

Un terrain d'entente : des aliments pour une population en santé et un secteur agroalimentaire fort



Rapport de synthèse

**Préparé pour l'Institut canadien
des politiques agroalimentaires**

Décembre 2007

**Ed Tyrchniewicz, directeur de projet et
Bruce McDonald, conseiller principal en matière de santé**

Projet « aliments et de santé » de l'ICPA

SOMMAIRE EXÉCUTIF

Un terrain d'entente : des aliments pour une population en santé et un secteur agroalimentaire fort

Rapport de synthèse

Objectif du projet

Les pays développés et en voie de développement reconnaissent de plus en plus les relations entre la santé et les aliments. Cette reconnaissance ressort en tant que question de santé humaine, d'autant plus que les coûts de soins de la santé deviennent une très grande préoccupation. Au Canada, l'obésité, le diabète et les maladies cardiovasculaires atteignent des proportions épidémiques. Les coûts sociaux et économiques de ces maladies sont énormes. La communauté agricole, en tant que principale source d'alimentation, a un grand rôle à jouer dans la santé des Canadiens et elle peut aider à en réduire les coûts croissants. En effet, la santé humaine et l'industrie agricole ont tout à gagner d'un cadre agroalimentaire politique intégré. Une vision appropriée pour l'agriculture canadienne peut être résumée en tant que base pour une société canadienne durable et en santé.

Au printemps 2007, une coalition d'organismes gouvernementaux, industriels et sans but lucratif a entrepris une grande étude pour étudier les relations entre la santé de la population et le secteur agroalimentaire. Cette étude était coordonnée par l'Institut des politiques agroalimentaires (ICPA) en organisme à but non lucratif qui fournit une voix indépendante sur les questions des politiques agroalimentaires. L'objectif de l'étude était d'identifier les initiatives qui pourraient fournir aux Canadiens les bénéfices d'une santé accrue, tout en contribuant au bien-être économique des secteurs agricoles et alimentaires. L'équipe du projet devait revoir les initiatives concernant les aliments et la santé qui avaient démontré un impact sur la santé de la population et du secteur agroalimentaire au Canada et dans d'autres pays ou qui pourraient le faire à l'avenir. Les initiatives pouvaient inclure des stratégies, des moyens d'action, des programmes et des politiques, des produits et de la gouvernance. La clé de ce travail est d'identifier les principes et les leçons apprises pour une politique intégrée agroalimentaire et santé.

Objectifs et principes clés pour une politique intégrée agroalimentaire et santé

Une politique intégrée agroalimentaire et santé cherche à améliorer la santé de la population du pays, tout en renforçant le bien-être économique des secteurs agricoles et alimentaires. Les buts de la politique devraient être stratégiques et atteignables, tout en tenant compte des réalités économiques et sociales du Canada.

Une politique intégrée agroalimentaire et santé devrait comprendre :

- une collaboration stratégique
- un cadre économique et de réglementation
- une stratégie santé pour la population et de l'éducation
- une évaluation et un suivi
- de la recherche et de l'innovation

Les leçons apprises et les principes directeurs

L'équipe du projet de l'ICPA a noté plusieurs observations qui pourraient être classées en tant que « leçons apprises » dans l'effort de développer un projet intégré agroalimentaire et santé pour le Canada. Quelques observations sont énumérées plus bas. Malheureusement, il n'existe pas de « formule magique » qui fournirait une solution unique pour améliorer la santé des Canadiens tout en contribuant au bien-être économique du secteur agroalimentaire.

- Une politique intégrée agroalimentaire et santé devrait comprendre : une collaboration stratégique; un cadre économique et de réglementation; une stratégie santé pour la population, incluant un volet éducation; une évaluation et un suivi ainsi que de la recherche et de l'innovation;
- Plusieurs des initiatives étudiées pour ce projet sont assez récentes et n'ont pas toutes été pleinement évaluées pour leurs impacts sur les patrons de consommation alimentaire, leurs effets sur la santé ou l'agriculture (plus spécifiquement pour les agriculteurs). Le suivi et la collecte de données doivent être inclus lorsqu'une nouvelle politique est implantée afin d'en évaluer les impacts. Cette composante intégrée d'évaluation est nécessaire afin de développer une approche utile, basée sur les évidences;
- À ce jour, la plupart des initiatives politiques ont été trop fragmentaires pour assurer le succès. Les liens pertinents entre les aliments et la santé se trouvent bien au-delà de la capacité d'un seul organisme;
- L'agriculture est essentiellement une activité de marchés alors que la santé est un bien social qui doit rarement passer un test de viabilité économique. Ainsi, une politique intégrée agroalimentaire et santé constitue un défi et il faut établir un dialogue transparent entre les secteurs de l'agriculture et de la santé. Au Canada, tout comme en Europe, la plupart des stratégies intégrées des aliments et de la santé ont été mises en place sans tenir compte du secteur agricole. Pour réussir, des politiques intégrées doivent être développées par un processus qui intègre les producteurs dans la chaîne alimentaire;
- Au Canada, le développement de politiques agricoles et de santé a été compliqué par des compétences partagées entre les gouvernements fédéral et provinciaux. Le fait de superposer une approche intégrée à cette structure crée des défis supplémentaires. Une approche pleinement intégrée demande une collaboration stratégique entre les juridictions gouvernementales, incluant idéalement la participation d'institutions communautaires locales, de groupes non gouvernementaux et industriels, de professionnels de la santé et de producteurs agricoles;
- L'intégration de politiques agroalimentaires et de santé doit être placée dans un contexte / une perspective historique. Le Canada a une longue histoire d'exportation agricole traditionnelle qui réagit principalement aux forces du marché. L'intégration de l'agriculture et des questions alimentaires et de santé représente un concept relativement récent qui exigera de l'éducation et de l'adaptation de la part de tous les intervenants : la communauté agricole, les organismes de santé, les gouvernements, l'industrie et les citoyens;
- Le développement et l'implantation d'une politique agroalimentaire intégrée sont encore plus compliqués en raison de la mondialisation de l'approvisionnement des aliments, des réglementations et des accords commerciaux internationaux et de l'accroissement des collaborations visant à améliorer visiblement la santé de la population;
- Relier l'agriculture à la santé exige du consommateur qu'il soit plus instruit et prenne une plus grande responsabilité pour ses choix. Le marketing et la distribution d'aliments transformés dominant et envahissent les civilisations de pointe. En raison de la

complexité de l'approvisionnement moderne des aliments et de la relation entre l'alimentation et la santé, les ministères gouvernementaux et les organismes non gouvernementaux doivent mieux soutenir les consommateurs qui essaient d'avoir une alimentation optimale. Les citoyens qui désirent un style de vie plus sain doivent aussi investir du temps pour trouver des aliments santé et se renseigner eux-mêmes sur la provenance de ces aliments. Malheureusement, les considérations économiques et sociales peuvent limiter la capacité de certains groupes de la société à avoir accès à un approvisionnement alimentaire sains et nutritifs;

- Une politique intégrée demande des systèmes / une approche multidisciplinaire. Une approche par systèmes et multidisciplinaire requiert une collaboration entre les divers intervenants, reliant les priorités agricoles et de santé. Cela exige la formulation d'options politiques à de multiples niveaux par le biais de nombreux intermédiaires. Une approche multidisciplinaire implique de faire appel à l'expertise de nombreuses disciplines afin de définir et de mettre en application de nouvelles manières de comprendre l'interdépendance de l'agriculture, des aliments et de la santé;
- Les décideurs doivent avoir des attentes réalistes. Il n'existe aucune formule magique dans la recherche d'une politique efficace qui intègre agroalimentaire et santé. Souvent, il faudra attendre une décennie ou encore plus avant d'obtenir des résultats tangibles. Des stratégies réussies exigent habituellement une combinaison de nombreuses composantes, telles qu'une collaboration stratégique à niveaux multiples et entre les secteurs, en plus d'un cadre économique et de réglementation. Les politiques de santé de la population – surtout celles qui instaurent des projets d'alimentation santé dans les écoles et autres institutions de niveau communautaire – travaillent en collaboration souvent avec des initiatives d'éducation et de marketing; ces politiques gagnent à être mises en place avec la collaboration stratégique de nombreux organismes.

Recommandations et prochaines étapes

Cette analyse a permis d'énoncer plusieurs recommandations:

1. Le gouvernement fédéral, de concert avec les intervenants, devrait développer une vision pour une politique intégrée agroalimentaire et santé au Canada. Les ministères fédéraux devraient comprendre Agriculture et Agroalimentaire Canada, Santé Canada, Environnement Canada et le ministère des Finances.
2. Cette initiative devrait avoir un « parrain politique » adéquat, lequel relèverait peut-être du Bureau du Premier Ministre. Ce niveau d'implication semble requis pour intégrer les concepts de durabilité dans une politique de santé et des aliments.
3. L'Institut canadien des politiques agroalimentaires (ICPA) devrait contribuer au développement de cette vision, laquelle devrait comprendre la participation de gouvernements provinciaux, de groupes industriels ainsi que d'organismes et de professionnels de la santé.
4. Les gouvernements et les intervenants impliqués dans le développement de la vision devraient définir le rôle des gouvernements, de l'industrie et de la société (selon un point de vue informationnel et réglementaire et basé sur des mesures incitatives) dans une politique intégrée agroalimentaire et santé.

5. Les gouvernements et les intervenants participants devraient faire du suivi et de la collecte de données un point central de toute politique agroalimentaire et de santé qui découlerait du développement d'une stratégie intégrée. Cette composante d'évaluation intrinsèque est nécessaire pour développer une approche utile, basée sur les données, par rapport à des analyses à la pièce et « après le fait ».
6. Des initiatives qui sont censées avoir des incidences bénéfiques pour la santé, qu'elles soient de nature technologique (p. ex., aliments fonctionnels ou nutraceutiques) ou de nature sociale (p. ex., chaînes courtes d'approvisionnement alimentaire), devraient être validées et basées sur des données.
7. Les organismes participants devraient développer une stratégie et une structure de recherche et les financer adéquatement dans le but de soutenir une politique intégrée agroalimentaire et santé.
8. Les organismes participants devraient accorder plus d'importance sur l'interface aliments/santé pour les femmes, les nourrissons et les enfants.

Durant le cours de cette révision – et à la suite des commentaires des examinateurs – plusieurs autres enjeux pertinents sont ressortis. Cependant, des contraintes de temps et de portée ont empêché l'équipe de projet de les explorer plus en détail. L'équipe de projet recommande de travailler les points suivants :

- Les initiatives relatives à l'intégration de politiques et de programmes agroalimentaires et de santé au niveau provincial;
- L'effet des questions agricoles reliées à l'environnement sur la santé (p. ex. la qualité de l'eau et la transmission de maladies des animaux aux humains);
- La structure changeante de l'industrie agroalimentaire, incluant les concentrations accrues en raison de la mondialisation, et l'impact de ces changements sur la santé. Des observateurs ont noté que les décisions commerciales des compagnies multinationales ne sont pas nécessairement compatibles avec les buts et les objectifs gouvernementaux;
- L'obésité est une question de comportement, non seulement une question de santé. Des observateurs ont stipulé que les changements personnels constituent une première étape essentielle pour la réussite des initiatives de santé et de nutrition;
- La méthodologie pour mesurer les avantages d'une nutrition améliorée;
- L'applicabilité au Canada d'un organisme législatif indépendant tel que *Food Standards Australia New Zealand* (FSANZ);
- Le concept d'une « alimentation canadienne basée sur le changement climatique ».

Remerciements

Ce rapport a été rendu possible grâce à la collaboration de nombreuses personnes.

Nous reconnaissons la pensée avant-gardiste et la vision de l'Institut canadien des politiques agroalimentaires (ICPA) dans l'initiation de ce projet sur l'interface entre les aliments et la santé. Le but était de trouver quelques occasions « gagnantes-gagnantes » qui auraient des impacts bénéfiques sur le bien-être des Canadiens tout en contribuant au bien-être économique des secteurs agricole et agroalimentaire. Nous reconnaissons le soutien financier des organismes suivants : Agriculture et Agroalimentaire Canada, Santé Canada, l'Agence canadienne d'inspection des aliments, l'Agence de la santé publique du Canada, les Instituts de recherche en santé du Canada, le Conseil canadien des distributeurs en alimentation, Les diététistes du Canada et la Fondation canadienne des maladies du cœur.

Nous avons bénéficié du travail professionnel et des points de vue des chercheurs tout au long de ce projet. Les D^{rs} Allan Best, Lise Dubois, Michael Heasman, Spencer Henson, Bernie Sonntag et Rickey Yada ont contribué non seulement toute une richesse d'information technique et d'expérience professionnelle mais aussi une volonté de travailler avec des échéanciers très serrés. Ils ont offert de nombreuses suggestions et points de vue et ils étaient très compréhensifs lorsque les auteurs de ce rapport n'ont pas toujours incorporé leurs découvertes dans le rapport synthèse. De plus, les D^{rs} Andreas Boecker et John Cranfield ont travaillé à la préparation de quelques rapports de mise en contexte.

Ce rapport a grandement bénéficié du talent de notre éditeur, David Wylynko de West Hawk Associates, qui a résumé les informations. Il a réussi à « changer l'eau en vin »!

Plusieurs réviseurs indépendants ont commenté une première version de ce rapport de manière constructive, soit les D^{rs} Hartley Furtan, Michael McBurney, Arnold Naimark, John Oliver, Grant Pierce et Gustaaf Sevenhuysen.

Lors de la préparation de ce rapport, nous avons utilisé du matériel préparé pour le rapport technique (un document distinct), d'autres documents écrits et des idées provenant de conversations avec diverses personnes. En fin de compte, nous avons interprété à notre manière ce que nous avons lu et entendu. Par conséquent, les vues exprimées dans ce rapport sont les nôtres et nous sommes responsables de toute erreur d'interprétation ou d'omission. De plus, l'ICPA ne soutient pas nécessairement les recommandations et les points de vue contenus dans ce rapport.

Ed Tyrchniewicz, Ph.D., P. Ag.

Bruce McDonald, Ph.D., FCIFST [Fellow de l'Institut canadien de science et technologie alimentaire]

TABLE DES MATIÈRES

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | Introduction | 7 |
| 1.1 | <i>But du projet et approche générale</i> | 7 |
| 1.2 | <i>Questions relatives à la santé et à la nutrition au Canada</i> | 8 |
| 1.3 | <i>Préoccupations sur la salubrité des aliments</i> | 10 |
| 1.4 | <i>Questions de revenu agricole</i> | 11 |
| 1.5 | <i>Cadre de réglementation d'une politique intégrée agroalimentaire et santé</i> | 12 |
| 2 | Un cadre conceptuel pour une politique intégrée agroalimentaire et santé au Canada..... | 13 |
| 2.1 | <i>Le point de vue de l'OCDE sur la politique alimentaire intégrée – une perspective des années 1980</i> | 13 |
| 2.2 | <i>Objectifs et principes clés pour une politique intégrée agroalimentaire et santé</i> | 13 |
| 3 | Contexte – Évolution de la politique canadienne | 15 |
| 3.1 | <i>Évolution des politiques agroalimentaires au Canada</i> | 15 |
| 3.2 | <i>Évolution des politiques de santé et de nutrition au Canada</i> | 19 |
| 3.3 | <i>Évolution des politiques et des programmes sur la graisse alimentaire au Canada</i> | 20 |
| 4 | Une étude des approches et des initiatives pour une politique intégrée agroalimentaire et santé..... | 25 |
| 4.1 | <i>Initiatives internationales intégrant des politiques agroalimentaires et de santé</i> | 26 |
| 4.1.1 | Collaboration stratégique | 26 |
| 4.1.2 | Cadre économique et de réglementation | 30 |
| 4.1.3 | Santé et éducation de la population | 32 |
| 4.1.4 | Évaluation et suivi | 36 |
| 4.1.5 | Recherche et innovation | 37 |
| 4.2 | <i>Initiatives au Canada</i> | 37 |
| 5 | Vastes enjeux influençant une politique intégrée agroalimentaire et santé au Canada : Défis et possibilités | 42 |
| 5.1 | <i>Philosophie et cadre de réglementation</i> | 42 |
| 5.2 | <i>Aliments fonctionnels et nutraceutiques</i> | 44 |
| 5.3 | <i>Nutrigénomiques</i> | 46 |
| 5.4 | <i>Organismes canadiens de recherche en alimentation et en santé</i> | 47 |
| 5.5 | <i>Chaînes d'approvisionnement alimentaire courtes</i> | 47 |
| 5.6 | <i>Accès à des aliments adéquats, sains et nutritifs</i> | 48 |
| 6 | Conclusions et recommandations | 49 |
| 6.1 | <i>Leçons apprises et principes directeurs pour une politique intégrée agroalimentaire et santé</i> | 49 |
| 6.2 | <i>Certaines approches porteuses d'avenir</i> | 51 |
| 6.3 | <i>Recommandations et prochaines étapes</i> | 53 |
| | Références..... | 55 |
| | Annexe A..... | 59 |
| | Annexe B..... | 63 |
| | Annexe C..... | 65 |

Un terrain d'entente : des aliments pour une population en santé et un secteur agroalimentaire fort

Rapport de synthèse

1 Introduction

1.1 But du projet et approche générale

Au Canada et à l'étranger, les gouvernements, l'industrie et les organismes de santé reconnaissent de plus en plus les relations entre la santé et le secteur agroalimentaire. Cette reconnaissance émerge alors que la question de la santé humaine, et en particulier les coûts de soins de la santé, deviennent une préoccupation majeure. Au Canada, l'obésité, le diabète et les maladies cardiovasculaires atteignent des proportions épidémiques. Les coûts sociaux et économiques des ces maladies sont énormes. L'agriculture et la production des aliments ont un très grand rôle à jouer en ce qui concerne la santé de la population. Au Canada, les décideurs réalisent que la santé humaine et le secteur agricole peuvent tous deux bénéficier de manière significative d'un cadre intégré de politique agroalimentaire.

Au printemps 2007, une coalition d'organismes gouvernementaux, industriels et sans but lucratif a entrepris une grande étude pour étudier les relations entre la santé de la population et le secteur agroalimentaire. Cette étude était coordonnée par l'Institut des politiques agroalimentaires (ICPA) in organisme à but non lucratif qui fournit une voix indépendante sur les questions des politiques agroalimentaires. La version de l'ICPA est « L'Agriculture et l'agroalimentaire... fournir des solutions qui contribuent à la qualité de vie des Canadiens »¹. En plus de l'ICPA, le gouvernement fédéral, l'industrie, et des groupes de santé publique ont soutenu ce projet : Agriculture et Agroalimentaire Canada, Santé Canada, l'Agence canadienne d'inspection des aliments, l'Agence de la santé publique du Canada, les Instituts de recherche en santé du Canada, le Conseil canadien des distributeurs en alimentation, Les diététistes du Canada et la Fondation canadienne des maladies du cœur.

L'objectif de l'étude était d'identifier les initiatives qui pourraient fournir aux Canadiens les bienfaits d'une meilleure santé, tout en contribuant au bien-être économique des secteurs agricoles et alimentaires. L'équipe de projet a revu les initiatives concernant les aliments et la santé qui avaient influencé (ou qui sont susceptibles d'influencer) la santé de la population et le secteur agroalimentaire au Canada et dans d'autres pays. L'équipe a étudié les stratégies, les programmes et les politiques, les produits et la gouvernance. L'objectif clé de l'étude était d'identifier les principes et les leçons apprises qui pourraient contribuer au développement d'une politique intégrée agroalimentaire et santé pour le Canada.

¹ ICPA, février 2007

L'équipe de projet, nommée par le conseil de l'ICPA, comprenait un directeur de projet (D^r Ed Tyrchniewicz), un conseiller principal en soins de santé (D^r Bruce McDonald) et six chercheurs d'expérience sur plusieurs aspects de la chaîne de valeur agroalimentaire et la secteur de la santé (D^{rs} Allan Best, Lise Dubois, Michael Heasman, Spencer Henson, Bernie Sonntag et Rickey Yada). (Voir l'annexe A pour de brèves biographies).

Le rapport de synthèse qui suit comprend : un bref aperçu des questions (santé et nutrition, revenu agricole, salubrité des aliments et cadre de réglementation); le cadre conceptuel d'une politique intégrée agroalimentaire et santé au Canada; l'évolution des politiques agricoles, des politiques nutritionnelles de santé et des politiques sur la graisse alimentaire au Canada; l'étude des approches et des initiatives sélectionnées pour une politique intégrée agroalimentaire et santé au Canada; les leçons apprises et les principes directeurs d'une politique intégrée agroalimentaire et santé pour le Canada; certaines approches prometteuses et recommandations. Un rapport technique séparé présente certains travaux préliminaires qui soutiennent ce rapport de synthèse.

1.2 Questions relatives à la santé et à la nutrition au Canada

Depuis quelques années, plusieurs gouvernements provinciaux ont exprimé leur préoccupation quant à l'augmentation exponentielle des dépenses en soins de santé. Au cours des 10 prochaines années, les coûts des soins de santé pourraient sérieusement miner toutes les autres dépenses si rien n'est fait pour mettre un frein à cette tendance. Au Canada, les dépenses en matière de santé au cours des 30 dernières années, et plus spécifiquement au cours de la dernière décennie, ont augmenté encore plus rapidement que le produit intérieur brut (PIB). La figure 1 illustre deux tendances importantes qui sont survenues au niveau national². Entre 1975 et 2005, la dépense totale des soins de santé en pourcentage du produit intérieur brut (en chiffres absolus) s'est accrue de 7 % à 10,5 %. Entre-temps, les dépenses canadiennes en matière de santé par habitant ont plus que doublé, en passant d'environ 1700 \$ à environ 3600 \$ durant la même période (en chiffres absolus : en dollars 1997).

