : Le comité d'experts sur l'état des connaissances à propos de la sécurité alimentaire dans le Nord du Canada, Conseil des académies canadiennes; 2014.
17. Kuhnlein HV, Receveur O. Dietary change and traditional food systems of Indigenous Peoples. *Annu Rev Nutr*. 1996; 16 : 417-442.
18. Gouvernement du Canada. [Amélioration des compétences culinaires : synthèse des données probantes et des leçons pouvant orienter l'élaboration de programmes et de politiques](#) [En ligne]. Ottawa : Gouvernement du Canada; 2010 [cité le 14 sept. 2018].
19. Satter E. *Child of mine: feeding with love and good sense*. Boulder : Bull Publishing Company; 2000.
20. Gooch MV, Felfel A. [\\$27 Billion revisited : the cost of Canada's annual food waste](#) [En ligne]. Oakville : Value Chain Management International; 2014 [cité le 14 sept. 2018].
21. Parfitt J, Barthel M, Macnaughton S. Food waste within food supply chains : quantification and potential for change to 2050. *Phil Trans R Soc B*. 2010; 365 : 3065-3081.
22. Agriculture et Agroalimentaire Canada [En ligne]. Ottawa : Gouvernement du Canada; 2017 [cité le 14 sept. 2018]. [Une politique alimentaire pour le Canada](#).



Section 4

Mise en œuvre des lignes directrices en matière d'alimentation

Les programmes et politiques qui s'accordent avec les *Lignes directrices canadiennes en matière d'alimentation* fournissent des occasions de créer des environnements qui favorisent la saine alimentation. Pour assurer la réussite de la mise en œuvre de ces lignes directrices, il est essentiel de comprendre les obstacles qui empêchent les Canadiens de faire des choix alimentaires sains et de prendre les mesures correspondantes.

Les décisions en matière de saine alimentation sont influencées par de nombreuses facettes de notre environnement social et de notre environnement physique à partir du revenu du ménage et des compétences alimentaires jusqu'aux politiques gouvernementales en matière d'alimentation. Le secteur de la santé à l'échelon fédéral, provincial, territorial et régional s'efforce de mieux comprendre les enjeux nutritionnels et d'encourager des approches intersectorielles. Il veut ainsi s'assurer que les décideurs prennent en compte les impacts des divers programmes et politiques sur la santé en même temps que les autres priorités gouvernementales.

Les efforts déployés par les associations caritatives ainsi que les ordres/associations professionnelles du domaine de la santé pour réduire les risques de maladies chroniques et promouvoir la santé complètent les efforts déployés par les gouvernements. Ces efforts peuvent favoriser la mise en œuvre des lignes directrices en matière d'alimentation.

Tous les secteurs ont un rôle à jouer pour que les *Lignes directrices canadiennes en matière d'alimentation* aient l'impact le plus positif, large et durable possible sur la santé nutritionnelle des Canadiens. Les secteurs inclus l'agriculture, l'environnement, l'éducation, le logement, le transport, l'industrie alimentaire, le commerce, les services à l'enfance et à la famille et les services sociaux. Il est nécessaire de mieux identifier et de combattre les obstacles physiques, économiques et sociaux en matière de saine alimentation. Les responsables des politiques de ces secteurs peuvent prendre des décisions dans leurs sphères d'influence respectives en vue d'améliorer la disponibilité des aliments de haute valeur nutritive et l'accès à de tels aliments chez les Canadiens de tous âges et de toute origine. Il est essentiel d'identifier les obstacles et les occasions à saisir lors de l'élaboration des politiques et programmes visant la création d'environnements favorables à la saine alimentation, partout au pays.

La disponibilité et l'accessibilité des aliments de haute valeur nutritive sont essentielles à une saine alimentation.

L'accès à des aliments de haute valeur nutritive, ainsi que la disponibilité de tels aliments, varient au sein des groupes de population et entre ceux-ci. On observe des iniquités en santé lorsque ces différences sont injustes et évitables.¹ Les lignes directrices en matière d'alimentation visent à améliorer l'**équité en santé** sans aggraver les iniquités.

Les iniquités en santé découlent de facteurs et conditions (par exemple, biologiques, sociaux, culturels, économiques et environnementaux) qui ont un impact sur la santé.¹⁻³ Ces facteurs et conditions sont appelés **déterminants de la santé**. Les déterminants de la santé ont été définis plus spécifiquement dans le cas de certaines populations autochtones du Canada à partir d'une approche plus holistique qui prend en compte les facteurs historiques, économiques, politiques et sociaux ayant un impact sur le bien-être de ces populations.^{4,5} Il s'agit des **déterminants sociaux de la santé chez les Premières Nations** et des **déterminants sociaux de la santé chez les Inuits**.

Les diverses combinaisons des déterminants de la santé ont un impact sur le comportement alimentaire. Il est essentiel de reconnaître les obstacles en matière d'accessibilité et de disponibilité des aliments de haute valeur nutritive. Ceci peut permettre d'identifier les interventions les plus appropriées et efficaces relativement à la mise en place d'environnements qui favorisent la saine alimentation, partout au pays.

Les *Lignes directrices canadiennes en matière d'alimentation* représentent l'un des éléments d'une approche plus globale favorisant la saine alimentation. Il importe d'agir sur les déterminants de la santé et de réduire les iniquités pour créer des environnements pouvant encourager les Canadiens à faire des choix alimentaires plus sains, compatibles avec les lignes directrices présentées dans ce rapport.