Le coût des maladies chroniques (telles que les maladies cardiovasculaires et le diabète de type 2) est faramineux et croissant au Canada. L'obésité et les mauvais choix de style de vie (p. ex. alimentation, manque d'activité physique et consommation d'alcool) sont aussi de plus en plus prévalents. La recherche a démontré que les maladies cardiovasculaires ont une relation importante avec l'alimentation. En 1998, le coût de cette maladie à elle seule a été estimée à 18 milliards de dollars pour l'économie canadienne³. Les maladies cardiovasculaires sont non seulement la principale cause de décès à la fois chez les hommes et les femmes, mais également la principale cause d'hospitalisation (18 % et 13 %, respectivement)⁴. Depuis 1971, il y a eu une faible diminution du taux d'hospitalisation (nombre par 100 000 personnes). Mais toutefois, les nombres actuels ont accru de façon linéaire et les experts prédisent qu'ils continueront d'augmenter au cours de la prochaine dernière décennie en raison du nombre croissant des personnes âgées dans la population. Les maladies cardiovasculaires comptent également pour un grand nombre des visites totales chez le médecin (9 %; 26,4 millions en 1998) et du pourcentage d'ordonnances (13 %; 32,5 millions en 1998).

² Curtis et McMinn, 2007

³ Fondation des maladies du coeur du Canada

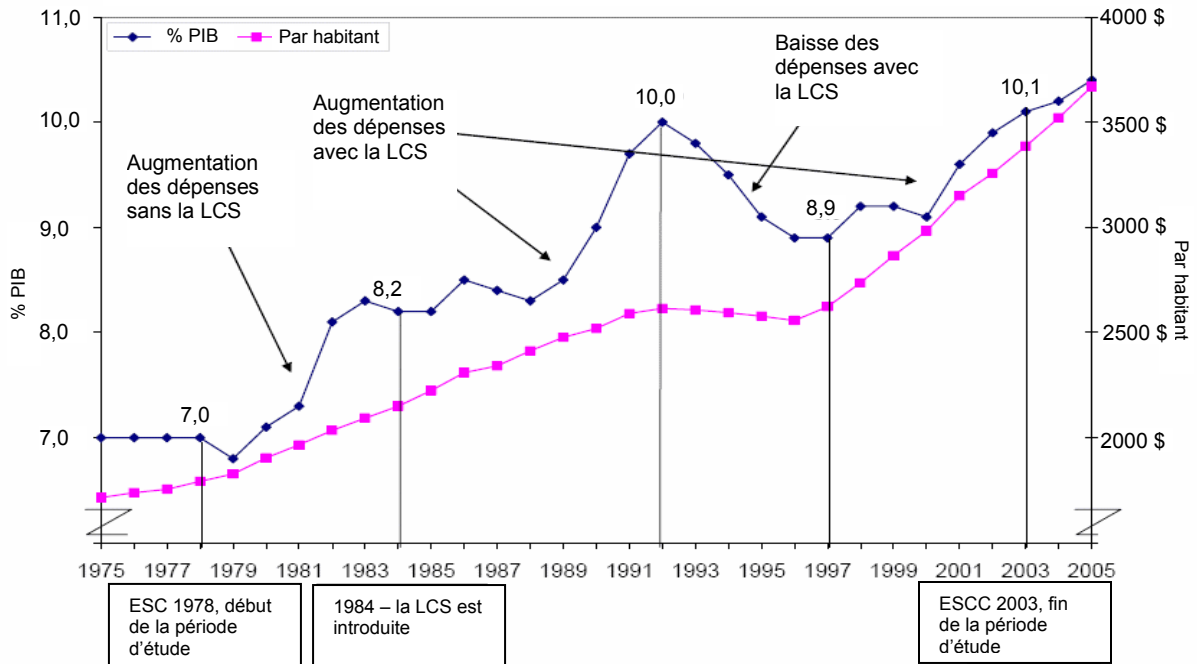
⁴ Fondation des maladies du coeur du Canada, 2000

Une importante augmentation de l'obésité et du diabète de type 2 chez les Canadiens de tout âge constitue une sérieuse préoccupation. En 2001, la proportion des dépenses nationales en matière de santé attribuables à l'obésité au Canada était de 2,4 pourcent. En réalité, trois des maladies les plus dispendieuses (cardiovasculaires, hypertension et arthrose) sont associées à l'obésité. De même, d'importants coûts indirects ont été reliés aux maladies cardiovasculaires. En 2005, la perte de revenu imputable aux maladies cardiovasculaires et au diabète a été estimée à 600 M\$ (500 M\$US). Il est prévu que ce nombre atteindra 1,5 milliard de dollars avant 2015. En 2000, le coût annuel estimé des mauvais choix de style de vie (principalement l'alimentation et le manque d'activité physique) était de 6,3 milliards de dollars, incluant 1,8 milliard de dollars en coûts de santé directs.⁵

L'alimentation est le facteur principal de plusieurs maladies chroniques dont souffrent les Canadiens aujourd'hui. Il est donc facile de comprendre pourquoi la nutrition et l'approvisionnement alimentaire sont devenus les facteurs clés des discussions reliées à la santé de la population. Une nutrition améliorée a le potentiel bien réel de réduire ces coûts. Le rapport sur la santé de la population canadienne 2007, par exemple, estime que seulement 41 % des Canadiens âgés de 12 à 64 ans se conforment à la recommandation clé du *Guide alimentaire canadien*, à savoir qu'ils consomment cinq portions ou plus de fruits et de légumes quotidiennement.

Figure 1
Dépenses totales en matière de santé
(exprimées en % du produit intérieur brut et réel par habitant)

Source : Données sur la santé 2004 de l'OCDE, ICIS 2005



⁵ McAmmond et al. 2000

1.3 Préoccupations sur la salubrité des aliments⁶

Au cours des deux dernières décennies, les maladies d'origine alimentaire sont apparues comme un problème économique et de santé publique important et croissant. La contamination des produits alimentaires par les microorganismes (p. ex., bactéries, champignons, parasites et virus), les produits chimiques (p. ex., les additifs alimentaires, les pesticides et les médicaments vétérinaires), les toxines et les allergènes peuvent survenir à toute étape du procédé alimentaire, de la production à la préparation. La contamination des aliments peut également être causée par la pollution environnementale (air, eau, sol).

Les maladies d'origine alimentaire, qui sont généralement aiguës de nature (autolimitatives et de courte durée), constituent une préoccupation croissante pour les gouvernements et l'industrie, spécialement en termes d'impact économique et de perturbation sociale. Plusieurs facteurs contribuent à cette situation, tels que :

- La globalisation de l'approvisionnement alimentaire mondiale et la facilité d'expédier des produits frais et congelés à l'échelle mondiale;
- La découverte que les agents traditionnels sont de plus en plus associés aux aliments qui ne constituaient pas une préoccupation antérieure (p. ex., la *Salmonella* sur les salades prêtes à manger emballées et distribuées au niveau international);
- Les populations migrantes exigeant leurs aliments traditionnels dans leur pays d'adoption;
- L'identification de nouveaux agents qui causent des affections mettant en jeu le pronostic vital;
- Le nombre croissant d'éclosions de maladies alimentaires signalées;
- L'impact de maladie alimentaire chez les jeunes enfants, la population âgée et les personnes immunodéprimées

Les décès à la suite de maladies alimentaires, bien que relativement rares, sont plus susceptibles de survenir chez les très jeunes enfants, les personnes âgées et les personnes immunodéprimées (p. ex., les personnes souffrant du cancer ou du sida). Néanmoins, la *US Food and Drug Administration* estime que 2-3 % de tous les cas de maladies alimentaires aiguës développent des maladies secondaires de longue durée. La société est maintenant plus consciente de ces maladies grâce aux nouvelles technologies moléculaires qui nous permettent de déterminer les sources et de suivre la répartition des maladies alimentaires.

Dans un avenir prochain, les maladies alimentaires deviendront un problème plus important. Cet événement est prévu, en particulier, parce que les agents pathogènes existants sont de plus en plus résistants aux médicaments en raison de l'émergence de nouveaux pathogènes et de la mondialisation de l'approvisionnement alimentaire. En 2000, les cinq pathogènes bactériens d'origine alimentaire (c.-à-d., *E. coli* 0157 et autres STEC – la toxine de Shiga produisant *E. coli*, la cause principale du syndrome hémolytique et urémique – *Campylobacter*, *Listeria* et *Salmonella*) ont été estimés coûter 6,9 milliards de dollars à l'économie américaine. Cependant, ces coûts estimés sont modestes. Ils ne comprennent pas les frais de déplacement pour obtenir les

⁶ Pour plus de détails et des références complètes, consulter Dubois, 2007

soins médicaux, le temps perdu à prendre soin d'un enfant malade ou le coût de complications chroniques (telles que l'arthrite réactionnelle associée à la *Salmonella*).

En outre, de tels estimés ne comprennent pas les coûts de l'industrie alimentaire ou les coûts de la santé publique. Par exemple, même si la crise de l'encéphalopathie spongiforme bovine (crise de la vache folle) (ESB) au Canada en 2003 n'a eu aucune conséquence directe sur la santé des personnes, elle a eu un effet majeur sur l'industrie agroalimentaire canadienne. Le traitement de la crise par l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA), d'autres organismes gouvernementaux et l'industrie des bovins canadiens a limité les pertes économiques. La frontière américaine n'est toujours pas ouverte aux bovins vivants âgés de plus de 30 mois.

Au pire de la crise de 2003 et 2004, l'ESB a été estimée avoir coûté à l'industrie des bovins canadiens 11 M\$ par jour. Aujourd'hui, les coûts pour l'industrie sont toujours estimés à 1,5 M\$ par jour. Si une autre situation, telle que la crise de l'ESB, devait survenir, cela pourrait avoir un effet encore plus dévastateur sur l'industrie agroalimentaire. Le prix des aliments pourrait également être affecté par une telle situation, rendant l'accès difficile à certains types d'aliments (p. ex., viande, produit frais) pour certains groupes de la population.

Le récent développement d'aliments nouveaux, tels que les aliments génétiquement modifiés, s'ajoute à ces préoccupations. Sur le plan international, de nouveaux règlements sur l'authenticité et la traçabilité des aliments et l'étiquetage nutritionnelle sont à l'étude. En Europe, de nouveaux règlements sont déjà élaborés grâce aux antécédents de faible contrôle des problèmes associés aux aliments, aux aliments pour animaux et aux maladies animales. L'Europe effectue également une croisade pour restreindre la production et l'utilisation d'aliments et d'ingrédients pour l'alimentation dérivés de la biotechnologie. Les gens demandent également que ces aliments et les ingrédients pour l'alimentation soient étiquetés. De telles préoccupations ont été discutées au Canada et ailleurs.

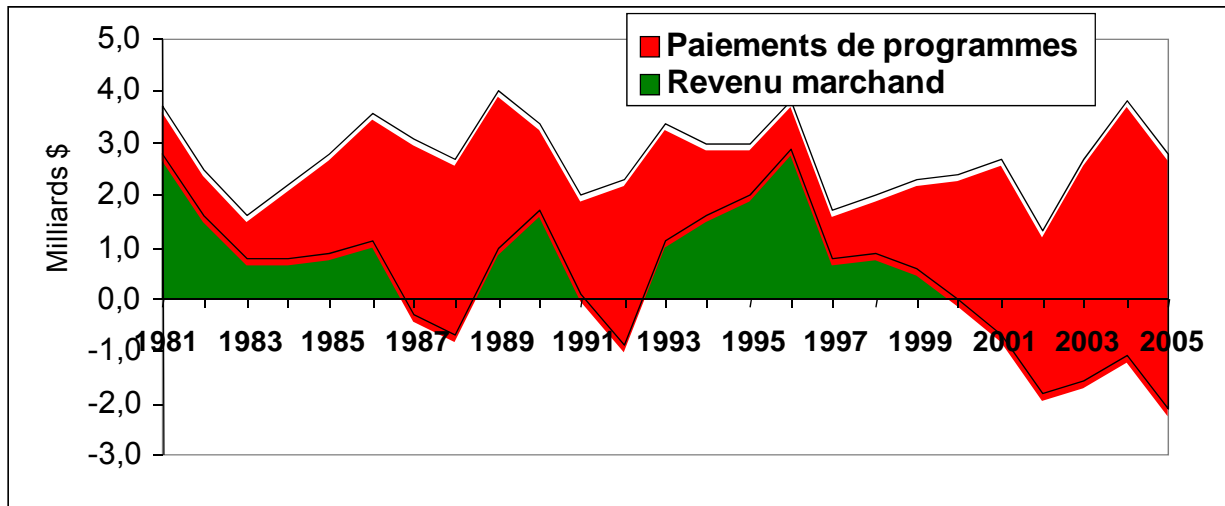
1.4 Questions de revenu agricole⁷

Au Canada, les niveaux de revenu agricole adéquats et stables continuent de surpasser tous les autres aspects des politiques agricoles. La figure 2 montre que les paiements de programmes jouent un rôle important pour compenser le revenu agricole négatif global, surtout depuis 2001. Effectivement, la mondialisation crée des contraintes sur l'agriculture traditionnelle canadienne. La découverte de la solution aux problèmes du revenu agricole canadien exigera que les gouvernements et l'industrie aillent au-delà de l'approche basée essentiellement sur les prix des produits agricoles. Il est risqué de généraliser en disant que l'agriculture canadienne est rendue au stade de maturité ou au stade de déclin de son cycle de vie. Il semble par contre que certains secteurs de l'agriculture, particulièrement les denrées traditionnelles d'exportation, sont clairement dans un tel stade. De nouveaux produits et approches sont nécessaires.

⁷ Pour plus de détails, consulter Tyrchniewicz et Tyrchniewicz, 2005

Figure 2

Revenu agricole net et paiements de programme



Source : Institut canadien des politiques agro-alimentaires

L'agriculture au Canada a beaucoup de potentiel. Elle peut aider à réduire le déficit croissant au niveau de la santé, à améliorer la qualité de vie et à adopter la durabilité de l'environnement. Dans ce processus, l'agriculture a le potentiel d'accroître les revenus agricoles et d'améliorer l'image de l'agriculture. En effet, une vision appropriée de l'agriculture canadienne doit se résumer comme le fondement d'une société canadienne saine et durable.

Le revenu agricole peut provenir de quatre secteurs : les produits agricoles primaires non transformés, les aliments transformés à « valeur ajoutée » et toute autre production de produits agricoles, les produits de la bioéconomie basée sur le savoir et les biens et les services écologiques. Les revenus agricoles peuvent certainement être augmentés grâce aux produits de la bioéconomie basée sur le savoir, incluant les aliments santé. Cependant, les marchés pour ces produits sont restreints et il faut de bonnes compétences en gestion pour les mettre sur le marché avec succès.

1.5 Cadre de réglementation d'une politique intégrée agroalimentaire et santé

Au Canada, l'industrie, les organismes de santé, le gouvernement et les groupes de la société civile s'entendent sur le besoin d'assurer un approvisionnement alimentaire sain et nutritif. Mais les options varient quant à la manière d'atteindre ce but. Le présent rapport ne se prononce pas sur ces sujets, mais explore le rôle du gouvernement dans la réglementation de l'interface agroalimentaire et santé.

2 Un cadre conceptuel pour une politique intégrée agroalimentaire et santé au Canada

2.1 Le point de vue de l'OCDE sur la politique alimentaire intégrée – une perspective des années 1980

En 1981, l'Organisation de coopération et développement économiques (OCDE)⁸ a publié un rapport historique sur le concept d'une politique intégrée agroalimentaire. Il note qu'en atteignant un haut niveau de vie, les nations développées ont autant de possibilités d'empirer leur alimentation, et ainsi leur santé, que de l'améliorer. Mais le rapport suggère également que les gouvernements, devenus plus sensibles au concept de « politique alimentaire », accordent une importance plus grande aux questions alimentaires, spécialement si les coûts de santé peuvent être moindres grâce à une population en meilleure santé.

Le rapport observe qu'une fragmentation des responsabilités entre les ministères responsables de l'économie de l'alimentation encourage des approches étroites et partielles. En conséquence, les politiques conflictuelles peuvent survenir dans le même gouvernement. Des politiques peuvent être développées afin d'encourager la production de certains biens, même si d'autres politiques recommandent la consommation décroissante de ces biens. Cette fragmentation entraîne un conflit entre les ministères quant aux ressources budgétaires limitées et empêche les gouvernements d'adopter une perspective dans son ensemble.

Innovatrices pour l'époque, les principales conclusions du rapport n'ont pas perdu de leur pertinence. En 2007, le Canada fait face aux mêmes enjeux importants que l'OCDE a identifiés en 1981 : une population plus riche qui ne devient pas nécessairement en meilleure santé – en fait de moins en moins en forme physiquement et même obèse – et les ministères gouvernementaux travaillant potentiellement à l'opposé et grandement isolés les uns des autres. Pendant ce temps, le Canada se débat pour améliorer les revenus agricoles et fait face à des coûts de santé élevés et toujours croissants. Des solutions doivent être trouvées; une politique intégrée agroalimentaire et santé sera sûrement l'une des mesures qui pourraient avantager l'industrie agricole ainsi que l'alimentation et la santé de la société canadienne

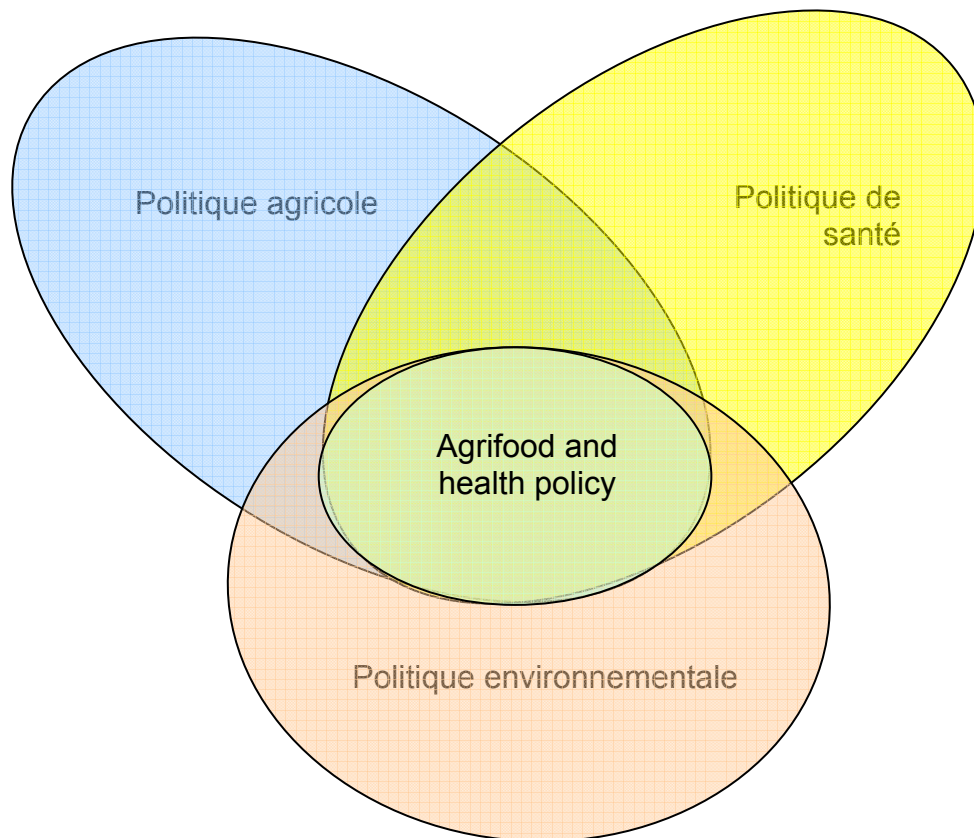
2.2 Objectifs et principes clés pour une politique intégrée agroalimentaire et santé

Une politique intégrée agroalimentaire et santé devrait chercher à améliorer la santé de la population du pays, tout en renforçant le bien-être économique des secteurs agricoles et alimentaires. Les buts de cette politique devraient être stratégiques et atteignables, tout en tenant compte des réalités économiques et sociales du Canada. Lors de ses délibérations initiales, l'équipe de ce projet a pris en compte, mais rejeté, plusieurs cadres existants pour l'élaboration d'une politique intégrée agroalimentaire et santé. Au départ, une matrice sur l'agriculture et la santé (voir l'annexe B) a été envisagée, mais l'équipe de projet a réalisé qu'elle serait trop complexe à analyser. De plus, la matrice ne se prête pas à une synthèse intégrée, mais plutôt à

⁸ OCDE, 1981

une approche « vase clos » fragmentée. L'équipe de projet a également étudié un cadre développé par la Robert Wood Johnson Foundation (voir l'annexe C), mais a conclu qu'il était également trop complexe. Théoriquement, l'équipe de projet a visualisé une politique intégrée agroalimentaire et santé comme une intersection de la politique agricole, de la politique de santé et de la politique environnementale. La figure 3, qui illustre le concept, est modifiée à partir de Meyer-Ploeger⁹.