Certaines populations ont un risque accru de mauvaise alimentation

Les facteurs de risque des maladies chroniques et des conditions de santé liées à la nutrition (comme une faible consommation de légumes et de fruits) sont souvent qualifiés de « modifiables ». Toutefois de nombreuses personnes sont incapables de modifier leur alimentation compte tenu d'un manque de **disponibilité** d'aliments de haute valeur nutritive ou d'**accessibilité** à ceux-ci. Une telle situation peut être due à l'environnement alimentaire, aux conditions de vie personnelles ou à une combinaison de ces facteurs. L'existence d'iniquités sous-jacentes en matière de santé peut avoir un impact sur l'insécurité alimentaire et l'état de santé moins positif observés chez certains groupes de population au Canada. Les groupes les plus à risque de mauvaise santé sont les peuples autochtones, les personnes à faible revenu, les habitants des zones rurales et les nouveaux arrivants au Canada.¹ Un certain nombre de facteurs ont une influence sur la capacité de ces groupes de prendre des décisions éclairées en matière de saine alimentation.

Par exemple, chez les peuples autochtones qui vivent dans des communautés nordiques éloignées et isolées, l'accès à des aliments de haute valeur nutritive, y compris aux aliments traditionnels, est souvent limité. De nombreux facteurs peuvent avoir un impact négatif à cet égard, comme de faibles possibilités d'emploi et un faible revenu. Par ailleurs, certains changements environnementaux nuisent à la récolte et à la consommation des aliments traditionnels. On observe aussi un manque d'accessibilité à la terre et aux ressources, une perte d'identité culturelle, une perte du savoir traditionnel entourant les pratiques culinaires ainsi que des fluctuations dans l'approvisionnement alimentaire, la qualité ou le prix des aliments dans les magasins des communautés éloignées.⁶ Certains déterminants sous-jacents ont contribué à des écarts socio-économiques inacceptables entre les communautés autochtones et non-autochtones.^{4,5}

Pour illustrer un autre exemple, les nouveaux arrivants au Canada veulent parfois conserver et partager leur culture alimentaire originelle. En encourageant le maintien de cette culture, on peut favoriser la conservation de saines habitudes alimentaires chez les nouveaux arrivants et prolonger « l'effet de l'immigrant en santé ». On observe en effet que certains immigrants récents, surtout ceux qui sont arrivés à l'âge adulte, sont en meilleure santé que les personnes nées au Canada.⁷ Cet avantage s'estompe souvent à la longue en raison de certains facteurs dont l'acculturation. L'accès à des aliments de haute valeur nutritive peut parfois s'avérer difficile en raison de certains facteurs interreliés : faible revenu, obstacles linguistiques ou problèmes de transport, ainsi qu'une faible disponibilité d'aliments culturellement acceptables.⁸

Les enfants et les personnes âgées de toute origine peuvent être plus à risque de mauvaise alimentation. Les choix alimentaires des enfants dépendent des aliments que leurs parents ou aidants sont en mesure de choisir et de préparer. Le revenu du ménage, la situation d'emploi et l'état de santé des parents ont un impact sur les choix offerts aux enfants. Les décisions d'achat des adultes sont aussi influencées par d'autres facteurs, comme la commodité, les messages commerciaux ou les commandites qui visent les enfants. Dans l'environnement complexe de l'information, les enfants sont particulièrement vulnérables aux stratégies de marketing alimentaire. Il a été démontré que ces stratégies encouragent surtout le choix de produits hautement transformés.^{9,10}

La population canadienne comporte maintenant un plus grand nombre de personnes âgées que d'enfants.¹¹ Les personnes âgées sont parfois à risque de malnutrition en raison des facteurs positifs ou négatifs sur la santé auxquels elles ont été exposées tout au long de leur vie. Certains facteurs socio-économiques, comme un faible revenu, peuvent limiter leur capacité de se déplacer, d'acheter ou de transporter

On entend par insécurité alimentaire, une disponibilité limitée ou incertaine d'aliments nutritionnellement adéquats et sécuritaires. Ce concept couvre également une capacité limitée ou incertaine de se procurer des aliments par des moyens socialement acceptables.

Les taux d'insécurité alimentaire sont plus élevés chez les ménages autochtones que chez les non autochtones.

Les taux modérés à sévère d'insécurité alimentaire varient entre 22 % et 63 % chez les ménages autochtones (selon les populations étudiées).¹²⁻¹⁹ La moyenne nationale d'insécurité alimentaire est de 8 % dans les ménages canadiens.²⁰

L'insécurité alimentaire est aussi plus élevée chez les enfants autochtones que chez les non autochtones.^{19,21}

De plus, les taux d'insécurité alimentaire sont particulièrement élevés dans les communautés nordiques éloignées et isolées.²²

des aliments de haute valeur nutritive.^{23,24} Une perte de capacités peut aussi avoir un impact sur les choix et comportements alimentaires des adultes plus âgés. Certaines personnes âgées sont atteintes de troubles de mobilité ou de dextérité qui accentuent leur dépendance envers d'autres personnes relativement à l'achat des aliments et à la préparation des repas.²⁴ On observe parfois un isolement social dû à la modification des réseaux familiaux et sociaux à la longue ou à la perte d'êtres chers. Cet isolement peut mener à la dépression et à une perte de motivation quant à la préparation et la consommation de repas nutritifs.²⁴ Les femmes sont davantage affectées par la perte d'un conjoint. Toutefois, les veufs manquent souvent de compétences alimentaires; ils n'ont généralement pas la même capacité de préparer des repas nutritifs pour eux-mêmes. Certains changements physiologiques, comme une mauvaise santé buccodentaire, une perte d'appétit ou d'acuité sensorielle, une altération du processus digestif, des troubles de santé chroniques ou les effets des médicaments, peuvent aussi avoir un impact négatif sur l'alimentation des personnes âgées.^{23,34}

Une action collective réunissant tous les secteurs s'impose pour améliorer les déterminants de la santé et favoriser une saine alimentation chez tous les Canadiens. Une telle action complémentera et élargira les fondements de la saine alimentation fournis dans les *Lignes directrices canadiennes en matière d'alimentation*.

Références

1. Agence de la santé publique du Canada. [Réduction des inégalités en santé : Un défi de notre temps](#) [En ligne]. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada; 2011 [cité le 14 sept. 2018].
2. World Health Organization. Improving Equity in Health by Addressing Social Determinants. Genève : World Health Organization; 2011.
3. Agence de la santé publique du Canada. [Promotion de la santé de la population : Modèle d'intégration de la santé de la population et de la promotion de la santé](#) [En ligne]. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada; 1996 [cité le 14 sept. 2018].
4. Assembly of First Nations. [First Nations Wholistic Policy and Planning : a transitional discussion document on the social determinants of health](#) [En ligne]. Ottawa : Assembly of First Nations : 2013 [cité le 14 sept. 2018].
5. Inuit Tapiriit Kanatami. [Social determinants of Inuit health in Canada](#) [En ligne]. Ottawa : Inuit Tapiriit Kanatami; 2014 [cité le 14 sept. 2018].
6. Power, E. Food Security for First Nations and Inuit Background Paper. Ottawa : Préparé pour la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Santé Canada; 2007.
7. Vang ZM, Sigouin J, Flenon A and Gagnon A. Are immigrants healthier than native-born Canadians? A systematic review of the healthy immigrant effect in Canada. *Ethn Health*. 2017; 22(3) : 209-241.
8. Sanou D, O'Reilly E, Ngnie-Teta I, Batal M, Mondain N, Andrew C, et al. Acculturation and nutritional health of immigrants in Canada : a scoping review. *J Immigr Minor Health*. 2014; 16(1) : 24-34.
9. Sadeghirad B, Duhaney T, Motaghipisheh S, Campbell NC, Johnston BC. Influence of unhealthy food and beverage marketing on children's dietary intake and preference : a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Obes Rev*. 2016; 17(10) : 945-959.
10. Boyland EJ, Nolan S, Kelly B, Tudur-Smith C, Jones A, Halford JC, et al. Advertising as a cue to consume : A systematic review and meta-analysis of the effects of acute exposure to unhealthy food and non-alcoholic beverage advertising on intake in children and adults. *Am J Clin Nutr*. 2016; 103(2) : 519-533.
11. Statistique Canada. [Chiffres selon l'âge et le sexe, et fait saillants du Recensement 2016](#) [En ligne]. Ottawa : Statistique Canada; 2017 [cité le 14 sept. 2018].
12. Chan L, Receveur O, Sharp D, Schwartz H, Ing A, Tikhonov C. Étude sur l'Alimentation, la Nutrition et l'Environnement chez les Premières Nations (EANEPN) : Résultats de la Colombie-Britannique (2008/2009). Prince George : University of Northern British Columbia; 2011.
13. Chan L, Receveur O, Sharp D, Schwartz H, Ing A, Fediuk KI. Étude sur l'Alimentation, la Nutrition et l'Environnement chez les Premières Nations (EANEPN) : Résultats du Manitoba (2010). Prince George : University of Northern British Columbia; 2012.
14. Chan L, Receveur O, Batal M, William D, Schwartz H, Ing A, et al. Étude sur l'Alimentation, la Nutrition et l'Environnement chez les Premières Nations (EANEPN) : Résultats de l'Ontario (2011/2012). Ottawa : Université d'Ottawa; 2014.
15. Chan L, Receveur O, Batal M, William D, Schwartz H, Ing A, et al. Étude sur l'Alimentation, la Nutrition et l'Environnement chez les Premières Nations (EANEPN) : Résultats de l'Alberta (2013). Ottawa : Université d'Ottawa; 2016.
16. Chan L, Receveur O, Batal M, William D, Schwartz H, Ing A, et al. Étude sur l'Alimentation, la Nutrition et l'Environnement chez les Premières Nations (EANEPN) : Résultats de la région Atlantique (2014). Ottawa : Université d'Ottawa; 2017.
17. Chan L, Receveur O, Batal M, Sadik T, Schwartz H, Ing A, et al. First Nations Food, Nutrition and Environment Study (FNFNES): results from Saskatchewan (2015). Ottawa : University of Ottawa; 2018.
18. Huet C, Rosol R, Egeland GM. The prevalence of food insecurity is high and the diet quality poor in Inuit communities. *J Nutr*. 2012; 142(3) : 541-547.
19. Santé Canada. Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition. Summary data tables on household food insecurity in Canada in 2011-12 [Analyse interne].
20. Santé Canada. [Statistiques et graphiques sur l'insécurité alimentaire des ménages au Canada de 2011 à 2012](#) [En ligne]. Ottawa : Santé Canada; 2017 [cité le 14 sept. 2018].

21. Egeland GM, Pacey A, Cao Z, Sobol I. Food insecurity among Inuit preschoolers : Nunavut Inuit Child Health Survey, 2007-2008. *Can Med Assoc J.* 2010; 182(3) : 243-248.
22. Tarasuk V, Mitchell A, Dachner N. [L'insécurité alimentaire des ménages au Canada, 2014](#) [En ligne]. Toronto : Research to identify policy options to reduce food insecurity (PROOF); 2016 [cité le 14 sept. 2018].
23. Shlisky J, Bloom DE, Beaudreault AR, Tucker KL, Keller HH, Freund-Levi Y, et al. Nutritional Considerations for Healthy Aging and Reduction in Age-Related Chronic Disease. *Adv Nutr.* 2017; 8(1) : 17-26.
24. Ramage-Morin PL, Garriguet D. Risque nutritionnel chez les Canadiens âgés. *Rapports sur la santé.* 2013; 24(3) : 3-13.

Glossaire

A

Accessibilité : Capacité des personnes de se procurer des aliments de haute valeur nutritive, soit en les achetant ou en les produisant ou récoltant eux-mêmes.