Figure 3



La politique agroalimentaire et de santé visualisée dans le graphique ci-dessus devrait comprendre les cinq composantes suivantes :

- **La collaboration stratégique** : Une collaboration significative intervient entre les intervenants en agriculture, en denrées alimentaires et en santé. Elle peut se retrouver entre les divers ministères d'un gouvernement, entre les différents niveaux de gouvernement, au niveau international et avec la participation de l'industrie, les organismes de santé, les organismes de recherche et le public. La collaboration outrepassé les « exercices de consultation » de routine et comprend l'établissement de

⁹ Meyer-Ploeger, 2005

but et d'objectifs, la collaboration dans la recherche synergique ainsi que la « propriété de la politique » et l'engagement des ressources.

- **Un cadre économique et de réglementation :** Il y a un ensemble de règlements, de lignes directrices et de stimulants économiques clairement définis destinés spécifiquement à soutenir les objectifs de la politique intégrée agroalimentaire et santé. En même temps, les règlements et les mesures incitatives qui servent d'obstacles à la politique alimentaire intégrée sont réduits ou éliminés.
- **La santé et l'éducation de la population :** La santé de la population est axée sur la croissance et le développement d'une vision globale sur la santé des personnes et des communautés. Cette « stratégie de la santé de la population » réduit les disparités entre les personnes et les groupes et améliore la santé de tous les secteurs de la population. De même, une politique intégrée agroalimentaire et santé devrait inclure des activités spécifiques orientées vers l'éducation du gouvernement, des politiciens, de l'industrie et du public. Ces activités devraient reconnaître les potentiels « gagnant-gagnant » des personnes en meilleure santé et d'une population en meilleure santé.
- **Une évaluation et un suivi :** Une fois que les politiques intégrées sont initiées, un organisme indépendant devrait entreprendre le suivi et la cueillette des données afin d'évaluer les impacts des politiques. Ces évaluations devraient être réalisées régulièrement. Les évaluations devraient identifier dans quelle mesure la politique fonctionne bien, de façon à ce que les mesures de renforcement et correctives puissent être prises par les responsables de la politique.
- **La recherche et l'innovation :** La politique devrait être soutenue par la recherche pluridisciplinaire stratégique et ciblée et par des programmes de transfert/échange de connaissances visant à atteindre les buts de la politique. Une attention devrait également être portée sur l'information nécessaire pour permettre le développement de technologies et de produits novateurs.

3 Contexte – Évolution de la politique canadienne

3.1 Évolution des politiques agroalimentaires au Canada¹⁰

Au Canada, les politiques agricoles ont vu le jour en grande partie comme réponses pragmatiques à des problèmes et à des questions spécifiques de l'industrie. Certaines politiques ont été élaborées dans le cadre d'une prise de décision logique, alors que d'autres ont été initiées à titre d'opportunisme politique.

La formation du Cadre stratégique pour l'agriculture (CSA) 2002 marque la première véritable tentative de créer un plan d'ensemble général de la politique agricole. La prochaine génération

¹⁰ Tyrchniewicz et Tyrchniewicz, 2005

du CSA, intitulée *Growing Forward [Cultiver l'avenir]*, est actuellement en cours. Mais il est trop tôt pour dire si cette politique deviendra vraiment un plan directeur pour l'agriculture.

Plusieurs sujets clés qui ont été soulevés au cours de l'histoire des politiques agricoles persistent encore aujourd'hui :

- Avant la Confédération, l'agriculture n'était pas axée sur l'exportation. Les nouveaux territoires exportaient le poisson, le bois d'œuvre et les fourrures, mais aucun produit agricole. En fait, le Canada était une région à déficit alimentaire; l'Angleterre et la France voulaient les territoires afin de s'orienter vers l'autosuffisance alimentaire.
- Après la Confédération, l'agriculture était perçue comme un instrument du développement national, une source d'aliments à bon marché pour la population et un marché pour les industries manufacturières. Pour la majorité, les agriculteurs devaient résoudre seuls leurs problèmes dans un marché en grande partie ouvert. De telles circonstances ont donné lieu à un mouvement coopératif, spécialement dans les prairies canadiennes, où les agriculteurs sentaient qu'ils étaient à la merci de puissantes compagnies céréalières et des chemins de fer.
- Les rigueurs économiques de la Crise de 1929 ont amené plusieurs personnes à défier la durabilité des marchés libres et leurs implications pour le revenu agricole. Il est devenu apparent que la politique publique avait un rôle à jouer quant aux revenus et à la stabilité agricoles, et à l'expansion et à la production des exploitations agricoles. Plusieurs mesures de secours d'urgence adoptées à l'époque sont toujours en vigueur aujourd'hui, telles que le marketing de mise en commun du blé grâce à la Commission canadienne du blé et des mesures de conservation et à l'Administration du rétablissement agricole des Prairies (ARAP).
- Durant la Seconde Guerre mondiale, l'agriculture vise à répondre aux demandes de l'effort de guerre. Cette période a connu l'introduction des outils d'intervention – en plus des incitations par les prix équitables – afin d'influencer les décisions en matière de production agricole (p. ex., contrôles sur les emblavures de blé et l'aide au transport des aliments du bétail pour encourager l'industrie de l'élevage dans les régions à déficit alimentaire). Plusieurs de ces mesures « d'urgence en temps de guerre » ont persisté pendant des décennies.
- Les politiques agricoles de l'après-guerre ont été caractérisées par un enchevêtrement de fils du passé, restreintes par des rigidités réglementaires et structurelles, et souvent dictées par les tendances philosophiques du ministre de l'Agriculture du moment. Les débats concernant la politique agricole devinrent cinglants et semèrent la discorde; les politiques et les programmes étaient considérés inefficaces pour traiter les problèmes fondamentaux des revenus agricoles faibles et instables.

En septembre 1967, le gouvernement canadien a mis en place le Groupe de travail sur l'agriculture. Ce groupe a reçu le mandat d'évaluer les buts et les politiques agricoles du Canada. Le groupe de travail a tenu de nombreuses consultations et a soumis son rapport en décembre

1969. Le rapport contenait plus de 180 recommandations, couvrant pratiquement chacun des aspects de l'industrie agricole. Certaines des principales recommandations, particulièrement celles qui sont reliées à l'industrie céréalière, ont constitué la base de grandes transformations politiques. Cependant, plusieurs recommandations importantes et urgentes n'ont pas été mises en application.

L'une des recommandations a conseillé l'élargissement du mandat du ministère fédéral de l'Agriculture de l'époque afin de refléter les développements des systèmes de négoce agricole et alimentaire. Cette recommandation n'a jamais été adoptée, principalement en raison des politiques agricoles et des rigidités bureaucratiques associées au système traditionnel. Notamment, plusieurs recommandations qui semblaient justifiées pour des raisons purement économiques n'ont pas été mises en application, principalement parce que les politiques agricoles tiennent compte généralement de plusieurs autres facteurs, notamment des facteurs juridiques, politiques et sociaux.

De tels événements et circonstances révèlent de sérieuses insuffisances et faiblesses dans les politiques et les programmes agricoles existants. Malgré les importantes dépenses ad hoc en agriculture, les agriculteurs étaient insatisfaits du fait qu'une portion croissante de leur revenu provenait de paiements impromptus du gouvernement. Entre-temps, faisant face à des déficits budgétaires croissants, ni le gouvernement fédéral, ni les gouvernements provinciaux n'ont apprécié ces dépenses imprévues et soudaines. Pire encore, les programmes ad hoc étaient dispendieux, inefficaces, lourds, complexes et pleins de controverse politique. Les gouvernements fédéral et provinciaux souffrant de contraintes budgétaires, il était impossible d'essayer de « racheter » les problèmes agricoles. Des solutions devront être trouvées en fonction des ressources financières très restreintes.

En 1989-1990, de telles circonstances conduisent à l'établissement de l'Examen de la politique agricole nationale. Les premiers jalons de l'examen ont consisté en la sortie d'un document de travail important intitulé *Partenaire dans la croissance : une vision de l'industrie agro-alimentaire canadienne*. Après des consultations à grande échelle et plusieurs groupes de travail, l'essence de l'emphase de la politique était essentiellement la suivante : réduire les coûts de production, être dispensé du fardeau réglementaire, retirer les barrières commerciales interprovinciales et réduire l'ensemble de mesures disparates des programmes de stabilisation provinciaux.

L'étude de la politique à la fin des années 1980 et au début des années 1990 a permis de développer plusieurs connaissances importantes. Celles-ci comprennent :

- Les enjeux de la politique agricole nationale ne peuvent être traités sans tenir compte des politiques agro-alimentaires internationales;
- Il est impossible de faire face aux enjeux de la politique agricole sans tenir compte des politiques macroéconomiques, telles que la politique monétaire, les taux d'intérêt et les taux de change;
- La base politique et économique des politiques agricoles a changé radicalement au cours des dernières décennies. Les organismes agricoles sont plus axés sur les produits et les régions, rendant le développement d'un consensus à travers les produits au niveau

- national plus difficile. D'autres groupes d'intérêt, incluant les consommateurs, les organismes prêteurs, les industries transformatrices, les agrofournisseurs, les transporteurs et les environnementalistes, veulent faire partie du processus de développement de la politique;
- La concentration de la production et du traitement a modifié la structure du secteur agricole. Par exemple, dans le secteur céréalier, 20 % des producteurs cultivent 80 % des produits cultivés et le traitement des céréales a été consolidé dans les mains de quelques compagnies céréalières. Plusieurs de ces compagnies étaient des multinationales, comparativement aux coopératives détenues par les agriculteurs qui caractérisent l'agriculture traditionnelle au Canada.

Au milieu des années 1990, les politiques agricoles canadiennes visent à réduire les niveaux de soutien accordés aux producteurs et à s'orienter vers une commercialisation plus grande. Cette tendance est survenue en tandem avec la mise en place en 1995 des accords de l'Uruguay Round en agriculture. Plusieurs changements clés sont survenus, tels que :

- Un changement du soutien des prix des produits de base à la stabilisation des revenus globaux des exploitations agricoles;
- Une diminution de l'utilisation des subventions pour les intrants et les services;
- Un soutien amélioré pour les investissements et la diversification agricoles;
- La dévolution des subventions pour le transport du grain d'exportation (le « taux du Nid-de-Corbeau »); et
- Une nouvelle emphase sur les mesures à frais partagés entre les gouvernements et les producteurs.

Tout au long des années 1990, les ministères fédéral et provinciaux de l'Agriculture ont cherché à atteindre un ensemble de programmes qui mèneraient à des dépenses plus stables et prévisibles ainsi qu'à une protection contre les demandes ad hoc continues. Les programmes actuels de soutien agro-global visent à être réceptifs à tous les risques de variabilité des revenus. Mais une faiblesse de ces programmes est qu'ils ne peuvent, en fait, répondre aux questions relatives au niveau de revenu. La question est : Devraient-ils faire face à l'enjeu relatif au niveau de revenu?

Au XXI^e siècle, l'agriculture canadienne a déjà fait face à des situations difficiles similaires à celles qui ont tourmenté le secteur agricole pendant la plus grande partie de la période suivant la seconde guerre mondiale. Ce scénario s'applique particulièrement aux producteurs primaires. Le CSA, et sa version suivante, *Cultiver l'avenir*, est la plus récente tentative gouvernementale pour faire face à ces situations difficiles. En juin 2001, les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de l'Agriculture, en consultation avec des représentants de l'industrie, ont exprimé clairement une nouvelle vision de l'agriculture canadienne. Ils ont favorisé le maintien de la rentabilité à long terme du secteur en aidant le Canada à devenir le chef de file mondial en matière de salubrité alimentaire, d'innovation et de production agricole respectueuse de l'environnement.

En 2003, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux du Canada ont adopté une stratégie quinquennale, le CSA, visant la création d'une approche nationale de l'agriculture. Contrairement aux politiques précédentes, le CSA est axé non seulement sur le secteur agricole,

mais également sur le rôle de la chaîne de valeur et des activités en aval de la production. Le CSA a cinq piliers de base : la gestion des risques opérationnels, la salubrité et la qualité des aliments, la science et l'innovation, l'environnement et la durabilité. Deux de ces piliers sont reliés aux enjeux de l'industrie et au marché alimentaire : *la salubrité et la qualité des aliments* qui cherchent à accroître la confiance des consommateurs face aux produits agroalimentaires canadiens, et *la science et l'innovation* qui cherchent à créer des possibilités d'innovation et de commercialisation de produits alimentaires et non alimentaires.

En avril 2005, les ministres de l'Agriculture ont mis en place une commission d'examen du CSA. La commission a complété son examen en juin 2006¹¹. Puisque la majorité des éléments du CSA prennent fin en 2008, les consultations sont en cours quant à la prochaine génération des politiques agricoles et agroalimentaires. Cette prochaine génération du CSA, *Cultiver l'avenir*, est en développement et constitue la base pour l'élaboration par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux d'un nouveau cadre stratégique pour l'agriculture. En juin 2007, les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de l'Agriculture ont adopté en principe le document *Cultiver l'avenir*. Les ministres ont également adopté les programmes de gestion des risques opérationnels qui aideront à faire face aux risques de production ainsi qu'aux risques financiers.

L'histoire agricole canadienne est caractérisée par plusieurs révisions de la politique et débats. Cependant, certaines questions n'ont pas encore été traitées, telles que les barrières commerciales interprovinciales inhérentes aux produits soumis à la gestion de l'offre, les différences continues entre les provinces quant aux règlements de transport transfrontalier en vigueur et les positions ambivalentes entre les produits impliqués dans les négociations commerciales internationales. Malheureusement, dans l'évolution de la politique agricole canadienne, il est clair qu'un secteur en particulier n'a jamais été hautement prioritaire, s'il a même été mentionné, : les questions alimentaires et de santé.

3.2 Évolution des politiques de santé et de nutrition au Canada

Le Canada n'a pas de politique de nutrition intégrée formelle. Cependant, au cours des ans, le gouvernement fédéral a travaillé en collaboration avec les provinces et les municipalités pour mettre en place différents éléments de politiques qui ensemble pourraient constituer une politique de nutrition. Ces éléments comprennent des lois, des règles, des règlements, des politiques, des programmes et des interventions.

Depuis le milieu du XIX^e siècle, les politiques en matière de santé au Canada se sont concentrées sur la santé de la population et la réduction des inégalités sociales. Durant la première moitié du XX^e siècle, les politiques en matière de santé étaient axées sur la prévention de maladies par carence. Durant la deuxième moitié du siècle, les politiques en matière de santé, l'emphase a été mise sur la promotion de la santé et la prévention de maladies chroniques.

En 1974, le gouvernement fédéral a publié un rapport d'étape qui a établi une nouvelle direction pour les politiques des soins de santé. Nommé *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens* ou Rapport Lalonde¹², celui-ci a identifié deux objectifs clés relatifs à la santé : le système de

¹¹ Tyrchniewicz, 2006

¹² Lalonde, 1974

soins de santé et la prévention des problèmes de santé, et la promotion de la bonne santé. Le rapport a ouvert la voie à la publication en 1990 de *Recommandations sur la nutrition pour les Canadiens* qui recentre l'attention sur la communauté des soins de santé de la prévention des maladies par carence au rôle de l'alimentation dans la prévention des maladies chroniques. Les recommandations exposent en détail les caractéristiques désirées de l'alimentation canadienne : la consommation d'énergie en fonction du poids santé, les niveaux recommandés de tous les nutriments essentiels et la concentration sur la consommation de la matière grasse totale et des gras saturés. Ces recommandations ont mené à la publication en 1992 du *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*. Le guide recommande que les Canadiens consomment des fruits, des légumes, des céréales, du pain et d'autres produits céréaliers. Il incite la population à manger une variété d'aliments et à choisir des aliments d'origine animale plus faibles en gras (produits laitiers et viandes). Le guide recommande également que les Canadiens visent un poids santé.

En 1996, le document *Nutrition pour un virage santé : voies d'action* a été publié; celui-ci est généralement considéré par Santé Canada comme étant le premier énoncé de politique de la santé au Canada. L'énoncé reconnaît que la disponibilité et le choix des aliments sont grandement influencés par la combinaison des puissantes forces économiques et sociales et les tendances et les capacités individuelles. L'énoncé de politique traite de l'intégration de la nutrition aux politiques et aux programmes sociaux et économiques, ainsi qu'aux programmes relatifs à la santé, à l'agriculture et à l'éducation. En 2007, Santé Canada intègre cette politique de nutrition au guide d'alimentation révisé *Bien manger avec le guide alimentaire canadien*.

3.3 Évolution des politiques et des programmes sur la graisse alimentaire au Canada¹³

Au Canada, l'évolution des politiques et des programmes relatifs à la graisse alimentaire est un exemple classique de la manière dont le gouvernement et l'industrie ont traité les questions alimentaires et de santé. En 1988, après une importante conférence sur le cholestérol, le Canada a lancé une série de programmes et d'initiatives visant à diminuer la consommation de matière grasse totale et de gras saturés de façon à réduire les maladies cardiovasculaires chez les Canadiens. Cette initiative a été dirigée par le gouvernement (c.-à-d., Santé Canada et AAC) a reçu un important appui des industries transformatrices et des manufacturiers de produits alimentaires, des producteurs, des organismes non gouvernementaux (p. ex., la Fondation des maladies du cœur), de cliniciens, d'universitaires et de consommateurs. Un résumé de cette initiative peut fournir un point de référence utile pour le développement d'une stratégie intégrée agroalimentaire et santé au Canada.

Depuis les années 1960, les experts en médecine des pays développés s'inquiètent au sujet de l'incidence des maladies cardiovasculaires et de la relation de la coronaropathie avec la quantité et le type de gras dans l'alimentation de la population. Cette préoccupation a été renforcée par une importante étude – nommée *The Seven Countries Study* – sur la relation entre l'absorption de graisse alimentaire, les taux de cholestérol dans le sang et l'incidence de la mortalité due aux coronaropathies. De plus, les études métaboliques qui quantifient la relation entre les gras saturés

¹³ Consulter McDonald, Dubois et Sonntag, 2007, pour des détails et des références complètes

et le cholestérol dans le sang renforcent cette préoccupation au sujet de la quantité de gras, particulièrement les gras saturés (c.-à-d., animales) dans l'alimentation de la population.

Les années 1980 ont vu l'émergence de conférences de concertation sur le cholestérol. Ces conférences ont stimulé l'intérêt des consommateurs au sujet de la relation entre la graisse alimentaire et le risque de maladies cardiovasculaires et celui du public quant aux politiques et aux programmes qui pourraient traiter cette question. Une première conférence canadienne de concertation sur le cholestérol a été tenue aux Etats-Unis en 1984. Cette conférence a poussé le *National Heart, Lung, and Blood Institute* (NHLBI) à lancer le *National Cholesterol Education Program* (NCEP) en 1985. Le Canada a tenu sa propre conférence de concertation sur le cholestérol en 1988. Elle était commanditée par le gouvernement fédéral, les organismes de santé non gouvernementaux et l'industrie. La conférence a donné lieu à des recommandations alimentaires similaires à celles précédemment formulées par les experts américains et européens. Les principales recommandations demandent :

- Une réduction de la matière grasse totale à 30 % ou moins et des gras saturés à 10 % ou moins de la consommation d'énergie;
- Les protéines doivent représenter 10 à 15 % de la consommation d'énergie; et
- La balance de l'énergie doit provenir des glucides (avec une emphase sur une diversité d'aliments contenant des fibres alimentaires).

Le comité d'experts de la conférence conclut que l'industrie agricole et alimentaire devrait travailler plus fort pour produire des aliments qui aideraient à baisser le cholestérol dans le sang chez la population canadienne. Le comité reconnaît également le besoin de développer des lignes directrices alimentaires pour les Canadiens qui aideront à réduire le risque de maladies cardiovasculaires. Plus particulièrement, ces lignes directrices doivent promouvoir une réduction de la consommation de matière grasse totale et de gras saturés. Le comité recommande que les organismes gouvernementaux à tous les niveaux (fédéral, provincial et local) et les organismes bénévoles priorisent le développement de programmes de promotion de la santé.

Après la conférence, le gouvernement fédéral, l'industrie et les organismes de santé ont mis en place plusieurs activités pour réduire la matière grasse totale et les gras saturés dans l'approvisionnement alimentaire canadien. Certains de ces programmes ont été établis antérieurement à la conférence. Par exemple, pendant plusieurs années, Santé Canada a pris en considération le développement de lignes directrices sur la nutrition et l'étiquetage nutritionnel alors que le ministère de l'Agriculture et de l'Agroalimentaire (AAC) a enquêté sur les normes de classement du bœuf et du porc visant à accroître les produits maigres. La conférence de concertation sur le cholestérol et l'intérêt résultant des consommateurs ont accéléré ces initiatives. Les fabricants de produits alimentaires ont accepté d'aider à baisser le cholestérol dans le sang en substituant les huiles végétales partiellement hydrogénées aux gras saturés dans leurs formulations et en développant une quantité d'aliments faibles en gras et sans matières grasses. Les huiles végétales partiellement hydrogénées qui contiennent des taux variés de gras trans remplacent également les gras saturés pour la friture (préparation d'aliments prêts à manger et aliments pour grignoter, tels que des croustilles). Cependant, la science couramment admise alors soutenait que le gras trans (dans une alimentation moyenne) avait peu ou pas d'effets sur le risque de maladies cardiovasculaires.

Bien que Santé Canada et AAC aient travaillé tous les deux à réduire le risque de maladies cardiovasculaires chez les Canadiens, ils ne semblent pas avoir coopéré d'une manière significative. AAC a joué un rôle central dans le développement des normes de classement du bœuf et du porc visant à réduire les matières grasses et à accroître la teneur maigre des carcasses. Santé Canada, pour sa part, s'est concentrée sur le développement des politiques et des programmes afin de prévenir les maladies chroniques, en particulier la cardiopathie.

AAC a été également déterminant dans le développement du canola, un oléagineux végétal qui convient bien au climat et aux pratiques agricoles du Canada. Il a contribué de manière importante au développement de cultivars de canola et à l'établissement des propriétés nutritionnelles de l'huile de canola dans le cadre de programmes internes en soutenant la recherche dans les universités canadiennes, le Conseil national de recherches et l'industrie de la transformation des aliments. Le ministère a également fourni d'importantes ressources au Conseil canadien du canola pour l'application réussie du statut GRAS (généralement reconnu inoffensifs) aux États-Unis.

Historiquement, les maladies chroniques ne sont pas devenues une priorité importante au Canada avant 1970. Antérieurement, les recommandations nutritionnelles visaient à prévenir les carences en nutriments. Cependant, l'Enquête Nutrition Canada de 1970-1972 révèle que les carences en nutriments ne constituent plus un enjeu pour le Canada. Les maladies chroniques ont remplacé les maladies infectieuses et les maladies par carence comme causes principales de morbidité et de mortalité. Il n'existait pas de politique officielle pour une alimentation canadienne qui aiderait à réduire le risque de maladies chroniques jusqu'à la publication en 1992 de *Recommandations sur la nutrition pour les Canadiens*. Tout comme la conférence sur le cholestérol en 1988, cette publication recommande que les personnes ne tirent pas plus de 30 % de leur consommation d'énergie de graisses et pas plus de 10 % de gras saturés. Dans une publication complémentaire, intitulée *Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens*, la politique nutritionnelle recommande que les Canadiens choisissent des produits laitiers plus faibles en gras, des viandes maigres et des aliments avec peu ou aucune matière grasse ajoutée. Au cours des 15 années suivantes, le Canada a introduit des règlements relatifs à l'étiquetage nutritionnel et aux revendications en matière de nutrition qui visaient à mettre en œuvre ces règlements nutritionnels et les directives alimentaires.

Le guide alimentaire récemment publié *Bien manger avec le Guide alimentaire canadien* énumère pour la première fois le gras trans et les gras saturés comme facteurs de risque pour des maladies chroniques comme la maladie cardiovasculaire. Cependant, le Canada a été lent à traiter les questions de gras trans. En 1990, la littérature In 1990, des travaux ont été publiés décrivant les effets néfastes du gras trans sur les maladies cardiovasculaires, mais l'étiquetage obligatoire du gras trans contenu dans les aliments n'a pas été mis en application avant décembre 2005. Comparativement au Canada et ailleurs, le gouvernement danois et les fabricants de margarine danois ont réagi à la question de gras trans au début des années 1990. Les fabricants de margarine danois ont convenu au milieu des années 1990 de réduire volontairement le gras trans produit industriellement contenu dans leurs produits. Cependant, une étude réalisée en 2001 a conclu que cette mesure avait peu d'impact et ainsi le gouvernement a adopté en 2004 une loi interdisant l'utilisation de graisses et d'huiles produites industriellement contenant plus de 2 %

de gras trans. En 2006, les analyses ont démontré que les aliments qui auparavant constituaient des sources importantes de gras trans en étaient pratiquement exempts. Ainsi, même après la réduction de gras trans dans les aliments vendus au Danemark, les compagnies internationales d'aliments prêts à manger continuent de vendre ces aliments ailleurs avec les mêmes teneurs élevées en gras trans produit industriellement.

Le Canada songe également à l'élimination ou la réduction considérable des gras trans des aliments vendus dans le pays. En 2006, une équipe de travail sur le gras trans a recommandé que le Canada limite à 2 % ou moins le gras trans dans les huiles et les margarines végétales vendues aux consommateurs ou utilisées sur place par les détaillants ou les établissements de restauration et que le gras trans dans tous les autres aliments soit réduit à 5 % ou moins de la matière grasse totale. En 2007, le ministre de la Santé a avisé l'industrie alimentaire qu'elle avait deux ans pour implanter volontairement ces mesures ou le gouvernement réglera cette réduction. Le gouvernement n'a pas implanté immédiatement les recommandations puisque les taux de gras trans dans l'approvisionnement alimentaire canadien avaient déjà diminué de manière importante au cours de la décennie précédente. L'équipe de travail était constituée de représentants d'AAC, d'autres ministères fédéraux, de l'industrie, du monde universitaire, de groupes de consommateurs et d'organismes de santé.

Le Canada a également fait des progrès quant à l'étiquetage. En 1988, après cinq ans de consultations, le Canada a introduit un système d'étiquetage nutritionnel volontaire avec une emphase spéciale sur l'information pertinente aux gras. Les modifications législatives ont autorisé les allégations concernant la valeur nutritive (p. ex., suggérant que l'aliment constitue « une bonne source de fibres » ou est « faible en gras saturés ») et les tableaux d'information nutritionnelle (c.-à-d. la quantité d'énergie, de protéines, de graisse et de glucides par portion). Cependant, elles n'ont pas autorisé les allégations santé (p. ex., suggérer que l'aliment contribue à une alimentation santé faible en gras saturés et en gras trans et réduit la cardiopathie). En 2005, le Canada a mis en place l'étiquetage obligatoire plusieurs années après les États-Unis qui ont mis en force la *Nutrition Labeling and Education Act* en 1994.

Deux indicateurs peuvent être évalués afin de déterminer l'impact des politiques, des programmes et des pratiques (p. ex., modifications implantées par l'industrie alimentaire) qui ont suivi la conférence canadienne sur le cholestérol de 1988 :

- Changements dans la consommation de matière grasse totale et des gras saturés;
- Changements du modèle de mortalité associé à la maladie cardiovasculaire.

Au cours des années 1990, la consommation de matière grasse totale apparente a augmenté sensiblement chez les Canadiens. Cette tendance est survenue malgré les efforts pour encourager les consommateurs à réduire la consommation de gras – spécialement les gras saturés – par Santé Canada, les organismes de santé et les compagnies alimentaires qui développent des alternatives faibles en gras et sans matières grasses. La consommation d'énergie totale des Canadiens s'est également augmentée de manière importante. En fait, la consommation de graisse, comme pourcentage de consommation d'énergie, demeure relativement constante à 35-36 % des calories totales. L'augmentation de la consommation de graisse a été associée notamment avec un accroissement marqué de la consommation d'huile à salade.

Au cours des cinq dernières années, cependant, la consommation totale de matières grasses apparentes a diminué d'environ 6,5 % en grande partie à cause d'une diminution de la consommation de margarine, de matières grasses et d'huiles végétales. La consommation de gras saturés a également diminué, mais modestement (0,8 g/personne/jour ou 0,3 % des calories). Malheureusement, la diminution de la consommation de gras saturés inhérente à une moins forte utilisation de beurre, de margarine et de graisse végétale a été grandement contrebalancée par l'augmentation substantielle de la consommation de crème et de fromages. Par exemple, une augmentation de l'ordre de 6 est survenue dans la consommation de crème de table (0,35 à 2,10 litres/année), en raison principalement de la consommation très élevée de café des Canadiens.

Dans l'ensemble, il est difficile d'estimer la consommation en gras trans. Une fois que le Canada a annoncé l'étiquetage obligatoire des gras trans, les fabricants de grignotines et les compagnies de services alimentaires ont modifié leur procédé de friture en privilégiant les huiles végétales à moyenne et à haute teneur en acide oléique (c.-à-d., huile de tournesol à moyenne teneur en acide oléique et huile de colza canola à basse teneur en linéoléique et à haute teneur en acide oléique) plutôt que des huiles à frire partiellement hydrogénées. Plusieurs aliments ont connu d'importantes réductions de contenu en gras trans au cours de la dernière décennie et même au cours des deux dernières années. Entre-temps, de rapides augmentations sont survenues dans la part de marché de la margarine non hydrogénée sans gras trans. Cependant, le Canada et la plupart des pays (à l'exception du Danemark) ont été lents à réagir aux observations scientifiques indiquant les effets néfastes pour la santé du gras trans. De même, les produits alimentaires de la même catégorie varient largement quant aux taux du gras trans (p. ex., les margarines molles peuvent varier de 0 à 40 g de gras trans/100 g). Statistique Canada n'inclut pas le gras trans dans les données de ses enquêtes alimentaires.

Au cours des 20 dernières années, le Canada a connu une diminution remarquable et à peu près linéaire des taux de mortalité pour les maladies du système circulatoire. Cette tendance est due partiellement à de meilleurs traitements médicaux et à la diminution de l'usage du tabac. Pourtant, les décès imputables aux maladies du système circulatoire demeurent la principale cause de mortalité à la fois pour les hommes et les femmes, à 311 par 100 000 personnes. En 2002, 32 % de tous les décès chez les hommes et 34 % de tous les décès chez les femmes sont dus à des maladies du système circulatoire. La coronaropathie compte pour 54 % des décès causés par des maladies cardiovasculaires, les accidents vasculaires cérébraux pour 21 %, d'autres formes de cardiopathie pour 16 % et les problèmes vasculaires (tels que l'hypertension artérielle et le durcissement des artères) pour 9 %. Entre 1979 et 2002, les décès causés par une crise cardiaque (cardiopathie ischémique) ont diminué d'environ 330 à 106 par 100 000 personnes et à 96 par 100 000 en 2004 (la dernière année pour laquelle Statistique Canada a fourni des données sur la mortalité). D'autres cardiopathies ont contribué pour un autre 30 décès par année par 100 000 personnes. Cependant, le nombre de décès causés par une insuffisance cardiaque congestive n'a pas changé sensiblement au cours des 25 dernières années. La mortalité causée par les accidents vasculaires cérébraux a également diminué au cours des 25 dernières années, mais beaucoup moins dramatiquement que les crises cardiaques.

Les experts ne peuvent évaluer facilement à quel point la diminution de la mortalité causée par des maladies du système circulatoire est due à l'alimentation et particulièrement à la diminution

des gras saturés et du gras trans. Il est probable que le traitement médical amélioré a fortement contribué à cette diminution. D'autres changements de style de vie à part de l'alimentation, tels que la diminution de l'usage du tabac, ont sans aucun doute contribué à la réduction des décès causés par les maladies cardiovasculaires. De plus, toute contribution à la diminution de la mortalité causée par les maladies cardiovasculaires à la suite de changements quant à la quantité et au type de gras dans l'alimentation peut avoir été contrebalancée par l'augmentation marquée de l'obésité et du diabète. Il a été démontré que ces deux occurrences ont un impact important sur les maladies cardiovasculaires. Cependant, ce sont des phénomènes récents. Les maladies du système circulaire se développent sur une longue période de temps. Ainsi, il faudra plusieurs années pour déterminer si la diminution de la consommation de la matière grasse totale ou des gras saturés et des gras trans a contribué à une diminution de la mortalité, surtout considérant l'effet confusionnel de l'augmentation de l'obésité et du diabète.

4 Une étude des approches et des initiatives pour une politique intégrée agroalimentaire et santé

L'équipe de projet a effectué un « examen sommaire » des politiques agroalimentaires et de santé existantes dans des pays européens choisis, les États-Unis et le Canada. L'objectif était d'identifier les initiatives bénéfiques pour la santé de la population d'un pays tout en améliorant les perspectives du secteur agroalimentaire. L'examen sommaire a révélé qu'il n'existe aucune « formule magique » pour la mise au point d'une politique intégrée. Cependant, il existe plusieurs exemples de récentes initiatives qui peuvent aider le Canada à tracer la voie vers une stratégie intégrée. Les exemples que l'équipe a trouvés répondent chacun à plusieurs des questions suivantes (bien qu'aucun exemple ne fournisse suffisamment de détails pour répondre à l'ensemble de ces questions) :

- i. Pourquoi la mesure a-t-elle été prise? p. ex. le but (les objectifs) de l'initiative tel qu'articulé lors de sa mise en application
- ii. Qu'est-ce qui a été fait? p. ex. procédé, procédure, mesure prise
- iii. Qui a été l'initiateur de cette mesure? p. ex. le gouvernement, la communauté de la santé, un professionnel de la santé, les fabricants, les industries de transformation, les distributeurs, les consommateurs
- iv. La mesure vise-t-elle un groupe particulier? p. ex. âge, sexe, localisation, groupe ethnique, etc.
- v. Quels ont été les résultats pour la santé? p. ex. conditions associées aux taux améliorés de cancer, de diabète, de cardiopathie et de crise cardiaque
- vi. Quels ont été les résultats pour le secteur agroalimentaire? p. ex. modifications de la demande ou des prix, nouvelles structures horizontales ou verticales qui augmentent la durabilité d'un groupe de produits
- vii. Cette mesure a-t-elle eu des conséquences non voulues? p. ex. mesures prises pour améliorer la santé de la population qui a eu un impact (positif ou négatif) sur le secteur agroalimentaire ou inversement
- viii. Quels ont été les facteurs de succès/échec de cette initiative? p. ex. les participants, le fait d'être axé sur la résolution de problème, une base de connaissances partagées

- ix. Qu'avons-nous appris? p. ex. les approches qui peuvent être implantées directement, les activités qui ont réussi dans un secteur et qui peuvent être appliquées à un autre
- x. Quels ont été les coûts d'implantation de cette initiative? p. ex. qui les a payés et comment ils ont été rencontrés?
- xi. Informations de base p. ex. durée de l'étude, nombre de participants, véhicules de communications, etc.

4.1 Initiatives internationales intégrant des politiques agroalimentaires et de santé¹⁴

Basée sur des exemples européens, américains et canadiens, l'équipe de projet a identifié cinq composantes clés qui pourraient contribuer au développement d'une politique intégrée agroalimentaire et santé : collaboration stratégique, un cadre économique et de réglementation, une stratégie santé pour la population et de l'éducation, une évaluation et un suivi, ainsi que de la recherche et de l'innovation. La présente section du rapport décrit comment, dans chaque pays ou région, les projets utilisent ces composantes pour établir une politique intégrée. Peu de projets utilisent seulement une composante; ils utilisent habituellement deux composantes ou plus en association. Les projets sont classés ici selon la composante la plus utilisée. Les projets européens et américains sont décrits ensemble et ceux du Canada séparément. La plupart des politiques intégrées sont axées uniquement sur des questions de santé et d'aliments, excluant l'agriculture à tous égards.

En général, la collaboration stratégique est apparue comme un thème dominant parmi les projets dans les pays nordiques (Finlande, Suède et Norvège) ainsi qu'en Angleterre et en Écosse. La Finlande a réalisé d'importantes améliorations quant aux habitudes alimentaires de ses citoyens. En Écosse, la manque de collaboration stratégique a contribué à un échec général de sa politique intégrée. Les États-Unis ont introduit des projets axés sur la collaboration stratégique, les incitations économiques, la promotion de la santé de la population et la recherche et l'innovation. Son programme visant les femmes enceintes, les nourrissons et les enfants a été une réussite. L'Allemagne a mis le plus d'emphasis sur les politiques axées sur la population et la santé des personnes et des communautés et sur l'éducation et le marketing. Cette approche s'est avérée un succès particulièrement dans le système scolaire. L'Union européenne et l'OMS ont également mis une très grande emphasis sur ces deux secteurs, tout comme l'Alliance internationale des fruits et légumes (IFAVA : *International Fruit and Vegetable Alliance*) et ont constaté une augmentation de la consommation des fruits et des légumes chez leurs membres. L'évaluation et le suivi ont été privilégiés jusqu'à un certain point par les États-Unis et l'Écosse, et la recherche et l'innovation, quelque peu par l'Union européenne, la Suède et les États-Unis.

4.1.1 Collaboration stratégique

La collaboration stratégique est essentielle pour intégrer l'agroalimentaire dans les politiques de santé. Les initiatives qui n'ont pas inclus la collaboration stratégique ont souvent été un échec à

¹⁴ Pour plus de détails, consulter Henson et al, 2007.

tous égards. La plupart des exemples examinés par l'équipe de projet, basés notamment sur la collaboration stratégique, impliquent plusieurs organismes, mais n'ont pu persuader le secteur agricole pour différentes raisons. La collaboration stratégique a été mise en évidence par l'Union européenne ainsi que par plusieurs pays incluant la Norvège, la Finlande, la Suède, l'Angleterre, l'Écosse et l'Allemagne.

En mars 2005, l'Union européenne a lancé un programme sur *L'alimentation, l'activité physique et la santé*. Le projet a rassemblé l'industrie, les groupes de consommateurs et les experts de la santé pour trouver des moyens pour combattre l'obésité. Son emphase est mise sur l'autoréglementation et les engagements volontaires des intervenants. Dans le cadre de leur travail, les membres du programme se sont engagés à aider à combattre l'obésité. Le Royaume-Uni est le seul pays membre de l'Union européenne dont le gouvernement est directement impliqué dans le programme. La majorité des engagements a été prise par trois groupes : les fabricants d'aliments et de boissons, les organismes médicaux, de santé, de nutrition et de sports et de loisirs et les organismes de gros et de détail. L'Union européenne a choisi de se concentrer sur une approche d'autoréglementation et d'engagements volontaires jusqu'au mois d'octobre 2009. Les étapes ultérieures seront décidées une fois que le rendement du programme aura été évalué.

Parmi les pays européens, la Norvège a fourni l'un des plus récents exemples d'une stratégie intégrée. En 1975, la Norvège a lancé une politique de nutrition et d'alimentation conçue pour combattre la forte incidence des maladies cardiovasculaires qui comptaient alors pour environ la moitié des décès de la population¹⁵. Le principal but était de réduire la proportion de matières grasses dans l'alimentation de 40 % à 35 % de l'approvisionnement énergétique, un but atteint en 1991^{16 17}. L'exemple de la Norvège est l'un des quelques exemples qui intègrent la communauté agricole. Les groupes d'intérêt agricole ont réalisé l'avantage de s'adapter au nouveau paradigme alimentation-santé et ont aidé à introduire une politique nationale d'alimentation efficace, reliant les politiques en matière d'agriculture, de transformation des aliments, de consommation, de santé et d'affaires rurales^{18 19}.

La collaboration stratégique a été également centrale dans les initiatives finlandaises. Le gouvernement finlandais a travaillé en collaboration avec les services de la santé nationaux afin de combattre les mauvaises habitudes alimentaires. Au début des années 1970, la Finlande avait le plus haut taux de mortalité causée par les maladies coronariennes dans le monde²⁰. Le projet de North Karelia en Finlande a été axé sur l'usage du tabac, le contrôle de la pression artérielle et l'alimentation et les activités préventives sur l'ensemble du pays. Durant deux décennies, la consommation alimentaire des Finlandais a connu une importante augmentation de la consommation de légumes, au point même de doubler dans une seule décennie²¹. Pendant ce temps, la proportion des gras saturés dans la consommation de matières grasses totales a diminué alors que la consommation de poisson s'est accrue. Ces changements alimentaires ainsi que

¹⁵ Norum, 1997

¹⁶ National Nutrition Council, 1994

¹⁷ Helsing, 1993

¹⁸ Helsing, 1987

¹⁹ RNMA, 1975

²⁰ Pietinen, 1996

²¹ National Nutrition Council, 1992

d'autres ont été générés grâce au soutien de la politique publique. Les organismes de santé ont travaillé en collaboration avec l'industrie alimentaire afin de modifier l'approvisionnement alimentaire, reliant ainsi la poussée de l'offre à la pression de la demande. Par exemple, une baisse de 55 % de la mortalité des hommes due à la coronaropathie a été enregistrée durant la période 1972 à 1992. Les changements ont été encore plus importants chez les femmes²². Le secret a été la forte intégration entre les organismes de santé et les autres organismes. Par exemple, une fois les directives alimentaires établies pour les écoles (pour les repas du midi), les directives ont été développées et mises en place pour d'autres groupes sociaux allant des garderies, aux personnes âgées et aux forces armées. Cette stratégie s'est transformée en une approche méthodique et planifiée avec une vision globale claire.

Au cours des années 1990, la Suède a fait une tentative pour intégrer la santé publique et environnementale aux objectifs d'emploi et de qualité des aliments, après de fortes critiques au sujet de la monoculture en foresterie et en agriculture²³. Les ministères de l'Agriculture et de l'Environnement ont développé des programmes pour réduire l'utilisation de combustibles et d'énergies fossiles et rencontrer les objectifs de santé²⁴. Cela est basé sur l'approche Facteur 4 du Club de Rome qui demande d'essayer de réduire les ressources nécessaires pour produire des biens par un facteur de 4 grâce à l'accroissement de la sophistication technologique²⁵. Comme pays, la Suède a un plan pour couper de moitié les ressources utilisées d'ici 2001²⁶. La Suède explore également la manière d'atteindre les objectifs stricts de réduction des gaz à effet de serre émis par l'ensemble de la chaîne d'approvisionnement alimentaire²⁷.