Additifs alimentaires : Substances ajoutées aux aliments durant la fabrication ou la transformation à des fins techniques particulières (par exemple, colorants, épaississants, agents de conservation, inhibiteurs de pathogènes). On retrouve la liste des additifs alimentaires autorisés au Canada dans les [Listes d'additifs alimentaires autorisés au Canada](#).

Aliments et boissons préparés : Produits préparés dans des restaurants ou d'autres établissements similaires, ainsi que ceux préparés à la maison, puis assemblés et consommés ailleurs. Les produits préparés peuvent contenir certains ingrédients transformés.

Aliments et boissons transformés : Produits mis en conserve, cuits, surgelés, séchés ou ayant subi un autre traitement dans le but de prolonger leur conservation et de garantir leur salubrité et leur qualité lors du transport, de la distribution et de l'entreposage.

Aliments protéinés : Légumineuses, noix, graines, tofu, boissons de soya enrichies, poisson, crustacés, œufs, volaille, viandes rouges maigres (y compris le gibier), lait plus faible en matières grasses, yogourts plus faibles en matières grasses, kéfir plus faible en matières grasses et fromages plus faible en matières grasses et sodium.

Aliments traditionnels (aussi appelés *country food*) : Aliments obtenus à partir de sources locales naturelles qui ont une signification culturelle chez les peuples autochtones au Canada. Les Premières Nations et les Métis préfèrent utiliser aliments traditionnels, tandis que les Inuits préfèrent *country food*. Dans le présent rapport, l'expression « aliments traditionnels » couvre la réalité de tous les peuples autochtones au Canada.

Approche axée sur la santé de la population : Approche qui vise à améliorer l'état de santé d'une population entière et à réduire les iniquités en matière de santé entre différents sous-groupes démographiques. Cette approche prend en compte le vaste éventail de facteurs et de conditions qui ont une forte influence sur la santé; elle agit également sur ceux-ci.

B

Boissons sucrées : On entend par boissons sucrées, toutes les boissons sucrées qui peuvent contribuer à un excès de sucres libres. Parmi celles-ci, on compte les boissons gazeuses, les boissons aromatisées aux fruits, les jus de fruits 100 % purs, les eaux aromatisées contenant du sucre ajouté, les boissons sportives et énergisantes et les autres boissons sucrées chaudes ou froides, comme le thé glacé, les boissons froides à base de café et les laits et boissons d'origine végétale sucrés.

C

Carie dentaire : Maladie qui peut détruire la structure de la dent. Après avoir endommagé la couche protectrice de la dent, aussi appelée émail, la carie entraîne l'apparition d'un trou (cavité) dans la dent. À défaut d'être traitée, cette cavité peut grossir, causer de la douleur et peut entraîner le bris ou la perte de la dent. La carie dentaire résulte d'une production d'acide par les bactéries présentes dans la plaque à partir des sucres contenus dans les aliments ou boissons. L'acide attaque ensuite la surface des dents.

Compétences alimentaires : Ensemble de compétences complexes, interreliées et centrées sur la personne. Ces compétences sont nécessaires à la préparation de repas sécuritaires, nutritifs et culturellement acceptables qui répondent aux besoins de tous les membres d'un ménage.¹

Conclusions convaincantes : L'un des descripteurs utilisés pour comparer les degrés de certitude des données probantes présentées dans des rapports scientifiques sur l'alimentation et la santé qui ont été incluses dans l'*Examen des données probantes à la base des recommandations alimentaires* de Santé Canada.

D

Déterminants de la santé : Principaux facteurs qui ont une influence sur la santé, entre autres le niveau de revenu, la situation sociale, les réseaux de soutien social, l'éducation et l'alphabétisme, l'emploi, les conditions de travail, l'environnement social, l'environnement physique, les habitudes de vie, les compétences d'adaptation personnelle, un développement en santé pendant l'enfance, le patrimoine biologique et génétique, les services de santé, le genre de la personne et la culture.

Déterminants sociaux de la santé chez les Premières Nations : Cités par l'Assemblée des Premières Nations² comme étant le degré de préparation de la communauté, le développement économique, l'emploi, la gérance environnementale, le genre de la personne, les conditions historiques et le colonialisme, le logement, les terres et ressources, la langue, le patrimoine et l'identité culturelle marquée, l'équité juridique et politique, l'apprentissage continu, l'habitat dans une réserve ou hors réserve, le racisme et la discrimination, l'auto-détermination et la non-domination, les services et soutiens sociaux et l'habitat en zone urbaine ou rurale.

Déterminants sociaux de la santé chez les Inuits : Cités par Inuit Tapiriit Kanatami³ comme étant la qualité du développement pendant la petite enfance, la culture et la langue, les moyens de subsistance, la distribution du revenu, le logement, la sécurité et la sûreté personnelles, l'éducation, la sécurité alimentaire, la disponibilité des services de santé, le bien-être mental et l'environnement.

Disponibilité : Approvisionnement en aliments de haute valeur nutritive dans une communauté ou région.

E

Environnement alimentaire : Aspects de l'environnement social et physique qui ont un impact sur la disponibilité des aliments, l'accès aux aliments et l'information en nutrition à laquelle les individus sont exposés, y compris le marketing alimentaire. Tous ces facteurs peuvent avoir une influence sur les choix alimentaires.

Équité en santé : Absence de différences évitables et injuste en matière de santé au sein des populations ou entre celles-ci. L'équité est un concept différent de l'égalité. Un traitement égalitaire signifie que tout le monde est traité de la même façon. Un traitement équitable peut varier d'une personne à l'autre puisque l'objectif consiste à obtenir des résultats plus égalitaires.

G

Grains entiers : Expression qui désigne les produits céréaliers contenant les trois parties du grain (le son, l'endosperme et le germe). On retrouve les termes grains entiers, précédés du nom de la céréale, au début de la liste des ingrédients des produits fabriqués à partir de grains entiers. Au Canada, la farine 100 % de blé entier n'est pas considérée comme un produit à grains entiers compte tenu que la plus grande partie du germe est enlevée lors de la mouture du blé. Bien que les aliments 100% blé entier ne soient pas considérés comme des produits à grains entiers, ils sont des choix nutritifs qui fournissent des fibres alimentaires.