En Angleterre, la collaboration stratégique figure au premier plan dans les efforts pour intégrer l'agroalimentaire et la santé. Ces initiatives sont apparues grandement en raison des peurs de l'ESB durant les années 1980 et 1990 et de l'épidémie de la fièvre aphteuse en 2001. En 2001, le gouvernement a mis en place une commission indépendante (Commission Curry) qui a recommandé, dans le but de développer une nouvelle politique agricole et alimentaire, que plusieurs ministères et organismes coordonnent leurs activités : le ministère de l'Environnement, des Affaires alimentaires et rurales (DEFRA : *Department for the Environment, Food and Rural Affairs*), l'Organisme des normes alimentaires (FSA : *Food Standards Agency*) et le ministère de la Santé, le secteur alimentaire, les organismes d'achats gouvernementaux et le ministère de l'Éducation et les autorités scolaires locales. En même temps, l'Angleterre a réalisé une analyse économique du secteur agroalimentaire qui a amené le lancement en 2002 de la Stratégie pour une agriculture et une alimentation durables (SSFF : *Strategy for Sustainable Farming and Food*). La stratégie est conçue grandement pour encourager une collectivité agricole durable et la production de produits alimentaires sains et nutritifs.

En 2006, le groupe de mise en œuvre de la SSFF a publié un examen de l'état d'avancement des travaux. Il souligne les secteurs dans lesquels des mesures spécifiques dans le cadre de la SSFF ont été mises en place, incluant : la mise en place du schéma de gérance de l'environnement,

²² Pietinen, 1996

²³ Vail, 1994

²⁴ Commission on Environmental Health, 1996

²⁵ von Weizacher, 1997

²⁶ Swedish Environmental Protection Agency, 1999

²⁷ Carlsson-Kanyama, 1998

l'adoption d'une approche agricole globale pour réglementer la production agricole et le développement de « stratégies de filiation » spécifiques au secteur et à l'enjeu (p. ex. la Stratégie de santé et du bien-être animal [*Animal Health and Welfare Strategy*], la Stratégie pour la durabilité de l'industrie alimentaire [*Food Industry Sustainability Strategy*] et « Choisir une meilleure alimentation [*Choosing a Better Diet*] ». L'examen a identifié plusieurs défis clés, incluant : le besoin d'une communication et d'une coordination plus efficaces de la stratégie parmi les intervenants, le rôle critique du leadership dans les groupes d'intervenants clés, le besoin d'empêcher que la SSFF ne soit perçue uniquement comme une politique « agricole » et l'importance de maintenir une forte gouvernance quant à la stratégie et à son implantation, même en travaillant à sa diffusion locale. Il est trop tôt pour juger si la SSFF atteindra les résultats et les impacts définis. Cependant, cette stratégie illustre bel et bien l'un des moyens préférés par lesquels d'autres pays tentent de créer des politiques intégrées.

En Écosse, une stratégie lancée en 1996 et intégrée sur 10 ans s'est avérée un échec grandement en raison de l'absence de collaboration stratégique. Le Plan d'action alimentaire écossais (SDAP : *Scottish Diet Action Plan*) demandait une approche systémique à la politique alimentaire et de santé. Accroître la consommation de fruits et de légumes était le principal objectif. L'Écosse a un historique de mauvaise alimentation et de problèmes de santé liés à l'alimentation. Elle possède un taux de mortalité parmi les plus élevés en Europe en raison de la cardiopathie et de l'obésité; ce taux de mortalité est au premier rang des préoccupations actuelles en matière de santé. La stratégie soulignait que changer l'alimentation et la culture alimentaire de l'Écosse nécessiterait une approche coordonnée, axée sur des partenariats entre les services publics gouvernementaux, les consommateurs, les agriculteurs et d'autres de la chaîne d'approvisionnement alimentaire. Néanmoins, en 2004, un comité de révision a découvert que les objectifs du plan n'avaient pas été atteints. Par exemple, aucune augmentation n'est survenue dans la consommation quotidienne par personne de fruits et de légumes ni dans la consommation de poissons riches en gras ou de céréales pour petit-déjeuner. En fait, la consommation de sucre avait augmenté, bien qu'aucune réduction ne soit observée dans la consommation de glucides complexes. Une cause importante de ces lacunes était l'échec du plan à engager la chaîne d'approvisionnement alimentaire. Le plan a adopté une approche exclusivement consensuelle axée sur des partenariats pour « travailler en collaboration » avec l'industrie alimentaire et ainsi a sous-estimé le rôle puissant de la chaîne d'approvisionnement alimentaire à former le contenu alimentaire, l'accès, la disponibilité et la demande des consommateurs au cours de la période de 10 ans. Le plan n'a pas tenu compte de la manière dont la publicité et le marketing vigoureux de l'industrie des aliments et des boissons pouvaient miner les messages de santé. Les institutions et le leadership de la chaîne d'approvisionnement n'étaient pas bien alignés. Du côté des producteurs, aucune réduction n'a été observée dans la production de matière grasse laitière; aucune alternative et aucun marché du non-alimentaire n'ont été trouvés pour la matière grasse du beurre. Le sucre et le contenu en gras dans les boissons et les aliments transformés n'ont pas été réduits non plus. Aucune formation de base en nutrition n'a été mise en place pour les travailleurs de l'industrie alimentaire ni dans le cadre du programme d'études en gestion à l'intention de l'industrie hôtelière. Le plan n'a pas réussi à augmenter la demande des consommateurs pour les fruits et les légumes, que ce soit des producteurs primaires ou des services de traiteurs.

Le comité de révision a découvert que le plan n'a pas réussi à influencer le secteur agricole du pays. En fait, depuis 1993, la superficie consacrée à la culture de légumes et de fruits tendres et de verger a diminué bien que l'Écosse ait toutes les conditions favorables faire pousser une vaste variété de fruits et de légumes. Le plan a effectué plusieurs recommandations pour stimuler la demande pour les fruits et les légumes. Cependant, ces recommandations n'ont pas été converties en politiques agricoles. Aucune mesure pour prioriser les fruits et les légumes n'a été incluse dans le *Scottish Executive 2001 Report*, tout comme aucun fruit ou légume n'a été inclus dans le *Scotland's 2003 Organic Action Plan*. La révision recommande que, étant donné la complexité des systèmes alimentaires modernes, l'action doit être coordonnée à travers tous les niveaux de la gouvernance alimentaire, du niveau local au niveau international.

Le comité de révision a identifié plusieurs thèmes très importants qui pourraient guider la future politique alimentaire de l'Écosse, incluant : a) l'augmentation de l'intégration entre les objectifs de la politique établis pour soutenir les initiatives écossaises de santé liées à l'alimentation et celles de la justice sociale, du développement durable et de l'agriculture; b) le rétablissement des bases d'engagement avec l'industrie alimentaire en Écosse de sorte que la santé publique et la durabilité soient les éléments dominants de la production et de l'approvisionnement alimentaire et c) et le développement de nouvelles structures de gouvernance à plusieurs niveaux, de nouvelles institutions et d'un nouveau leadership. L'étude fait valoir qu'un engagement fondamental face à l'amélioration de la santé liée à l'alimentation en Écosse doit être renouvelé à tous les niveaux et dans tous les secteurs/ministères. Pour atteindre cet objectif, l'étude a mentionné les exemples d'allaitement maternel et de lutte contre le tabagisme où le gouvernement a envoyé des signaux forts que la santé doit être une priorité (incluant le soutien législatif).

Aux États-Unis, un projet a été récemment initié par le *Prevention Institute* qui fait valoir une approche de collaboration intersectorielle « sous un même grand chapiteau » pour une stratégie intégrée agroalimentaire et santé. L'objectif du projet *Cultivating Common Ground* est de créer une synergie entre le secteur de la santé et l'agriculture durable et de bâtir un momentum pour le développement d'un système alimentaire durable, équitable et favorable à la santé. Le projet est axé tout particulièrement sur la manière d'impliquer des professionnels de la santé comme défenseurs de l'agriculture durable. Le projet propose le développement d'un groupe dirigeant de penseurs provenant des domaines de l'agriculture durable, de la santé, de l'environnement et de la justice sociale. Le projet a identifié des résultats spécifiques et ciblés pour la santé, tels qu'un meilleur accès à des aliments santé dans les voisinages et les institutions et la protection de la santé des agriculteurs et des travailleurs agricoles.

4.1.2 Cadre économique et de réglementation

L'intégration des politiques agroalimentaires et santé peut bénéficier d'un ensemble clairement défini de règlements, de lignes directives et d'incitations économiques qui soutiennent la politique. Cette approche a été adoptée à certains degrés par l'Union européenne (UE) qui a mis en place plusieurs procédures pour que la santé soit considérée dans plusieurs secteurs de politique²⁸. Par exemple :

²⁸ UE 2005 : 5ff.

- L'UE a établi un principe comme quoi les politiques de l'UE ne devraient pas interférer avec les politiques qui font la promotion de la santé publique;
- Une récente réforme de la Politique agricole commune (PAC) a grandement découplé les paiements alimentaires de la production de cultures spécifiques, réduisant ainsi les distorsions des rapports de prix des denrées agricoles;
- La gestion des approvisionnements et les régimes de contingent de production de lait et de sucre sont sous examen continu dans le cadre d'une réforme. Dans le passé, ils ont contribué à accroître les niveaux de prix dans l'UE plus que sur les marchés internationaux, ayant ainsi un effet modérateur sur la consommation;
- En réponse aux questions de santé, d'obésité et de nutrition, des changements de la PAC de l'UE ont été proposés dans le livre blanc de la commission sur une Stratégie européenne pour les problèmes de santé liés à la nutrition, la surcharge pondérale et l'obésité²⁹. L'UE fera la promotion de la consommation de fruits et de légumes auprès des enfants en permettant aux surplus de production d'être distribués aux établissements d'enseignement et aux centres de vacances des enfants. Les surplus de production des fruits et des légumes dans l'UE sont généralement détruits afin d'éviter que les prix ne chutent sous certains niveaux;
- L'UE propose d'accroître ses financements conjoints à 60 % pour la promotion des projets de santé visant les jeunes consommateurs (enfants de moins de 18 ans).

En Écosse, la révision du *Scottish Diet Action Plan* (SDAP) a noté que le plan n'a pu mettre en place l'ensemble complet des moyens d'intervention disponibles, notamment les pouvoirs législatifs et de réglementation du gouvernement pour contrôler la chaîne d'approvisionnement alimentaire et aider à créer la demande. Le groupe d'experts a recommandé une utilisation plus grande des pouvoirs de réglementation et des incitations de façon à établir des objectifs pour la chaîne d'approvisionnement alimentaire et à développer la demande des consommateurs pour des produits sains.

Aux États-Unis, les incitations économiques ont été bien mises en évidence dans une politique de santé de la population introduite en 1972 afin d'aider les femmes enceintes, les nourrissons et les enfants (*Women, Infants, Children – WIC*). Le programme impliquait également une vaste collaboration stratégique. Il est administré au niveau fédéral par le *Food and Nutrition Service* du *US Department of Agriculture* (USDA) [Service d'alimentation et de nutrition du département américain de l'agriculture]. Il est également administré par des organismes de 90 états, grâce à environ 46 000 détaillants autorisés. La plupart des programmes WIC des états offrent des coupons que les participants utilisent dans des magasins d'alimentation autorisés. La mission de ces programmes WIC est de protéger la santé des femmes à faible revenu, des nourrissons et des enfants de moins de cinq ans qui présentent des risques alimentaires en offrant des aliments sains pour compléter l'alimentation, de l'information sur la manière de mieux manger et la salubrité des aliments et un aiguillage vers des soins de santé. Ce programme WIC est associé au programme WIC de nutrition des marchés agricoles. Il offre aux participants du programme une variété d'herbes, de fruits et de légumes frais, nutritifs, non préparés et cultivés localement (achetés avec des coupons).

²⁹ UE 2007 : 6

Le programme WIC a été évalué à différentes occasions et a démontré avoir un impact positif sur les grossesses et sur la santé des nourrissons. Une première évaluation a indiqué que les femmes qui avaient participé au programme durant leur grossesse ont diminué les coûts de Medicaid pour elles-mêmes et leur bébé par rapport aux femmes qui n'ont pas participé au programme³⁰. Les participantes au programme WIC avaient des périodes de gestation plus longues, les enfants avaient des poids à la naissance plus élevés et un taux de mortalité infantile plus bas. Plusieurs études ont confirmé ces conclusions bien que le consensus favorisant le programme WIC ait été remis en question au cours des dernières années³¹. Cependant, une récente étude soigneusement conçue pour examiner la critique voulant que la sélection des participantes au programme WIC soit biaisée a non seulement réfuté cette allégation, mais a confirmé la perception que le programme WIC fonctionne³². L'étude a présenté de nombreux travaux qui suggèrent que les participantes WIC soient en fait choisies selon des critères négatifs à partir de la population admissible et que les avantages pour les participantes WIC (p. ex. un séjour à l'hôpital plus court en moyenne de près d'une nuit pour les nourrissons et d'un quart de nuit pour les mères et 14 % de moins de nourrissons qui aboutissent à l'unité des soins intensifs) dépassent de loin le coût du programme.

Aux États-Unis, les règlements et les politiques économiques ont été mis en évidence dans les recommandations d'une récente conférence d'experts sur l'obésité chez l'enfant, la nutrition, la santé publique et l'agriculture. Lors de la *Wingspread Conference 2007* tenue au Wisconsin, les experts se sont réunis afin de clarifier les impacts des politiques de l'agriculture et de l'alimentation fédérales sur la santé publique, la nutrition et l'obésité. Ils ont identifié les secteurs pour l'analyse des politiques et la recherche parmi les questions liées à l'agriculture, aux aliments, à la santé et à l'obésité et ont développé des recommandations sur la prévention de l'obésité liées à l'agriculture et aux politiques alimentaires fédérales. Un élément important de la conférence a été la prochaine réautorisation en 2007 du *Farm Bill* aux États-Unis qui est réautorisé à tous les cinq ans. Le *Farm Bill* coûte des dizaines de milliards de dollars par année et ne comprend pas seulement des subventions pour les cultures, mais aussi du financement pour les programmes et la recherche en environnement et en nutrition. Mais seulement 8 % du budget de recherche est alloué à la recherche axée sur l'amélioration de la santé et de la nutrition; il est toutefois grandement possible d'augmenter son importance. Plusieurs recommandations générales ont été faites dans le cadre de la conférence incluant le développement d'une vision de la santé dans l'agriculture; la génération de revenu (p. ex. grâce aux taxes) afin de créer un fonds pour la réduction et la prévention de l'obésité et des maladies liées à l'alimentation (comme cela a été fait pour le tabac) et le contrebalancement du marketing des aliments aux enfants par des fonds égaux pour la prévention de l'obésité et des maladies chroniques. Dans l'ensemble, la conférence a été une riche source d'idées qui peuvent être traitées par des composantes soigneusement choisies dans le cadre d'une politique alimentaire intégrée.

4.1.3 Santé et éducation de la population

³⁰ Devaney B, Bilheimer L et Schore J., 1992

³¹ Besharov DJ et Bermanis D., 2001

³² Bitler MP et Currie J., 2005

À travers l'Europe, la santé de la population constitue une composante importante des politiques intégrées agroalimentaire et santé. Ces politiques se concentrent sur les personnes, les groupes et les communautés locales. Elles sont souvent initiées de mèche avec des projets d'enseignement; ces deux composantes sont donc regroupées dans la présente section. Les politiques intégrées devraient éduquer les représentants du gouvernement et de l'industrie, les politiciens et le public sur les avantages de personnes et de populations en meilleure santé. Cette approche a été reprise par l'UE, le Bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé pour l'Europe (BRE OMS), l'Allemagne, l'Écosse et les États-Unis. De même, ces composantes sont fortement mises en évidence dans le programme « 5 par jour » adopté par plusieurs pays.

Depuis quelques années, l'UE a entrepris plusieurs initiatives visant à encourager les pays membres à adopter des politiques qui font la promotion d'un style de vie sain à un niveau local. L'UE est mandatée par le Traité d'Amsterdam d'assurer un haut niveau de protection de la santé humaine dans la définition et l'implantation de toutes les politiques et activités communautaires. La Commission perçoit ses actions comme complémentaires aux activités des pays membres et se concentre sur l'initiation et la normalisation de la cueillette de l'information ainsi que la coordination des activités transnationales. En 2000, La Commission européenne a proposé un programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique³³. Le programme a trois objectifs généraux : améliorer l'information et les connaissances sur la santé; répondre aux menaces pour la santé et traiter les déterminants de la santé (le style de vie, les facteurs socio-économiques et l'environnement). En 2005, l'UE a réalisé une étude sur la promotion de l'alimentation saine et l'activité physique³⁴. L'étude met en évidence les structures et les outils relatifs à la nutrition et à la santé au niveau de l'UE. En 2007, l'UE a élaboré une stratégie sur la nutrition, l'excédent de poids et l'obésité³⁵. Dans le cadre de cette stratégie, l'UE s'est engagée à promouvoir la consommation de fruits et de légumes chez les enfants et a permis la distribution des surplus de production dans les écoles et les centres de vacances des enfants (plutôt que de détruire les surplus de production).

Le BRE OMS a également souligné l'importance des politiques de la santé de la population. En septembre 2000, le BRE OMS appuie un plan d'action quinquennal pour des politiques d'alimentation et de nutrition dans les pays membres européens (53 pays et plus de 880 millions de personnes). Une seconde stratégie a été préparée pour 2007-2012. Elle énonce une série d'objectifs, incluant la promotion de modes de vie sains en Europe en améliorant les habitudes alimentaires et en encourageant l'activité physique. La stratégie identifie plus particulièrement le besoin d'actions directes en matière de nutrition chez les jeunes, allant de l'état nutritionnel de la mère à la santé du nourrisson et aux jeunes. Quant à l'agriculture, la stratégie du BRE OMS perçoit ce secteur comme essentiel à la santé publique en termes d'approvisionnement alimentaire, de disponibilité locale et de sécurité et de capacité financière. La stratégie préconise une amélioration de l'approvisionnement alimentaire et de la salubrité des aliments dans les institutions publiques, le soutien pour l'horticulture locale, la reformulation des produits alimentaires, des programmes de protection des groupes vulnérables, la vitaminisation en micronutriments des aliments de base, des lignes directrices sur la localisation et la taille des établissements de traiteurs et des détaillants en alimentation, l'utilisation d'outils économiques

³³ UE, 2000

³⁴ UE, 2005

³⁵ UE, 2007

(taxes, subventions), des règlements alimentaires adéquats, une bonne hygiène alimentaire de la ferme à la table, des systèmes de contrôle des aliments (p. ex. des services d'inspection) et des systèmes de contrôle et de surveillance des risques microbiens et chimiques dans la chaîne alimentaire et pour les maladies d'origine alimentaire.

Parmi les pays européens, l'Allemagne s'est concentrée sur les politiques de santé des populations ciblées et l'éducation. En 2004, le pays a établi un nouveau programme pour promouvoir des styles de vie sains dans le développement des enfants, incluant une alimentation équilibrée et de l'exercice : *Plattform Ernährung und Bewegung* (PEB) [Plate-forme nutrition et activité physique]. Les activités dans le cadre de ce programme comprennent : rejoindre les enfants et les parents des groupes à risque élevé, concevoir de l'information et offrir un soutien aux jeunes parents, enquêter sur les modèles/habitudes de consommation alimentaire, approcher les services de garderie préscolaires et les établissements de maternelles, approcher les enfants directement et soutenir les réseaux de nutrition et d'activité physique dans les communautés locales. Une révision du programme a indiqué que la collaboration des enseignants et enseignantes et des experts externes est efficace et que la promotion de la santé devrait constituer une partie intégrale du développement scolaire. Cependant, la révision n'a pas révélé de lien important entre le programme PEB et le secteur de l'agriculture. En 2007, l'Allemagne a signé une déclaration internationale (Déclaration de Badenweiler) visant à améliorer l'activité physique de ses citoyens, augmenter leur consommation de fruits et de légumes et instaurer des repas plus santé dans les écoles, les cafétérias et les résidences pour personnes âgées. Ces initiatives ont pour objet d'arrêter l'accroissement du taux d'embonpoint chez les enfants et de réduire le nombre de personnes ayant un excès de poids en Europe d'ici 2020. Les méthodes choisies pour réaliser ces objectifs comprennent l'établissement de modes de vie sains en tant que valeur sociale, l'enseignement des faits au sujet de la nutrition et de l'activité physique et la prévention de l'obésité chez les adultes.

L'Écosse a également trouvé que les politiques de santé et d'éducation de la population étaient efficaces. Bien que le Plan d'action alimentaire écossais 1996 se soit avéré inefficace, la révision du plan a permis de découvrir quatre secteurs de réussite : l'amélioration des taux d'allaitement maternel et le soutien des femmes en âge de procréer; l'amélioration des aliments et de l'alimentation dans les écoles sous l'égide de l'initiative *Hungry for Success* du comité exécutif écossais³⁶; le soutien des initiatives alimentaires communautaires et le développement de ressources éducationnelles et de campagnes de marketing. Cependant, la révision n'a établi aucun lien entre ces succès et le secteur de l'agriculture, même si, en 2003, l'Écosse a introduit un programme pour offrir des fruits gratuits dans toutes les écoles primaires du pays.