M

Modèle d'alimentation : Combinaison des aliments et boissons habituellement consommés par une personne.

P

Peuples autochtones au Canada : Groupes de population du Canada, à savoir les Premières Nations, les Inuits et les Métis, qui se distinguent du reste de la population par leurs langues, leurs pratiques culturelles, leur histoire, leurs croyances spirituelles et leurs lieux de résidence. On observe des différences importantes entre ces trois groupes de population et aussi au sein de ceux-ci.

Produits de confiserie : Aliments qu'on appelle généralement « friandises sucrées », à savoir les bonbons (par exemple, suçons, cannes de bonbon, menthes, barbe à papa, nougatines, tire, gelées, collations aux fruits, jujubes, réglisse, fudge et caramel), les barres de bonbons, le chocolat, les friandises enrobées de chocolat ou contenant du chocolat, les collations aux fruits, comme les lanières de fruits secs et autres produits aromatisés aux fruits, ainsi que les desserts surgelés.

Produits hautement transformés : Dans le présent rapport, cette expression est utilisée pour décrire les aliments et boissons transformés ou préparés qui contribuent à une consommation excessive de sodium, de sucres libres ou de lipides saturés.

R

Régimes à la mode : Régimes visant souvent un objectif commercial. Ces régimes promettent une perte de poids rapide ou le traitement d'une maladie chronique.

Régime DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension* ou *Combattre l'hypertension par une alimentation saine*) : Modèle d'alimentation faible en sodium incluant des aliments riches en certains nutriments, comme le potassium et le calcium. L'efficacité de ce modèle a été démontrée sur l'abaissement de la tension artérielle.⁴ Celui-ci recommande la consommation des aliments suivants : légumes, fruits, grains entiers, produits laitiers sans gras ou faibles en matières grasses, poisson, volaille, légumineuses, noix et huiles végétales. Il recommande aussi de limiter la consommation d'aliments qui ont une teneur élevée en lipides saturés, comme les viandes grasses, les produits laitiers réguliers et les huiles tropicales, de boissons contenant des sucres ajoutés et de sucreries.⁴

Régimes de type méditerranéen : Ces régimes reflètent l'alimentation des habitants des pays méditerranéens. Ils sont décrits de diverses façons dans la littérature.⁵ Les caractéristiques les plus courantes sont : un apport élevé en légumes, fruits, légumineuses, noix, graines, céréales et huile d'olive; un apport faible ou modéré en produits laitiers, poisson et volaille; un faible apport en viandes rouges ou transformées et dans certains cas une consommation modérée d'alcool.⁵

Risques liés à l'alimentation : Termes utilisés dans le rapport *Global Burden of Disease*⁶ pour désigner les régimes qui contiennent peu de fruits, de légumes, de grains entiers, de noix, de graines, de fibres, de lait, de calcium, d'acides gras oméga-3 provenant des produits marins et d'acides gras polyinsaturés et aussi les régimes qui contiennent beaucoup de sodium, de viandes rouges, de viandes transformées, de boissons contenant des sucres ajoutés et d'acides gras trans.

S

Sucres libres : Définis de la façon suivante par l'Organisation mondiale de la Santé⁷ : tous les monosaccharides et disaccharides ajoutés aux aliments et boissons par un fabricant, cuisinier ou consommateur, ainsi que les sucres présents à l'état naturel dans le miel, les sirops, les jus de fruits et les concentrés de jus de fruits. Les sucres présents à l'état naturel dans les légumes et les fruits entiers ou coupés et le lait (non sucré) ne sont pas considérés comme des sucres libres.

U

Ultra-transformés : Catégorie d'aliments du système de classification NOVA⁸ incluant les ingrédients industriels obtenus à partir de l'extraction, du raffinage ou de la transformation d'éléments des aliments à l'état brut. Ces ingrédients contiennent habituellement peu ou pas d'aliments entiers.

V

Viandes transformées : Selon l'Organisation mondiale de la Santé⁹, il s'agit de viandes transformées par salaison, maturation, fermentation, fumaison ou autres processus dans le but de rehausser leur saveur ou d'améliorer leur conservation.

Références

1. Vanderkooy P. Food skills of Waterloo region adults [Fireside Chat web presentation]. Waterloo ; 2010.
2. Assembly of First Nations. [First Nations Wholistic Policy and Planning : A transitional discussion document on the social determinants of health](#) [En ligne]. Ottawa : Assembly of First Nations; 2013 [cité le 14 sept. 2018].
3. Inuit Tapiriit Kanatami. [Social determinants of Inuit health in Canada](#) [En ligne]. Ottawa : Inuit Tapiriit Kanatami; 2014 [cité le 14 sept. 2018].
4. National Heart, Lung and Blood Institute [En ligne]. Bethesda : National Institute of Health [cité le 14 sept. 2018]. [Description of the DASH eating plan.](#)
5. Hernandez-Ruiz A, Garcia-Villanova B, Guerra Hernandez EJ, Amiano P, Azpiri M, Molina-Montes E. Description of indexes based on the adherence to the Mediterranean dietary pattern : A review. *Nutr Hosp.* 2015; 32(5) : 1872-1884.
6. Institute for Health Metrics and Evaluation [En ligne]. Seattle : Institute for Health Metrics and Evaluation [cité le 14 sept. 2018]. [Diet.](#)
7. World Health Organization. Guidelines : Sugars intake for adults and children. Genève : World Health Organization; 2015.
8. Moubarac JC, Batal M, Martins AP, Claro R, Levy RB, Cannon G, et al. Processed and ultra-processed food products : Consumption trends in Canada from 1938 to 2011. *Can J Diet Pract Res.* 2014; 75(1) : 15-21.
9. Organisation mondiale de la Santé [En ligne]. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2015 [cité le 14 sept. 2018]. [Cancérogénicité de la consommation de viande rouge et de viande transformée.](#)

Annexe A : Recommandations en matière d'alimentation saine

Une alimentation saine, c'est bien plus que la nourriture que vous consommez. Cela concerne tant la manière dont vous manger, l'endroit et le moment où vous manger, que la raison pour laquelle vous manger.

- Prenez conscience de vos habitudes alimentaires
 - Prenez le temps de manger
 - Apprenez à reconnaître la sensation de faim ou lorsque vous êtes rassasié
- Cuisinez plus souvent
 - Prévoyez ce que vous allez manger
 - Faites participer les autres à la planification et à la préparation des repas
- Savourez vos aliments
 - Les traditions alimentaires et culturelles peuvent faire partie intégrante d'une saine alimentation
- Prenez vos repas en bonne compagnie

Prenez l'habitude de savourer une variété d'aliments sains tous les jours.

- Mangez des légumes et des fruits en abondance, des aliments à grains entiers, et des aliments protéinés. Choisissez plus souvent les aliments protéinés d'origine végétale.
 - Choisissez des aliments contenant de bons gras au lieu de gras saturés
- Limitez les aliments hautement transformés. Si vous les choisissez, mangez-en moins souvent et en petite quantité.
 - Utilisez des ingrédients qui contiennent peu ou pas de sodium, sucres ou gras saturés ajoutés pour préparer vos repas ou collations
 - Lors de vos sorties au restaurant choisissez des aliments plus sains
- Faites de l'eau votre boisson de choix
 - Remplacez les boissons sucrées par de l'eau
- Utilisez les étiquettes des aliments
- Restez vigilant face au marketing alimentaire. Il peut influencer vos choix.

Annexe B : Sommaire des lignes directrices et considérations

| Lignes directrices | Considérations |
|--|---|
| <p>Ligne directrice n° 1</p> <p>Les aliments de haute valeur nutritive sont les fondements de la saine alimentation.</p> <ul style="list-style-type: none">Il faudrait consommer régulièrement des légumes, des fruits, des grains entiers et des aliments protéinés. Parmi les aliments protéinés, ceux d'origine végétale devraient être consommés plus souvent.<ul style="list-style-type: none">Parmi les aliments protéinés, on compte les légumineuses, les noix, les graines, le tofu, les boissons de soya enrichies, le poisson, les crustacés, les œufs, la volaille, les viandes rouges maigres (y compris le gibier), le lait plus faible en matières grasses, les yogourts plus faibles en matières grasses, le kéfir plus faible en matières grasses, ainsi que les fromages plus faibles en matières grasses et sodium.Les aliments qui contiennent surtout des lipides insaturés devraient remplacer les aliments qui contiennent surtout des lipides saturés.L'eau devrait être la boisson de premier choix. | <p>Aliments de haute valeur nutritive dont il faut encourager la consommation</p> <ul style="list-style-type: none">Les aliments de haute valeur nutritive à consommer régulièrement peuvent être frais, surgelés, en conserve ou séchés. <p>Préférences culturelles et traditions alimentaires</p> <ul style="list-style-type: none">Les aliments de haute valeur nutritive peuvent refléter les préférences culturelles et les traditions alimentaires.Manger en bonne compagnie peut agrémenter la saine alimentation tout en favorisant les connexions entre les générations et les cultures.Les aliments traditionnels améliorent la qualité de l'alimentation chez les peuples autochtones. <p>Équilibre énergétique</p> <ul style="list-style-type: none">Les besoins énergétiques varient en fonction des individus. Ils dépendent d'un certain nombre de facteurs dont le niveau d'activité physique.Certains régimes à la mode peuvent être restrictifs et comporter des risques sur le plan nutritionnel. <p>Impact environnemental</p> <ul style="list-style-type: none">Les choix alimentaires peuvent avoir un impact sur l'environnement. |

| Lignes directrices | Considérations |
|--|---|
| <p>Ligne directrice n° 2</p> <p>Les aliments et boissons transformés ou préparés qui contribuent à une consommation excessive de sodium, de sucres libres ou de lipides saturés nuisent à la saine alimentation. Ils ne devraient donc pas être consommés sur une base régulière.</p> | <p>Boissons sucrées, produits de confiserie et succédanés du sucre</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les boissons sucrées et les produits de confiserie ne devraient pas être consommés sur une base régulière. ▪ Il n'est pas nécessaire de consommer des succédanés du sucre pour réduire l'apport de sucres libres. <p>Les institutions qui reçoivent un financement public</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les aliments et boissons qui sont offerts dans les institutions qui reçoivent un financement public devraient être conformes aux <i>Lignes directrices canadiennes en matière d'alimentation</i>. <p>Alcool</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La consommation d'alcool est associée à des risques au niveau de la santé. |

| Lignes directrices | Considérations |
|--|---|
| <p>Ligne directrice n° 3</p> <p>Les compétences alimentaires sont nécessaires pour naviguer dans un environnement alimentaire complexe et favoriser une saine alimentation.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Il faudrait promouvoir la cuisson et la préparation des repas à partir d'aliments de haute valeur nutritive en tant que moyen pratique favorisant la saine alimentation. ▪ Il faudrait faire la promotion des étiquettes des aliments en tant qu'outils qui aident les Canadiens à faire des choix éclairés. | <p>Compétences alimentaires et littératie alimentaire</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les compétences alimentaires sont des compétences de vie importantes. ▪ La littératie alimentaire prend en compte les compétences alimentaires et le contexte environnemental plus large. ▪ Il faudrait célébrer les pratiques culturelles liées à l'alimentation. ▪ Les compétences alimentaires devraient être considérées dans le contexte social, culturel et historique des peuples autochtones. <p>Compétences alimentaires et occasions d'apprendre et de partager</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les compétences alimentaires peuvent être enseignées, apprises et transmises dans divers contextes. <p>Compétences alimentaires et gaspillage alimentaire</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les compétences alimentaires peuvent contribuer à la réduction des déchets domestiques. |