Aux États-Unis, deux projets visant la santé de la population ont été récemment initiés : *Healthy People 2010* [Personnes en santé 2010] et *Food for Health* [Aliments santé]. Le premier projet vise à identifier les plus importantes menaces évitables pour la santé de la population et à cibler les efforts des secteurs public et privé pour aborder ces menaces; il est soutenu par le *Department of Health and Human Services* [Département de la santé et des services sociaux]. Le projet vise plusieurs résultats pour la santé : la réduction de l'obésité, le maintien d'un poids santé, l'augmentation de la consommation de fruits, de légumes et de céréales et la réduction de la consommation de gras saturés et de matières grasses totales. En pratique, le projet cherche à faire

³⁶ Scottish Executive, 2003

de l'éducation nutritionnelle une partie intégrante du programme scolaire global d'éducation en matière de santé. De même, il encourage les entreprises alimentaires à aider les consommateurs à avoir une alimentation saine en offrant de l'information nutritionnelle au sujet des aliments achetés dans les supermarchés, les restaurants-minute, les restaurants et les comptoirs de commandes à emporter. Le projet encourage les responsables des politiques et les planificateurs de programme aux niveaux national, de l'État et de la communauté, à favoriser l'alimentation saine et l'activité physique parmi la population. Dans le cadre d'une initiative distincte, le *Sustainability Institute* a récemment lancé un projet, nommé *Food for Health* [Aliments santé], dans le but de créer une transition destinée à la production d'un approvisionnement alimentaire plus sain et plus durable. L'initiative est soutenue par le secteur privé (p. ex. Carrefour, General Mills et Unilever) et des organisations de la société civile (p. ex. Nature Conservancy, Oxfam et W.K. Kellogg Foundation). Les objectifs du projet sont d'accroître la disponibilité d'aliments sains et frais dans les établissements scolaires et de soins de santé à travers l'Europe et l'Amérique du Nord. De même, le projet cherche à bâtir des chaînes d'approvisionnement efficaces et plus durables pour des aliments sains de première qualité tant au niveau local qu'au niveau international, créant ainsi des liens réels entre le producteur et le consommateur tout en augmentant l'accès aux produits et aux marchés pour les acheteurs et les fournisseurs. Il permettra de modifier la culture alimentaire institutionnelle et la pensée politique d'ordre public de sorte que les aliments santé soient vus comme essentiels à la santé et à l'apprentissage. Le projet implante des projets pilotes dans la majorité des villes américaines et européennes. Ces projets visent à accélérer le mouvement d'aliments santé, durables et produits localement vers les marchés. Une plate-forme d'échange d'information et de collaboration sur le Web a été développée afin de partager les meilleures pratiques.

La santé de la population constitue également une cible clé de plusieurs programmes « 5 par jour ». Pendant plusieurs années, les pays les plus développés ont mené à bien des programmes qui faisaient la promotion de la consommation d'au moins cinq portions de fruits et de légumes par personne par jour. L'équipe de projet a étudié les initiatives en Australie, au Canada, en Angleterre et en Allemagne. L'importance des initiatives de chaque pays a été mise sur les campagnes de publicité dans les médias et la diffusion générale de documentation. Malgré cet effort, moins d'un tiers des personnes de ces pays mangent la quantité de fruits et de légumes recommandée par leur gouvernement. L'étude a indiqué que des mesures additionnelles sont nécessaires pour éduquer et motiver les citoyens à effectuer de meilleurs choix alimentaires. Les interventions 5 par jour doivent aller au-delà de l'augmentation de la prise de conscience individuelle. Elles devraient :

- Cibler la famille, la communauté locale et la société en général afin d'éliminer les barrières à l'augmentation de la consommation de fruits et de légumes;
- Offrir un soutien aux personnes qui font des changements positifs;
- Accroître les ressources pour les populations ayant des contraintes budgétaires;
- Reconnaître l'hétérogénéité parmi les personnes et les différences culturelles entre les communautés;
- Mettre l'accent sur les politiques en matière de nutrition, de santé et d'agriculture qui ont un impact sur les communautés locales; et
- Bâtir des partenariats stratégiques avec des organismes privés, des ONG, des associations de producteurs et les secteurs privés à des niveaux locaux, de l'État, régional et national

afin de supprimer tout obstacle à un style de vie sain afin d'atteindre l'objectif de « 5 par jour ».

L'équipe de projet a également étudié le programme « 5 par jour » commandité par l'Alliance internationale des fruits et légumes (IFAVA : *International Fruit and Vegetable Alliance*). Les participants comprennent l'Argentine, l'Australie, le Canada, le Chili, la Chine, le Danemark, la France, le Japon, la Nouvelle-Zélande, le Pérou, l'Afrique du Sud et les États-Unis ainsi que *American Cancer Society* [Société américaine du cancer] (États-Unis). L'étude a démontré les avantages d'axer une stratégie intégrée sur les personnes et les communautés. Les membres de l'IFAVA ont connu en grande partie des augmentations de la consommation de fruits et de légumes. Ils ont mis en place plusieurs stratégies locales qui se sont avérées un succès incluant : le développement d'une culture scolaire visant à bien manger et à faire de bons choix. Le projet scolaire comprend l'imitation de rôles par la participation des enseignants / du personnel et le changement de milieu afin de favoriser des changements de comportement à plus court terme. Il a été démontré qu'une modification du milieu scolaire était moins chère, exigeait moins de main-d'œuvre et était plus efficace que l'éducation nutritionnelle. La recherche a également révélé certains obstacles importants. L'association *Freshfel Europe*, qui agit comme un forum pour la chaîne européenne de fruits et de légumes frais, a noté d'importants obstacles pour l'accroissement de la demande de fruits et de légumes incluant : le prix des fruits et des légumes; une pénétration limitée des segments des services alimentaires; la promotion agressive de l'industrie FMCG (*Fast Moving Consumer Goods*) c.-à-d. les aliments transformés; l'utilisation par les secteurs d'aliments transformés d'une image positive des fruits et des légumes qui sont en concurrence avec les fruits et les légumes frais, p. ex. les sauces, les boissons et les confitures; et les peurs alimentaires au sujet des pesticides (dénigrer les campagnes de protection du consommateur, le manque de connaissances du consommateur au sujet des taux maximums de résidus et autres indicateurs de salubrité des aliments). Ces obstacles perceptifs doivent être surmontés si on veut accroître la consommation de fruits et de légumes.

4.1.4 Évaluation et suivi

L'évaluation et le suivi sont essentiels pour déterminer le succès d'une stratégie intégrée. Les évaluations devraient être réalisées régulièrement. En Europe, l'évaluation et le suivi ont été réalisés selon l'Évaluation des incidences sur la santé (HIA : *Health Impact Assessment*), un mécanisme d'intervention qui a été appliqué à la PAC de l'UE dans le but d'évaluer les résultats des politiques agricoles sur la santé publique. En 2003, la Suède a publié une HIA des politiques agricoles qui a indiqué que la PAC devient de plus en plus orientée santé, surtout en raison de la crise de l'encéphalopathie spongiforme bovine (crise de la vache folle) (ESB) qui a mis une nouvelle emphase sur la salubrité des aliments et la santé publique. Cependant, le rapport fait également état que, lorsqu'on en vient aux principaux déterminants de la santé, tels que la nutrition, les politiques agricoles et de nutrition de l'UE continuent de contrebalancer les ambitions de la santé publique. Le rapport mentionne tout particulièrement que la PAC est biaisée en faveur des intérêts des producteurs et au détriment spécialement des consommateurs à faible revenu en raison des prix élevés. La première tentative d'application d'une HIA au niveau d'un pays a été réalisée par la République de Slovénie alors qu'elle se préparait à rejoindre l'UE en 2002. Un rapport publié en 2003 sur cet effort révèle que l'évaluation des implications sur la

santé des politiques agricoles nécessite une coopération pangouvernementale efficace aux niveaux national et régional. L'évaluation et le suivi des efforts pour combattre l'obésité sont également l'un des engagements pris par les intervenants européens qui participaient à la Plate-forme 2005 de l'UE sur *L'alimentation, l'activité physique et la santé*.

4.1.5 Recherche et innovation

L'équipe de projet a découvert que les politiques intégrées agroalimentaires et santé doivent être renforcées par de programmes de recherche et de transfert/échange de connaissances. Une emphase devrait également être mise sur les développements de produits novateurs et de la technologie. La recherche et l'innovation n'étaient cependant pas des thèmes généralisés parmi les exemples européens étudiés. Dans le cadre de la plate-forme de l'UE sur *L'alimentation, l'activité physique et la santé*, le développement et la reformulation de produits est l'un des engagements sur lequel se sont entendus les participants au même titre que les projets de recherche. En Suède, le programme mis en place pour réduire l'utilisation de combustibles et d'énergies fossiles et rencontrer les objectifs de santé fait appel à l'utilisation d'une sophistication accrue de la technologie afin de restreindre les ressources nécessaires pour la production des aliments.

Aux États-Unis, la Fondation Robert Wood Johnson a établi un programme national, nommé *Healthy Eating Research* [Recherche sur la saine alimentation], qui soutient la recherche sur les stratégies politiques et environnementales dans le but de promouvoir une saine alimentation chez les enfants et de prévenir l'obésité infantile. Les objectifs du projet sont : d'établir une solide base de recherche en ce qui concerne la politique et les facteurs environnementaux qui influencent la saine alimentation et le poids corporel chez les enfants; de bâtir un domaine de recherche dynamique et multidisciplinaire et un réseau diversifié de chercheurs; et d'assurer que les résultats de recherche sont bien communiqués aux décideurs. Le résultat visé du projet est d'atteindre une compréhension des plus grands enjeux politiques et environnementaux qui influencent le comportement des enfants face à l'alimentation et aux boissons. Le projet Robert Wood Johnson intègre des stratégies d'une saine alimentation et d'une vie active pour traiter l'obésité infantile. Bien que la présente étude ne tienne pas compte de l'exercice physique, la recherche affirme que le bilan énergétique, influencé à la fois par la consommation d'aliments et l'activité physique, est important pour une politique et une stratégie intégrées. Ainsi, une politique alimentaire globale et intégrée pour le Canada devrait incorporer des objectifs de bilan énergétique.

4.2 Initiatives au Canada

Au Canada, plusieurs politiques gouvernementales fédérales ont une incidence sur les aliments. Cependant, le Canada n'a pas de politique intégrée agroalimentaire et santé. Jusqu'à maintenant, au Canada, plusieurs politiques alimentaires, agricoles et de santé fédérales ont vu le jour indépendamment les unes des autres; elles n'ont pas englobé ou ne reflètent pas les vastes responsabilités détenues par les divers ministères. L'AAC a pris conscience de la nécessité d'aller au-delà de la ferme en termes de formulation d'une future politique et de reconnaître la

demande croissante des consommateurs pour des aliments sains et nutritifs. Le ministère a reconnu qu'au Canada « une politique alimentaire intégrée constitue une priorité.³⁷ » AAC recommande également la création d'une politique d'alimentation saine, indépendante des politiques agricoles traditionnelles.

Puisqu'il n'a pas de politique intégrée, le gouvernement fédéral ne peut être analysé quant à la manière dont il a traité les composantes d'une stratégie intégrée. Une récente étude³⁸, cependant, donne à penser que la collaboration stratégique constitue l'un des besoins les plus immédiats du pays. L'étude, une révision des politiques alimentaires et de santé au Canada intitulée *Harmoniser la politique alimentaire et les préoccupations croissantes en matière de santé et de bien-être*, note que des programmes agricoles et une vaste gamme de politiques, non liées à l'alimentation qui pourraient influencer les choix alimentaires, ont été mis en place « d'une façon indépendante de la politique sur la santé ». Le résultat a été une incidence négative nette sur la santé publique, soulignant l'importance de la coopération entre les organismes. Le rapport mentionne aussi : « Une plus grande coopération entre Santé Canada et Agriculture et Agroalimentaire Canada constitue une première et nécessaire étape en vue de résoudre toute tension qui aurait pu naître entre la politique agricole et l'offre d'aliments santé au public. » Les politiques des divers organismes gouvernementaux sont en fait détachées les unes des autres. Une politique gouvernementale peut créer l'échec d'une autre politique gouvernementale. À cet égard, les gouvernements fédéral et provinciaux doivent chercher à harmoniser tous les aspects des politiques qui influencent les aliments, l'agriculture et la santé des Canadiens.

Certaines provinces canadiennes, dont l'Alberta, la Colombie-Britannique, l'Ontario et le Québec, ont fait diverses tentatives pour intégrer l'agroalimentaire et la santé. Le Québec, en particulier, a entrepris récemment plusieurs projets de recherche alimentaire et de santé, qui ont donné en grande partie des recommandations encourageant des politiques de santé de la population, l'éducation et le marketing. Par exemple, en 2006, un groupe de travail a formulé six priorités concernant l'alimentation et la santé pour la province : 1) accroître la sensibilisation; éduquer et informer la population au sujet des habitudes alimentaires saines; 2) mobiliser les producteurs et les manufacturiers d'aliments, les distributeurs, les restaurants et les détaillants afin qu'ils produisent, distribuent et servent des aliments qui répondent aux préoccupations nutritionnelles et préconisent des habitudes alimentaires saines; 3) faciliter les échanges entre les consommateurs, les producteurs et les manufacturiers d'aliments afin de promouvoir la consommation de produits frais; 4) d'accroître les connaissances sur les produits locaux existants, tout en augmentant la sensibilisation des consommateurs à l'alimentation saine; 5) faciliter l'accès à une alimentation saine pour les populations vivant dans différentes régions géographiques; et 6) utiliser des outils existants pour gérer les problèmes de santé liés à l'alimentation. Le groupe de travail a également recommandé de prévenir les maladies reliées à l'alimentation en assurant les normes les plus élevées de qualité des aliments. De même, le programme québécois de santé publique (2003-2012) propose plusieurs objectifs en matière de santé publique, incluant l'accroissement à 80 % la proportion de la population consommant cinq portions ou plus de fruits et de légumes (avant 2012) et la réduction à moins de 8 % le nombre de personnes souffrant d'insécurité alimentaire. Des interventions spécifiques comprendraient : le développement de programmes d'éducation nutritionnelle sur la consommation de fruits et de

³⁷ AAC, 2007

³⁸ Cash (et. al), 2004

légumes dans la population en général; le renforcement d'actions concertées locales et régionales sur la sécurité alimentaire; et l'organisation d'activités reliées à l'alimentation saine dans les écoles primaires et secondaires.

Tous les groupements de producteurs agricoles spécialisés du Canada ont développé des associations ou des conseils autofinancés aux niveaux provinciaux et national pour favoriser leurs intérêts économiques et commerciaux. Ces associations reconnaissent l'avantage compétitif qu'elles peuvent obtenir en participant dans des initiatives qui combinent les priorités alimentaires et de santé. Certaines préconisent la collaboration stratégique alors que d'autres se concentrent sur la recherche et l'innovation.

En termes de collaboration stratégique, la plupart des groupements de producteurs spécialisés ont établi des liens formels avec des organismes bénévoles en nutrition et en santé, tels que la Fondation des maladies du cœur, la Société canadienne du cancer et l'Association canadienne du diabète. Par exemple, le Centre d'information sur le bœuf et le Conseil canadien du porc, qui représentent l'industrie du bœuf et du porc auprès des consommateurs, sont des participants actifs du programme Visez Santé de la Fondation des maladies du cœur. Le programme Visez Santé a été conçu pour aider les consommateurs à faire rapidement des choix alimentaires sains. Le programme est basé sur le Guide alimentaire canadien pour manger sainement. L'utilisation du symbole Visez Santé exige que le produit alimentaire rencontre des normes rigoureuses (p. ex. le contenu maximum de matière grasse dans le cas de produits de viande). L'intégration des produits de viande dans les programmes Visez Santé reflète les efforts de l'industrie des productions animales à réduire le contenu en matière grasse du bœuf et du porc. Les groupements de producteurs spécialisés ont également de bonnes relations de travail avec l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA) en termes notamment de classement, d'inspections des usines, de salubrité des aliments à la ferme et les soins des animaux. Par exemple, la confiance des consommateurs canadiens dans la sécurité du bœuf canadien est demeurée élevée lors de la crise de l'encéphalopathie spongiforme bovine (crise de la vache folle) (ESB) grâce à la cogestion de cette question par l'ACIA et le Canadian Cattlemen's Association [Association canadienne des éleveurs de bovins]. En fait, la consommation du bœuf par les Canadiens s'est accrue durant la période de « crise ».

En termes de recherche et d'innovation, plusieurs groupements de producteurs agricoles spécialisés au Canada travaillent dans le but d'introduire de nouveaux produits et de développer les possibilités de leur mise en marché. Le Conseil canadien du lin, par exemple, fait la promotion des bienfaits du lin pour la santé. La recherche subventionnée par le Conseil soutient l'allégation que les propriétés avantageuses du lin sont : le risque plus faible de cardiopathie, la prévention de certains types de cancers, le traitement de troubles immunitaires, le traitement et la prévention du diabète et le soulagement de la constipation. Le lin est une source riche en lignanes, qui sont des agents anticancéreux, ainsi qu'en fibres solubles qui soulagent et préviennent le diabète et la constipation. Il a été démontré que le taux élevé d'acide linoléique (un acide gras oméga 3) dans le lin corrige le déséquilibre créé par le taux relativement élevé d'acide linoléique (un acide gras oméga 6) dans l'alimentation moderne et semble diminuer les risques de maladies cardiovasculaires et des troubles immunitaires.

Pour leur part, les groupements de producteurs spécialisés en gestion des approvisionnements (produits laitiers, œufs, poulet et dinde) soutiennent financièrement la recherche dans divers domaines de la nutrition et de la santé. Ils sont tous intéressés à encourager la recherche qui aidera à mettre sur le marché des produits à valeur ajoutée et à rendre leur secteur plus compétitif. L'investissement en recherches (1 M\$ annuellement) des Producteurs laitiers du Canada insiste sur la santé des os, la santé gastro-intestinale et cardiovasculaire, la prévention du cancer et la gestion de l'obésité. L'Office canadien de commercialisation des œufs a affiché les résultats de recherches dans son site Web qui indiquent la manière dont la consommation des œufs peut jouer un rôle dans la prévention du cancer du sein, le maintien de la santé chez les personnes âgées, le maintien du contrôle du poids et l'équilibre des taux de cholestérol.

De même, *Pulse Canada* développe une stratégie axée sur de nouveaux débouchés commerciaux en Amérique de Nord. *Pulse Canada* est l'association nationale de l'industrie qui représente les groupes provinciaux de cultivateurs de légumineuses de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba, de l'Ontario et le commerce des légumineuses à travers le Canada. L'objectif du projet d'innovation en légumineuses est d'accroître l'utilisation de légumineuses en Amérique du Nord grâce au développement de produits novateurs qui ajoutent une valeur aux cultures de légumineuses canadiennes en les déplaçant vers le haut de la chaîne de valeur. Le projet est grandement axé sur l'industrie alimentaire en développant de nouveaux marchés pour les légumineuses entières et les composantes des légumineuses. De telles initiatives comprennent le financement d'essais cliniques sur des sujets humains afin de démontrer les bienfaits pour la santé de la consommation de légumineuses. Les études sont axées sur les effets de la consommation régulière de légumineuses sur les résultats de santé reliés à l'obésité et aux maladies chroniques, telles que le diabète et la cardiopathie. Ces études sont dirigées par des collaborateurs de l'Université du Manitoba (Richardson Centre for Functional Foods and Nutraceuticals et Canadian Centre for Agrifood Research in Health and Medicine), de l'Université de Guelph et du Centre de recherche et de développement sur les aliments d'AAC, situé à Saint-Hyacinthe, Québec. La recension critique de la recherche dans les domaines du diabète, des maladies cardiovasculaires et du cancer a débuté au début de 2006. Ces examens ont évalué la qualité de la recherche actuelle sur la nutrition et la santé selon les normes de preuve de Santé Canada et de la FDA, ont déterminé les lacunes à combler en matière de recherche sur l'industrie des légumineuses et ont identifié les secteurs dans lesquels la preuve est suffisamment forte pour que l'industrie des légumineuses poursuive une allégation relative à la santé.

Le Conseil canadien du canola est également impliqué en recherche et en innovation. L'accroissement de la production de canola au Canada au cours des dernières décennies est dû surtout à ses propriétés recherchées comme huile végétale pour une alimentation humaine saine. Le canola canadien possède plusieurs compétiteurs dans le marché mondial croissant de l'huile végétale (soja, palme, tournesol, maïs et canola d'autres pays). Les enjeux actuels en matière de santé/nutrition, tels que l'obésité, les maladies chroniques du cœur et le gras trans, créent des débouchés commerciaux pour l'huile de canola et les autres huiles végétales. L'industrie du canola répond à cette possibilité à tous les niveaux de la chaîne de valeur, incluant : la recherche et le développement (publics et privés), les agriculteurs, les organismes industriels, les entreprises de transformation, les organismes de réglementation (homologation des pesticides, enregistrement des variétés et la gestion de la propriété intellectuelle), les nutritionnistes / les

diététistes, les professionnels de la santé et les consommateurs préoccupés par la santé et la sécurité.