Annexe C : Processus utilisé pour sélectionner le contenu du présent rapport

Santé Canada a développé un processus de décision multi-étapes pour sélectionner le contenu du présent rapport. Notre approche a été adaptée à partir de méthodes reconnues entourant le développement de lignes directrices.¹⁻⁸

Étape 1 : Organisation du contenu

Nous avons dressé une liste de contenu préliminaire en examinant les sources d'information pertinentes suivantes :

- *l'Examen des données probantes à la base des recommandations alimentaires 2015* de Santé Canada;
- les demandes d'information pertinentes en matière de nutrition de Santé Canada (demandes d'information du public, demandes d'information des médias et problématiques de nutrition les plus traitées dans les médias sociaux);
- les rapports de Santé Canada sur les compétences alimentaires au Canada;ⁱⁱ
- les recommandations alimentaires en vigueur dans d'autres pays.

Le contenu de cette liste préliminaire a été réparti entre les catégories suivantes :

- Le contenu relié à des facteurs de risques modifiables de maladies chroniques liées à la nutrition ou à des nutriments préoccupants en matière de santé publique a été classé en tant que **thème**.
- Le contenu relié à l'endroit ou au moment où les choix alimentaires sont faits ou à la manière de les faire et celui relié aux modèles actuels de consommation et aux comportements associés aux choix alimentaires ont été classés en tant que **contexte**.
- Le contenu relié à un facteur de santé présentant une relation ou une connexion avec l'alimentation et la nutrition dans laquelle un facteur a un impact sur l'autre ou dépend de celui-ci a été classé en tant que **interrelation santé - nutrition**.
- Le contenu relié aux facteurs et conditions qui influent sur les choix et comportements alimentaires a été globalement pris en compte pour refléter l'approche axée sur la santé de la population utilisée par Santé Canada pour développer ses recommandations alimentaires.

ii Publications pertinentes de Santé Canada disponibles à l'adresse <http://publications.gc.ca/> ou <http://canada.ca> : Les compétences alimentaires au Canada (2015), La collaboration avec les épiciers pour encourager les saines habitudes alimentaires (2013), Mesure de l'environnement alimentaire au Canada (2013), La saine alimentation après l'école (2012), Amélioration des compétences culinaires : Synthèse des données probantes et des leçons pouvant orienter l'élaboration de programmes et de politiques (2010), Amélioration des compétences culinaires : aperçu des pratiques prometteuses au Canada et à l'étranger (2010), Environnements favorables à l'apprentissage : La saine alimentation et l'activité physique dans l'approche globale de la santé en milieu scolaire (Supplément de la Revue canadienne de santé publique, 2010).

Étape 2 : Analyse préliminaire de la portée

Au cours de cette étape, nous avons examiné le contenu de la liste préliminaire, puis classé celui-ci en fonction des critères « dans la portée » et « hors de la portée » des lignes directrices en matière d'alimentation. Pour être considéré « dans la portée », le contenu devait être relié à la prévention, et non à la prise en charge, de maladies chroniques ou conditions de santé liées à la nutrition (comme le diabète de type 2) ou à un facteur de risque lié à l'alimentation (comme l'hypercholestérolémie). Le contenu devait aussi être compatible avec le rôle de Santé Canada en matière de nutrition à l'échelon fédéral, à savoir la promotion de la santé et du bien-être nutritionnel de la population.⁹

Étape 3 : Analyse détaillée de la portée

Le contenu a ensuite été soumis à un examen plus approfondi en vue de déterminer s'il devait être « retenu » lors de l'évaluation de la pertinence effectuée à l'étape 4. Ce contenu devait respecter deux conditions. La première résidait dans sa compatibilité avec le rôle de Santé Canada entourant la transmission de recommandations sur le sujet. Dans certains cas, on observait des chevauchements avec d'autres recommandations du gouvernement du Canada, déjà adoptées ou en développement (par exemple les recommandations en matière d'activité physique). Le contenu en question a été acheminé vers les secteurs gouvernementaux pertinents en vue de déterminer la meilleure façon de le prendre en compte dans le présent rapport.

La seconde condition résidait dans la nécessité d'une prise de position de Santé Canada relativement au contenu. Cette condition a été évaluée en terme de nécessité perçue par les intervenants en santé de clarifier ou d'uniformiser les recommandations existantes. Les questions suivantes ont été considérées pour vérifier la nécessité d'une prise de position de Santé Canada :

- Est-ce qu'on observe des préoccupations ou des incertitudes relativement à ce contenu ?
- Est-ce qu'on observe des variations importantes au niveau des connaissances, de la compréhension ou de l'interprétation de ce contenu qui pourraient nuire à la mise en œuvre des recommandations ?
- Est-ce que le public perçoit un écart entre les données probantes et les politiques et programmes en matière de santé publique reliés à ce contenu ?
- Est-ce qu'on observe un intérêt de la part du public ou des intervenants relativement à ce contenu ?
- Ce contenu est-il considéré important en matière de santé publique ?
- Ce contenu représente-t-il une préoccupation de longue date ?

En cas de réponse positive à l'une ou plusieurs de ces questions, le contenu correspondant a été retenu pour l'évaluation de la pertinence effectuée à l'étape 4.