5 Vastes enjeux influençant une politique intégrée agroalimentaire et santé au Canada : Défis et possibilités

5.1 Philosophie et cadre de réglementation

Les aliments sains et la saine alimentation sont importants pour les Canadiens. Le maintien de la salubrité de l'approvisionnement alimentaire canadienne est une responsabilité partagée entre le gouvernement, l'industrie et les consommateurs. Cependant, il y a eu beaucoup de discussions sur les questions d'implantation. Devrions-nous utiliser des méthodes volontaires ou obligatoires? Qui devrait payer? De telles questions reflètent souvent des points de vue idéologiques.

Cash³⁹ a documenté les moyens par lesquels le gouvernement peut participer à la réglementation de l'interface aliments et santé et pourquoi l'implication gouvernementale est importante. Certains facteurs comprennent :

- L'intervention gouvernementale dans le domaine public est justifiée en présence de déficiences du marché. En termes de politique alimentaire et de santé, la déficience unique la plus importante est probablement le manque d'information complète, spécialement de la part des consommateurs. Lorsque le manque d'information complète constitue une grande déficience du marché, un gouvernement peut soit s'impliquer directement en fournissant de l'information ou encore en imposant des règlements afin d'obliger les fabricants à éduquer les consommateurs.
- Les coûts sociaux élevés des maladies reliées à la consommation alimentaire sont une autre déficience importante qui ne sera pas bien prise en compte en l'absence d'interventions. De plus, il existe d'autres rôles « spéciaux » assumés par le gouvernement qui sont pertinents ici. La protection des enfants et un intérêt général pour la santé individuelle au-delà des coûts imposés à la société font partie intégrante du débat sur les politiques alimentaires et de santé.
- Une question connexe est la réglementation des allégations à la santé émises par les producteurs et les manufacturiers. D'un côté, permettre aux producteurs de publiciser les effets bénéfiques de leurs produits peut aider à obtenir une population en meilleure santé. D'un autre côté, un nombre trop grand d'allégations relatives à la santé peut faire que les consommateurs sont inondés d'informations discutables. Le défi pour le gouvernement est double. Premièrement, il ne doit pas permettre aux allégations relatives à la santé d'être utilisées comme outil de marketing si l'effet net est de nuire à la santé publique. Deuxièmement, il doit procéder de manière à ne pas réduire l'efficacité de ses propres messages publicitaires sur la santé. Le gouvernement doit également prendre en compte la question de valider les allégations relatives à la santé.

³⁹ Cash, et al, 2004, p. 119-121

- Il y a un débat important en ce qui concerne les règlements entourant les aliments fonctionnels et les nutraceutiques qui sont tous les deux réglementés par Santé Canada.
- Il semble que les aliments produits au Canada sont sujets à des normes de salubrité des aliments plus sévères que les aliments importés.

En prenant en considération les moyens d'intégrer l'agroalimentaire et la santé, il est important de tenir compte des responsabilités de Santé Canada⁴⁰ :

- Élaborer des politiques, établir des normes et donner des conseils et de l'information sur la salubrité et la valeur nutritionnelle des aliments;
- Promouvoir la santé nutritionnelle et le bien-être des Canadiens en définissant, en faisant la promotion et en implantant en collaboration des politiques et des normes de nutrition fondées sur des preuves;
- Administrer les dispositions de la *Loi sur les aliments et drogues* relatives à la santé publique, à la sécurité et à la nutrition;
- Évaluer la sécurité, la qualité et l'efficacité des médicaments vétérinaires.

L'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA) qui a vu le jour en 1997 est un autre joueur clé. L'ACIA réunit les services d'inspection et les services connexes qui étaient précédemment offerts par quatre ministères gouvernementaux fédéraux : AAC, le ministère canadien des Pêches et des Océans, Santé Canada et Industrie Canada⁴¹. L'Agence a consolidé l'application de tous les programmes d'inspection de salubrité des aliments, de la santé des animaux et de la protection des végétaux. L'ACIA applique des normes de salubrité des aliments et de valeur nutritive établies par Santé Canada et établit des normes pour la santé des animaux et la protection des végétaux, tout en mettant en œuvre l'exécution et l'inspection. L'ACIA rend des comptes au Parlement par le biais du ministre de l'Agriculture et de l'Agroalimentaire.

Au Canada, la réglementation des nutraceutiques et des aliments fonctionnels est un défi. Un processus d'examen de la réglementation a été établi il y a plusieurs années (Réglementation intelligente) pour recommander des améliorations au système de réglementation canadien. Le système amélioré a été développé afin de faciliter l'innovation et l'investissement dans le secteur agroalimentaire. La coordination entre les ministères est un enjeu clé. Peu de questions en matière de réglementation relèvent du mandat exclusif d'un seul ministère fédéral. Dans le secteur de la transformation des aliments, par exemple, quatre différents organismes/ministères (Santé Canada, ACIA, Environnement Canada et AAC) peuvent tous être impliqués dans l'examen d'une demande. Plusieurs demandeurs ont exprimé de la frustration face au processus et il en résulte : un système de réglementation inefficace, l'accroissement des coûts pour les demandeurs et une désincitation à investir au Canada.

Il existe en Australie et en Nouvelle-Zélande⁴² un modèle alternatif; ces pays ont mis en place un organisme indépendant nommé Normes alimentaires Australie/Nouvelle-Zélande (*Food Standards Australia New Zealand – FSANZ*). L'organisme FSANZ met au point des normes

⁴⁰ Site Web de Santé Canada

⁴¹ Site Web de ACIA

⁴² Heasman, 2007

alimentaires et des codes de pratique conjoints avec l'industrie, couvrant le contenu et l'étiquetage des aliments qui sont mis en vente en Australie et en Nouvelle-Zélande. De plus, FSANZ développe des normes alimentaires seulement pour l'Australie traitant de questions de salubrité des aliments – incluant les exigences de la production primaire – et des limites maximales pour les résidus agricoles et des médicaments vétérinaires. Dans son plan directeur 2006-2009, FSANZ décrit sa vision comme : offrant un approvisionnement alimentaire sain et diversifié pour l'Australie et la Nouvelle-Zélande » et sa mission étant « de développer des normes alimentaires efficaces en collaboration avec les gouvernements de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande. » L'organisme vise à développer des normes alimentaires qui fournissent le fardeau réglementaire minimum nécessaire pour maintenir un approvisionnement alimentaire salubre et pour informer les consommateurs. FSANZ vise la transparence et de vastes consultations. Afin d'atteindre ces objectifs, l'organisme maintient des accords de collaboration avec ses partenaires de réglementation et les producteurs et les transformateurs primaires, les manufacturiers, les détaillants, les organismes de consommateurs, les organismes de santé publique et d'autres groupes d'intervenants. L'équipe de projet a conclu que le modèle FSANZ pourrait s'appliquer au Canada.

5.2 Aliments fonctionnels et nutraceutiques⁴³

Au Canada, les consommateurs croient de plus en plus aux bienfaits potentiels des aliments fonctionnels et des nutraceutiques pour la santé. Une récente enquête de Santé Canada (Santé Canada, 2005) mentionne qu'environ 71 % des Canadiens utilisent des suppléments et 77 % pensent que les produits de santé naturels peuvent être utiles pour maintenir ou soutenir la santé. Il existe certaines preuves qui suggèrent que les aliments fonctionnels – de concert avec de grands changements de l'alimentation – puissent aider à réduire l'incidence de certaines maladies relatives à l'alimentation.

Actuellement, il n'existe aucune politique cohérente sur les aliments fonctionnels et les nutraceutiques au Canada. La disponibilité et l'abordabilité de ces produits, sans parler de leur efficacité et de leur sécurité, doivent être traitées dans les politiques publiques. De telles politiques devraient tourner autour de la contribution de ces produits à une saine alimentation et à la santé publique par rapport à l'accroissement du bien-être des Canadiens et à la réduction des coûts liés aux soins de santé publique. L'industrie est déjà engagée dans l'innovation et la commercialisation de ces produits et ce, malgré les contraintes du régime de réglementation actuel pour les nouveaux produits et les nouvelles allégations. Ces produits peuvent contribuer à diminuer les incidences des maladies relatives à l'alimentation, surtout chez les groupes à risque élevé. À ce jour, le gouvernement fédéral a défini une plate-forme réglementaire pour ces produits, mais n'a pas arrêté des moyens pour les intégrer aux politiques sur la promotion de la santé et l'agroalimentaire.

⁴³ Consulter Yada, et al, pour une discussion plus détaillée sur les enjeux réglementaires concernant les aliments fonctionnels et les nutraceutiques au Canada et dans d'autres juridictions.

De tels produits peuvent présenter des possibilités intéressantes pour le secteur agroalimentaire canadien. Plusieurs produits agricoles canadiens sont des sources potentielles d'ingrédients fonctionnels, tels que le soja, les tomates, les légumineuses et le lin. La demande pour les produits laitiers et céréaliers alimentaires, par exemple, pourrait être de plus en plus grande s'ils renfermaient des ingrédients fonctionnels. Le marché pour de tels produits est susceptible de se développer à l'intérieur du pays et au niveau international. Récemment, la compagnie Pizzey's Milling, un des plus importants fournisseurs de lin de l'Amérique du Nord pour la consommation humaine et animale et dont le siège social est au Manitoba, a été achetée par Glanbia Ptc., un fournisseur irlandais d'ingrédients laitiers et alimentaires. Cette acquisition reflète l'intérêt croissant que les grandes entreprises alimentaires, telles que General Mills, Quaker et Kellogg, démontrent pour le lin ainsi que les besoins perçus par Glanbia's Pizzey's Milling de croître rapidement de façon à gérer la croissance prévue sur le marché du lin à des usages comestibles.⁴⁴ Le Canada a une possibilité d'établir et de maintenir une position compétitive dans cette industrie florissante. Le développement de politiques publiques – à la fois en termes de régime de réglementation et de vastes enjeux (recherche, innovation et propriété intellectuelle) – jouera un rôle central dans ce processus.

Au Canada, Santé Canada réglemente l'industrie des aliments fonctionnels et des nutraceutiques et l'ACIA assure l'observation de ces règlements. Relevant de la Direction générale des produits de santé et des Aliments de Santé Canada, la Direction des aliments réglemente les aliments fonctionnels alors que la Direction des produits de santé naturels règlement les nutraceutiques et les autres produits de santé naturels.⁴⁵ Les régimes de réglementation visent généralement à établir un consensus scientifique raisonnable sur la sécurité et l'efficacité des produits. Cependant, les normes relatives aux éléments probants et ainsi le resserrement des approbations, quant aux nouveaux ingrédients dans les produits les nouveaux processus, varieront entre les pays. Les États-Unis et le Japon sont moins rigides alors que le Canada et les États-Unis sont plus rigides. Il est permis de penser qu'une approche conservatrice offre un plus haut niveau de protection aux consommateurs. À l'opposé, la restriction ou le délai du marketing sur de tels produits peuvent retarder la contribution de ces produits à améliorer la santé et le bien-être de la population. De même, réglementer l'étendue jusqu'où les compagnies peuvent faire des allégations au sujet d'un produit est une question d'équilibre entre protéger les consommateurs contre de la fausse information et permettre la communication libre des bienfaits potentiels des produits.

De nombreux débats ont porté sur la manière dont les aliments fonctionnels et les nutraceutiques font réellement la promotion de la santé publique et ainsi l'étendue jusqu'où ils pourraient être considérés comme partie intégrante d'une politique intégrée agroalimentaire et de santé publique. Une préoccupation consiste à savoir si les gens se concentraient trop sur des produits spécifiques, plutôt que de prendre une approche fondée sur le régime alimentaire total afin d'améliorer la nutrition. Une autre question concerne l'efficacité d'approuver des ingrédients fonctionnels en partant d'essais cliniques avant de déterminer les impacts les plus importants sur la santé publique. Même si une telle efficacité peut être établie, les questions critiques demeurent : comment faciliter l'accès aux aliments fonctionnels et aux nutraceutiques, surtout pour les

⁴⁴ Winnipeg Free Press, 18 septembre 2007

⁴⁵ <http://www4.agr.gc.ca/AAFC-AAC/display-afficher.do?id=1171035633928>

groupes défavorisés, et comment communiquer les bienfaits spécifiques de tels produits à des groupes « à risque » particuliers.

5.3 Nutrigénomiques⁴⁶

Au cours du dernier siècle, les progrès scientifiques ont conduit à l'éradication de plusieurs maladies d'origine nutritionnelle, incluant le rachitisme, la pellagre et le scorbut. Cependant, les solutions aux maladies chroniques d'origine nutritionnelle qui constituent une charge pour la société moderne demeurent problématiques. L'obésité, le diabète et les maladies cardiovasculaires ont atteint des proportions épidémiques. Les coûts sociaux et économiques de ces maladies sont exorbitants. Le diabète de type 2 est estimé à lui seul coûter plus de 13 milliards de dollars par année au système de soins de santé et affecté près de 1,5 million de Canadiens. Bien que les facteurs alimentaires et génétiques aient été impliqués dans le développement des principales maladies chroniques, les causes précises ne peuvent être découvertes en se concentrant seulement sur la nutrition ou la génétique.

Les nutrigénomiques constituent un nouveau domaine de recherche qui offre des approches novatrices pour traiter l'étiologie des maladies chroniques complexes. Elles impliquent l'étude de la manière dont les gènes et la nutrition interagissent pour affecter la santé humaine. La recherche en nutrition a fait face pendant longtemps à quelques défis clés :

- La difficulté d'évaluer avec précision la consommation de nutriments dans la population au fil du temps;
- La variabilité des réponses individuelles à divers nutriments;
- Les années ou les décennies que cela prend pour le développement des principales maladies chroniques.

Des biomarqueurs doivent être développés de manière à refléter avec précision la consommation de nutriments et à représenter de façon fiable les premiers stades de développement de maladies. Les précédents efforts d'identification des biomarqueurs nutritionnels ont été gênés par le manque de spécificité à des nutriments particuliers, la faible sensibilité aux changements de consommation et la grande variabilité des réactions entre les personnes.

La génomique fournit maintenant les outils nécessaires pour développer des biomarqueurs sensibles et fiables qui peuvent être utilisés pour démêler les liens entre les nutriments spécifiques et les divers résultats pour la santé. Cette connaissance fondamentale est nécessaire pour : identifier les facteurs nutritionnels qui affectent notre santé, développer des conseils personnalisés en matière de nutrition et effectuer des recommandations en matière de santé publique fondées sur des preuves pour la prévention des principales maladies chroniques de notre époque. Cette science peut également être utilisée par l'industrie agroalimentaire canadienne pour devenir un chef de file mondial dans le développement d'aliments fonctionnels avec des allégations relatives à la santé valides. Il existe une possibilité unique pour le Canada d'établir un rapprochement entre ses forces actuelles en nutrition et en génomique et les principales installations à la fine pointe de la technologie qui existent dans ces deux domaines à

⁴⁶ Consulter Ahmed El-Sohemy, 2007 pour plus de détails

travers le pays. Le Canada pourrait créer une initiative de classe internationale sur les biomarqueurs en utilisant nutriginomique et pourrait aussi employer ces connaissances pour améliorer la santé humaine.

En plus des questions, des possibilités et des manques identifiés ci-dessus en matière d'aliments fonctionnels, de nutraceutiques et de nutriginomique, il existe plusieurs enjeux additionnels dont il faut tenir compte pour le développement et l'adoption de ces produits et technologies :

- i. La question des aliments fonctionnels et des nutraceutiques et de leur positionnement par rapport aux médicaments est encore relativement confuse, à la fois dans la pensée du public et celle des décideurs;
- ii. La traçabilité et l'authentification des ingrédients dans les aliments fonctionnels et les nutraceutiques seront essentielles dans le cadre de la politique/réglementation;
- iii. Les questions de la diffusion des quantités recommandées d'aliments fonctionnels et de nutraceutiques à consommer doivent être examinées;
- iv. Dans le secteur de la nutriginomique, plusieurs enjeux sociaux/éthiques peuvent être soulevés. Par exemple, la manière dont les résultats peuvent influencer la disponibilité « d'assurance-vie » et le litige potentiel si le conseil nutritionnel ne prévient pas une maladie chronique particulière devra être examiné.

5.4 Organismes canadiens de recherche en alimentation et en santé

Au Canada, plusieurs instituts, centres et/ou réseaux de recherche traitent de la question du recoupement de l'alimentation et de la santé principalement du point de vue de la recherche. Certains traitent également des enjeux politiques. L'engagement et la collaboration de ces organismes seront essentiels pour déterminer l'interrelation entre l'agroalimentaire et la santé, et établir un cadre stratégique et des politiques constitutives.

5.5 Chaînes d'approvisionnement alimentaire courtes ⁴⁷

Au cours des dix dernières années, l'Amérique du Nord et l'Europe ont connu une hausse d'intérêt quant à l'économie alimentaire locale (LFE : *Local Food Economies*), popularisant ainsi le concept de chaînes d'approvisionnement alimentaire courtes (SFSC : *Short Food Supply Chains*). Les réseaux des aliments de remplacement (AFN : *Alternative Food Networks*), et les SFSC, incorporent des alternatives au mode industriel le plus normalisé de l'agriculture et de l'approvisionnement alimentaire. Ils représentent des modes d'approvisionnement alimentaire qui diffèrent du mode de supermarché dominant du marketing alimentaire dans des pays tels que le Royaume-Uni, les États-Unis et le Canada. L'AFN et les SFSC tentent d'établir une relation plus étroite – ou plus solidaire – entre les producteurs / la production d'aliments et les consommateurs / la consommation. Les économies alimentaires locales et les SFSC ont trois bienfaits clés potentiels :

⁴⁷ Consulter Heasman, 2007, pour plus de détails.

- Environnemental – production durable et réduction des externalités du transport (kilomètres-assiette);
- Économique – par des revenus plus élevés pour les agriculteurs et plus de contributions financières aux économies locales;
- Social – aux groupes de consommateurs et de producteurs.

Sur le plan économique, ce marché parallèle est de plus en plus pertinent. En Alberta, par exemple, la valeur du marché provincial des marchés agricoles parallèles était estimée à 963,6 millions de dollars en 2004. Ces marchés comprennent les marchés des agriculteurs, les cuisines régionales, la vente à la ferme, les activités chez l'exploitant agricole et les activités à l'extérieur de la ferme. En Ontario, le marketing des marchés des agriculteurs et de la vente à la ferme ont généré à lui seul des ventes de 761 millions de dollars en 2005. La demande des consommateurs et les intérêts de certains producteurs (généralement des opérations de petite taille) alimentent ce secteur d'activité. Les consommateurs perçoivent ces produits comme étant frais, savoureux et plus sains. Les aliments produits localement sont également devenus populaires grâce aux chefs et aux restaurants de prestige, alors que les secteurs d'activités touristiques ont inclus le tourisme culinaire. Cependant, même si les ministères de l'Agriculture deviennent de plus en plus intéressés, les économies alimentaires locales sont à peine considérées au niveau fédéral en termes de politiques agricoles. Les aliments obtenus des SFSC peuvent être considérés comme plus sains, mais aucune preuve scientifique n'a été découverte pour soutenir une telle conclusion.

5.6 Accès à des aliments adéquats, sains et nutritifs

Réaliser un approvisionnement alimentaire adéquat signifie beaucoup plus que simplement s'assurer que les personnes n'ont pas faim. Il intègre le concept d'une alimentation saine et nutritive qui est acceptable pour chaque personne, offre une santé optimale et est universellement disponible^{48,49}. Ce concept – souvent décrit comme sécurité alimentaire – a progressé sensiblement, particulièrement au cours de la dernière décennie. Au Canada, les nutritionnistes ont recommandé que la sécurité alimentaire soit atteinte par le biais d'un système alimentaire durable qui maximise les choix sains et l'autonomie communautaire⁵⁰.

La pauvreté et la justice sociale sont le cœur de la sécurité alimentaire. Les pauvres et les démunis sur le plan social sont les plus susceptibles d'être insécures au niveau alimentaire et les plus impuissants pour changer leur situation⁵¹. Cet état de choses existe non seulement dans les pays en développement, mais également dans les pays industrialisés. En 2004, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) a découvert que 8,8 % de la population

⁴⁸ FAO, 1996. La sécurité alimentaire existe lorsque toutes les personnes, en tout temps, ont un accès physique et économique à des aliments sains, nutritifs et en quantité suffisante pour rencontrer leurs besoins alimentaires et leurs préférences alimentaires pour une vie active et saine.

⁴⁹ L'ICPA a mis en place le concept de « L'accès/les obstacles à une alimentation saine concernent les milieux de vie et de travail qui affectent la santé des personnes, les conditions qui permettent aux personnes de faire des choix sains et les soutiennent dans leurs choix ». Consulter l'annexe B. Les questions pertinentes pourraient comprendre les environnements sociaux et physiques, le revenu et le statut social, les conditions d'emploi et de travail, l'éducation, le sexe et la culture.