Étape 4 : Évaluation de la pertinence

L'évaluation de la pertinence s'appuyait avant tout sur la considération conjointe des données probantes et des besoins des intervenants. Les associations s'appuyant sur des **conclusions convaincantes**, telles qu'identifiées dans l'*Examen des données probantes à la base des recommandations alimentaires 2015* et dans l'*Effets des nutriments et des aliments sur la santé : Mise à jour intérimaire des données probantes 2018* de Santé Canada^{10,11} ont été considérées hautement pertinentes. Santé Canada a également pris en compte ce qui suit :

- la possibilité de modifier la distribution des risques de maladies chroniques ou conditions de santé liées à l'alimentation qui représentent des préoccupations en matière de santé publique; et
- le besoin d'émettre des recommandations relatives au contenu à l'intention des professionnels de la santé et des responsables des politiques ainsi que la capacité de ceux-ci de les mettre en œuvre.

Le contenu qui ne s'appuyait pas sur de solides données probantes mais qui présentait un intérêt élevé pour les intervenants a été considéré pertinent. Par exemple, malgré l'absence de conclusions convaincantes relativement aux compétences alimentaires, ce thème a été considéré hautement pertinent en raison d'un besoin de longue date en matière de santé publique et aussi de l'intérêt global manifesté par les intervenants quant à la position de Santé Canada à cet égard.

D'autres données probantes ont été recueillies et évaluées au besoin pour mieux évaluer la pertinence du contenu. Santé Canada a continué de considérer uniquement des rapports provenant d'organisations scientifiques de pointe ou d'agences gouvernementales et des examens systématiques de haute qualité révisés par les pairs qui respectent les critères d'inclusion spécifiés dans l'examen des données probantes.¹¹ On retrouve un sommaire des critères d'inclusion et d'exclusion utilisés pour le choix des rapports au Tableau C.1.

Le contenu considéré hautement pertinent a été classé en quatre grandes catégories :

- modèles de saine alimentation,
- aliments à consommer en plus grande quantité,
- aliments à consommer en plus faible quantité, et
- facteurs qui favorisent la saine alimentation.

Le contenu de ces catégories représente les fondements des *Lignes directrices canadiennes en matière d'alimentation*. Santé Canada a mené un certain nombre de consultations et d'activités de mobilisation, y compris deux consultations publiques sur le Guide alimentaire, en vue de vérifier si le contenu était approprié et si d'autres éléments de contenu devaient être pris en compte. Les versions préliminaires du présent rapport ont été soumises à deux rondes d'examen par des experts. Santé Canada a sollicité les avis des représentants des principales organisations de professionnels de la santé, des organisations caritatives, des organisations autochtones nationales et ceux des membres du Groupe fédéral-provincial-territorial en nutrition. Santé Canada a conservé la responsabilité finale des décisions entourant la portée des lignes directrices.

Tableau C.1 : Critères d’inclusion et d’exclusion utilisés pour la rétention des rapports dans le cadre de l’Examen des données probantes 2015

| Critères d’inclusion | Critères d’exclusion |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Avoir été rédigé par une organisation de la santé avec la participation d’un comité d’experts ▪ Inclure une revue systématique originale des données probantes entourant la relation alimentation-santé ainsi qu’une évaluation de la qualité des études primaires ▪ Inclure au moins un sujet entourant l’alimentation et la relation entre l’alimentation et au moins une maladie chronique et/ou condition de santé liée à la nutrition présentant un intérêt en matière de santé publique au Canada ▪ Inclure une description claire de la méthodologie entourant l’examen systématique ▪ Présenter une classification hiérarchique des données probantes à l’appui des conclusions en fonction de leur qualité globale ▪ Avoir été publié en français ou en anglais | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Avoir été commandé par l’industrie ou une organisation ayant un intérêt commercial ▪ Présenter des conclusions provenant d’autres rapports ou s’inspirant de celles-ci ▪ Avoir fait l’objet d’une mise à jour publiée dans un autre rapport de la même organisation sur le même sujet ▪ Traiter d’un résultat dépassant la portée de la revue de littérature (par exemple, traitement d’une maladie chronique, sécurité alimentaire) |

Références

1. Schünemann HJ, Wiercioch W, Etzeandía I, Falavigna M, Santesso N, Mustafa R, et al. Guidelines 2.0 : systematic development of a comprehensive checklist for a successful guideline enterprise. *CMAJ*. 2014; 186(3) : E123-42.
2. Eccles MP, Grimshaw JM, Shekelle P, Schünemann HJ, Woolf S. Developing clinical practice guidelines : target audiences, identifying topics for guidelines, guideline group composition and functioning and conflicts of interest. *Implemen Sci*. 2012; 7 : 60.
3. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). SIGN 50 : a guideline developer's handbook. Edinburgh : Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2015.
4. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Developing NICE guidelines : the manual. London : National Institute for Health and Care Excellence; 2014.
5. Organisation mondiale de la Santé [En ligne]. Genève : Organisation mondiale de la Santé [cité le 14 sept. 2018]. [Élaboration des directives de l'OMS en matière de nutrition](#).
6. US Preventive Task Force. US Preventive Task Force : procedure manual. Rockville : U.S. Preventive Services Task Force; 2018.
7. Canadian Task Force on Preventive Health Care. [Canadian Task Force on Preventive Health Care : procedure manual](#). Ottawa : Canadian Task Force on Preventive Health Care; 2016 [cité le 14 sept. 2018].
8. Kredo T, Bernhardsson S, Machingaidze S, Young T, Louw Q, Ochodo E, et al. Guide to clinical practice guidelines : the current state of play. *Int J Qual Health Care*. 2016; 28(1) : 122-128.
9. Santé Canada [En ligne]. Ottawa : Santé Canada; 2018 [cité le 14 sept. 2018]. [Aliments et nutrition](#).
10. Santé Canada. Examen des données probantes à la base des recommandations alimentaires : rapport technique 2015. Ottawa : Santé Canada; 2016.
11. Santé Canada. Effets des nutriments et des aliments sur la santé : Mise à jour intermédiaire des données probantes 2018. Ottawa : Gouvernement du Canada; 2019.