⁵⁰ Les diététistes du Canada, 2007

⁵¹ AAC et développement international, 1998

(2,7 millions de canadiens) ont de la difficulté à avoir accès à des aliments adéquats⁵². Le problème était plus important pour les ménages à faibles revenus; les ménages dépendant de l'aide sociale, d'une compensation ou de l'assurance-emploi comme principale source de revenu du ménage et les ménages monoparentaux (spécialement une femme seule). Les données de l'ESCC révèlent que la vulnérabilité face à des aliments adéquats varie; les actions requises pour prévenir l'insécurité alimentaire varieront donc aussi.

Au Canada, il n'existe actuellement aucun cadre stratégique global auquel intégrer un approvisionnement alimentaire durable, sain et nutritif. Les politiques agricoles du Canada, par exemple, visent principalement le développement et l'expansion de la production et de l'exportation de produits agricoles et le positionnement du Canada comme chef de file mondial en matière de salubrité des aliments et de production agricole écologique⁵³. Un nombre important de Canadiens ont notamment de la difficulté à avoir accès à des aliments adéquats malgré le fait que la proportion du revenu disponible dépensé pour l'alimentation continue de décroître au Canada⁵⁴. Un consensus croissant mise sur le besoin d'harmoniser les politiques régissant la production alimentaire, la salubrité alimentaire, l'environnement et la santé au Canada. Il est également nécessaire d'avoir des politiques qui réduiront la pauvreté et les barrières socio-démographiques afin que tous les Canadiens puissent avoir accès à des aliments adéquats, sains et nutritifs.

6 Conclusions et recommandations

6.1 Leçons apprises et principes directeurs pour une politique intégrée agroalimentaire et santé

L'équipe du projet a noté plusieurs observations qui pourraient être classées en tant que « leçons apprises » dans l'effort de développer une politique intégrée agroalimentaire et santé pour le Canada. Quelques observations sont énumérées plus bas. Malheureusement, il n'existe pas de « formule magique » qui fournirait une solution unique pour améliorer la santé des Canadiens tout en contribuant au bien-être économique du secteur agroalimentaire.

- Une politique intégrée agroalimentaire et santé devrait comprendre : une collaboration stratégique; un cadre économique et de réglementation; une stratégie santé pour la population, incluant un volet éducation; une évaluation et un suivi ainsi que de la recherche et de l'innovation.
- Plusieurs des initiatives étudiées pour ce projet sont assez récentes et n'ont pas toutes été pleinement évaluées pour leurs impacts sur les patrons de consommation alimentaire, leurs effets sur la santé ou l'agriculture (plus spécifiquement pour les agriculteurs). Le suivi et la collecte de données doivent être inclus lorsqu'une nouvelle politique est implantée afin d'en évaluer les impacts. Cette composante intégrée d'évaluation est nécessaire afin de développer une approche utile, basée sur les évidences.

⁵² Santé Canada, 2004

⁵³ AAC, 2005

⁵⁴ Statistique Canada, 2003

- À ce jour, la plupart des initiatives politiques ont été trop fragmentaires pour assurer le succès. Les liens pertinents entre les aliments et la santé se trouvent bien au-delà de la capacité d'un seul organisme.
- L'agriculture est essentiellement une activité de marchés alors que la santé est un bien social qui doit rarement passer un test de viabilité économique. Ainsi, une politique intégrée agroalimentaire et santé constitue un défi et il faut établir un dialogue transparent entre les secteurs de l'agriculture et de la santé. Au Canada, tout comme en Europe, la plupart des stratégies intégrées des aliments et de la santé ont été mises en place sans tenir compte du secteur agricole. Pour réussir, des politiques intégrées doivent être développées par un processus qui intègre les producteurs dans la chaîne alimentaire.
- Au Canada, le développement de politiques agricoles et de santé a été compliqué par des compétences partagées entre les gouvernements fédéral et provinciaux. Le fait de superposer une approche intégrée à cette structure crée des défis supplémentaires. Une approche pleinement intégrée demande une collaboration stratégique entre les juridictions gouvernementales, incluant idéalement la participation d'institutions communautaires locales, de groupes non gouvernementaux et industriels, de professionnels de la santé et de producteurs agricoles.
- L'intégration de politiques agroalimentaires et de santé doit être placée dans un contexte / une perspective historique. Le Canada a une longue histoire d'exportation agricole traditionnelle qui réagit principalement aux forces du marché. L'intégration de l'agriculture et des questions alimentaires et de santé représente un concept relativement récent qui exigera de l'éducation et de l'adaptation de la part de tous les intervenants : la communauté agricole, les organismes de santé, les gouvernements, l'industrie et les citoyens.
- Le développement et l'implantation d'une politique agroalimentaire intégrée sont encore plus compliqués en raison de la mondialisation de l'approvisionnement des aliments, des réglementations et des accords commerciaux internationaux et de l'accroissement des collaborations visant à améliorer visiblement la santé de la population.
- Relier l'agriculture à la santé exige du consommateur qu'il soit plus instruit et prenne une plus grande responsabilité pour ses choix. Le marketing et la distribution d'aliments transformés dominant et envahissent les civilisations de pointe. En raison de la complexité de l'approvisionnement moderne des aliments et de la relation entre l'alimentation et la santé, les ministères gouvernementaux et les organismes non gouvernementaux doivent mieux soutenir les consommateurs qui essaient d'avoir une alimentation optimale. Les citoyens qui désirent un style de vie plus sain doivent aussi investir du temps pour trouver des aliments santé et se renseigner eux-mêmes sur la provenance de ces aliments. Malheureusement, les considérations économiques et sociales peuvent limiter la capacité de certains groupes de la société à avoir accès à un approvisionnement alimentaire sains et nutritifs.

- Une politique intégrée demande des systèmes / une approche multidisciplinaire. Une approche par systèmes et multidisciplinaire requiert une collaboration entre les divers intervenants, reliant les priorités agricoles et de santé. Cela exige la formulation d'options politiques à de multiples niveaux par le biais de nombreux intermédiaires. Une approche multidisciplinaire implique de faire appel à l'expertise de nombreuses disciplines afin de définir et de mettre en application de nouvelles manières de comprendre l'interdépendance de l'agriculture, des aliments et de la santé.
- Les décideurs doivent avoir des attentes réalistes. Il n'existe aucune formule magique dans la recherche d'une politique efficace qui intègre agroalimentaire et santé. Souvent, il faudra attendre une décennie ou encore plus avant d'obtenir des résultats tangibles. Des stratégies réussies exigent habituellement une combinaison de nombreuses composantes, telles qu'une collaboration stratégique à niveaux multiples et entre les secteurs, en plus d'un cadre économique et de réglementation. Les politiques de santé de la population – surtout celles qui instaurent des projets d'alimentation santé dans les écoles et autres institutions de niveau communautaire – travaillent en collaboration souvent avec des initiatives d'éducation et de marketing; ces politiques gagnent à être mises en place avec la collaboration stratégique de nombreux organismes.

6.2 Certaines approches porteuses d'avenir

Le présent projet a révélé certaines approches porteuses d'avenir – au Canada et à l'étranger – afin d'intégrer les politiques agroalimentaire et santé avec diverses implications pour l'agriculture. Les éléments clés de ces approches, introduites plus tôt dans ce rapport, sont résumés ci-dessous.

Canada

Dans les années 1980, les producteurs, les fabricants de produits alimentaires, le gouvernement et les associations de santé du Canada ont entrepris de nombreuses activités afin de réduire la matière grasse totale et les gras saturés dans l'approvisionnement alimentaire. Ces initiatives ont été stimulées, d'une part, par une importante conférence sur le cholestérol en 1988. Les fabricants de produits alimentaires ont répondu à la demande pour une production d'aliments qui aideront à diminuer le taux de cholestérol dans le sang des Canadiens; ils ont substitué des huiles végétales hydrogénées pour des gras saturés et ont développé des produits faibles en gras et sans matières grasses. Le gouvernement fédéral (AAC) a introduit des normes de classement du bœuf et du porc afin de réduire les matières grasses et d'accroître la teneur maigre des carcasses. Le gouvernement soutient également le développement du canola, une huile végétale saine qui est devenue une culture d'exportation importante. Le gouvernement fédéral (Santé Canada) a introduit des règlements relatifs à l'étiquetage nutritionnel et aux revendications en matière de nutrition ainsi que des directives alimentaires globales qui recommandent des choix alimentaires à faible teneur en gras. Depuis quelques années, la consommation de matière grasse a diminué quelque peu, mais les diminutions spécifiques de consommation de matière grasse sont souvent compromises par d'autres changements des habitudes alimentaires. Par exemple, la consommation de crème a augmenté en raison de la consommation plus élevée de café.

Danemark

Au milieu des années 1990, les fabricants de margarine danois se sont engagés à réduire volontairement la teneur en gras trans produit industriellement contenu dans leurs produits. Une étude réalisée en 2001 indique que cet engagement a eu peu d'impact sur la consommation globale du gras trans dans le pays. En 2004, le gouvernement danois a adopté une loi interdisant l'utilisation de graisses et d'huiles produites industriellement contenant plus de 2 % de gras trans. Deux ans plus tard, les aliments qui traditionnellement constituaient des sources importantes de gras trans en étaient pratiquement exempts. Cependant, les compagnies alimentaires internationales qui ont réduit la teneur en gras trans des aliments vendus au Danemark continuent de vendre ces mêmes aliments à l'extérieur du pays avec la teneur en gras trans traditionnelle.

Finlande

Au cours de deux décennies (1970-1990), les organismes de santé finlandais ont travaillé en collaboration avec l'industrie alimentaire afin de modifier l'approvisionnement alimentaire. Durant ce temps, la consommation de légumes et de poissons s'est accrue considérablement alors que la consommation des gras saturés a diminué. Les mortalités causées par les cardiopathies ont baissé fortement. Des directives alimentaires ont été développées pour les écoles et elles sont devenues un modèle pour le développement de directives pour d'autres groupes (p. ex., les garderies, les résidences pour personnes âgées, les forces armées). La stratégie consistait en une approche méthodique, planifiée, avec une vision globale claire.

Norvège

En 1975, la Norvège a lancé une politique de nutrition et d'alimentation pour combattre les maladies cardiovasculaires en réduisant les matières grasses dans l'alimentation. Le but était de réduire la proportion de matières grasses dans l'alimentation de 40 % à 35 % de l'approvisionnement énergétique. Le secteur agricole a réalisé l'avantage de s'adapter au nouveau paradigme alimentation-santé et a aidé à introduire une politique nationale d'alimentation efficace, reliant les politiques en matière d'agriculture, de transformation des aliments, de consommation, de santé et d'affaires rurales.

États-Unis

En 1972, les États-Unis ont mis en place un programme afin d'améliorer la santé des femmes à faible revenu, les nourrissons et les enfants. Les participantes au programme reçoivent des coupons qu'elles utilisent dans des magasins d'alimentation autorisés. De même, les femmes peuvent utiliser les coupons pour acheter des herbes, des fruits et des légumes non préparés et cultivés localement. Les études ont indiqué que les participantes avaient des périodes de gestation plus longues, les enfants avaient des poids à la naissance plus élevés et un taux de mortalité infantile plus bas. Ces participantes ont eu des coûts de Medicaid plus bas que les non participantes (p. ex. un séjour à l'hôpital plus court en moyenne de près d'une nuit pour les

nourrissons et d'un quart de nuit pour les mères et 14 % de moins de nourrissons qui aboutissent à l'unité des soins intensifs).

6.3 Recommandations et prochaines étapes

Cette analyse a permis d'énoncer plusieurs recommandations :

1. Le gouvernement fédéral, de concert avec les intervenants, devrait développer une vision pour une politique intégrée agroalimentaire et santé au Canada. Les ministères fédéraux devraient comprendre Agriculture et Agroalimentaire Canada, Santé Canada, Environnement Canada et le ministère des Finances.
2. Cette initiative devrait avoir un « parrain politique » adéquat, lequel relèverait peut-être du Bureau du Premier Ministre. Ce niveau d'implication semble requis pour intégrer les concepts de durabilité dans une politique de santé et des aliments.
3. L'Institut canadien des politiques agroalimentaires (ICPA) devrait contribuer au développement de cette vision, laquelle devrait comprendre la participation de gouvernements provinciaux, de groupes industriels ainsi que d'organismes et de professionnels de la santé.
4. Les gouvernements et les intervenants impliqués dans le développement de la vision devraient définir le rôle des gouvernements, de l'industrie et de la société (selon un point de vue informationnel et réglementaire et basé sur des mesures incitatives) dans une politique intégrée agroalimentaire et santé.
5. Les gouvernements et les intervenants participants devraient faire du suivi et de la collecte de données un point central de toute politique agroalimentaire et de santé qui découlerait du développement d'une stratégie intégrée. Cette composante d'évaluation intrinsèque est nécessaire pour développer une approche utile, basée sur les données, par rapport à des analyses à la pièce et « après le fait ».
6. Des initiatives qui sont censées avoir des incidences bénéfiques pour la santé, qu'elles soient de nature technologique (p. ex., aliments fonctionnels ou nutraceutiques) ou de nature sociale (p. ex., chaînes courtes d'approvisionnement alimentaire), devraient être validées et basées sur des données.
7. Les organismes participants devraient développer une stratégie et une structure de recherche et les financer adéquatement dans le but de soutenir une politique intégrée agroalimentaire et santé.
8. Les organismes participants devraient accorder plus d'importance sur l'interface aliments/santé pour les femmes, les nourrissons et les enfants.

Durant le cours de cette révision – et à la suite des commentaires des examinateurs – plusieurs autres enjeux pertinents sont ressortis. Cependant, des contraintes de temps et de portée ont

empêché l'équipe de projet de les explorer plus en détail. L'équipe de projet recommande de travailler les points suivants :

- Les initiatives relatives à l'intégration de politiques et de programmes agroalimentaires et de santé au niveau provincial;
- L'effet des questions agricoles reliées à l'environnement sur la santé (p. ex. la qualité de l'eau et la transmission de maladies des animaux aux humains);
- La structure changeante de l'industrie agroalimentaire, incluant les concentrations accrues en raison de la mondialisation, et l'impact de ces changements sur la santé. Des observateurs ont noté que les décisions commerciales des compagnies multinationales ne sont pas nécessairement compatibles avec les buts et les objectifs gouvernementaux;
- L'obésité est une question de comportement, non seulement une question de santé. Des observateurs ont stipulé que les changements personnels constituent une première étape essentielle pour la réussite des initiatives de santé et de nutrition;
- La méthodologie pour mesurer les avantages d'une nutrition améliorée;
- L'applicabilité au Canada d'un organisme législatif indépendant tel que *Food Standards Australia New Zealand* (FSANZ);
- Le concept d'une « alimentation canadienne basée sur le changement climatique ».

RÉFÉRENCES

Agence canadienne d'inspection des aliments. Gouvernement du Canada.

<http://www.inspection.gc.ca/>

AAC et le développement international. Plan d'action du Canada pour la sécurité alimentaire, 1998

AAC. Cadre stratégique pour l'agriculture-Programmes fédéraux, provinciaux et territoriaux-printemps 2005

Agriculture et Agroalimentaire Canada. 2007

Besharov DJ and Bermanis D. *Rethinking WIC: An evaluation of Women, Infants and Children Program*. Washington, DC. AEI Press 2001

Best, A. *System Thinking: A Conceptual Framework For Integrated Food And Health Policy*, 2007

Bitler MP and Currie J. Does WIC work? The effects of WIC on pregnancy and birth outcome. *J of Policy Analysis and Management* 2005; 11:593-92.

Carlsson-Kanyama, A. *Climate Change and Dietary Choice: how can emissions of greenhouse gases from food consumption be reduced?* *Food Policy*, 23, 3, June. 1998.

Cash, Sean B. et al. *Integrating Food Policy with Health and Wellness Concerns: An Analytical Literature Review of the Issues Affecting Government, Industry and Civil Society*, Rapport préparé pour AAC, Bureau de la chaîne de valeur des aliments, 2004 (pp 119 – 121).

Commission on Environmental Health. *Environment for Sustainable Health Development – an Action Plan for Sweden*. Stockholm: Ministry of Health and Social Affairs. Swedish Official Reports Series. 1996 (p. 124).

Curtis, L.J. and W.J. McMinn. *Health Care Utilization in Canada: 25 Years of Evidence*, SEDAP Research Paper 190, May 2007

Devaney B, Bilheimer L and Schore J. *Medicaid costs and birth outcomes: The effects of prenatal WIC participation and the use of prenatal care*. *J of Policy Analysis and Management* 1992; 11:593-92.

Diététistes du Canada. *Community Food Security: Position of Dietitians of Canada*, 2007

Dubois, L. *Food Safety Issues*, Technical Report, 2007.

El-Sohemy, Ahmed. *Nutrigenomics: Reducing Chronic Diseases in Canada by Linking Genomics with Nutrition*, Technical Report, 2007.

EU. Proposal for a Decision of the European Parliament and of the Council Adopting a Programme of Community Action in the Field of Public Health (2001-2006). Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. Brussels, COM. 2000. (285 final, May 16).

EU. Green Paper on *Promoting healthy diets and physical activity: a European dimension for the prevention of overweight, obesity and chronic diseases* (December) 2005.

EU. White Paper from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on: *A Strategy for Europe on Nutrition, Overweight and Obesity related health issues* (May). 2007

FAO, 1996.

Heart and Stroke Foundation of Canada [Fondation des maladies du cœur]. Incidence of Cardiovascular Disease.

<http://www.heartandstroke.ca/Page.asp?PageID=110&ArticleID=1077&Src=news>

Heart and Stroke Foundation of Canada [Fondation des maladies du cœur]. *The Changing Face of Heart Disease and Stroke in Canada 2000*

http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=reports_heartdisease_e [ISBN 1-896242-28-6]

Heasman, M. *Short Food Supply Chains*, Technical Report, 2007.

Helsing, E. *Trends in fat consumption in Europe and their influence on the Mediterranean diet*. European Journal of Clinical Nutrition, 47, Suppl. 1, S4-S12. 1993.

Helsing, E. *Norwegian Nutrition Policy in 1987: what works and why?* Report from a research seminar, Vetre, Norway April 27-28. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 1987.

Henson, S., et al. *Review of Integrated Food Policy*. Technical Report, 2007.

Institut canadien des politiques agroalimentaire (ICPA). *Aller de l'avant vers la nouvelle vision au moyen d'actions*, février 2007.

Lalonde, Marc. *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens* (rapport Lalonde). 1974

McAmmond D, et al (2000). *Food and nutrition surveillance in Canada: An environmental scan*. Prepared under contract for Health Canada.

McDonald, B., and L. Dubois and B. Sonntag. *Evolution of Dietary Fat Policies and Programs in Canada: Agri-food and health Policies – 1985 – present*. Technical Report, 2007.

Meyer-Ploeger, A. Grundsatzpapier Ernährungspolitik (*White Paper Nutrition Policy*). Published by: Wissenschaftlicher Beirat für Verbraucher- und Ernährungspolitik beim BMVEL (*Scientific Committee on Consumer and Nutrition Policy of the German Federal Ministry of Nutrition, Agriculture and Consumer Protection*). 2005.

National Nutrition Council. *The Norwegian Diet and Nutrition and Food Policy*. Oslo: National Nutrition Council. 1994.

National Nutrition Council. *Nutrition Policy in Finland*. Country paper prepared for the FAO/WHO International Conference on Nutrition. Rome. 1992.

Norum, K. *Some Aspects of Norwegian nutrition and food policy* in Shetty, P. and K. McPherson, Eds *Diet, Nutrition and Chronic Disease: Lessons from contrasting worlds*. Chichester: J. Wiley and Sons (p. 198).

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). *Food Policy*, Paris, 1981.

Pietinen, P. *Trends in Nutrition and its consequences in Europe: The Finnish Experience*, in Pietinen, P. and C. Nishida and N. Khaltayev eds *Nutrition and Quality of Life: Health Issues for the 21st century*. Geneva: World Health Organisation (p. 67-71). 1996.

RNMA. *On Norwegian nutrition and food policy*, Report no. 32 to the Storting. Oslo: Royal Norwegian Ministry of Agriculture. 1975.
Statistics Canada. *Food Expenditure Survey*, 2003

Santé Canada. Gouvernement du Canada. http://www.hc-sc.gc.ca/index_e.html

Santé Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes cycle 2.2, Nutrition (2004) Sécurité alimentaire liée au revenu dans les ménages canadiens*

Swedish Environmental Protection Agency. *A Sustainable Food Supply Chain: a Swedish Case study*. Stockholm: SEPA. Report 4966. 1999.

The Scottish Executive. *Hungry for Success: A Whole School Approach to School Meals in Scotland*. Edinburgh: the Stationary Office. 2003.

Tyrchniewicz, E.W. *Assessing Progress: APF Review Panel Policy Report - Overview and Conclusions and Recommendations*, May 2006.

Tyrchniewicz, E.W. and Allen Tyrchniewicz. *Vision and Strategic Direction Options for the Canadian Agricultural Sector*, Report prepared for CAPI, October 2005.

Vail, D. *Sweden's 1990 Food Policy Reform* in McMichael, P. ed. *The Global Restructuring of Agro-Food Systems*. Ithaca: Cornell University Press. 1994 (p. 66).

von Weizacher, E. and A.B. Lovins and L.H. Lovins. *Factor Four: doubling wealth, halving resource use*. London: Earthscan. 1997.

Yada, R. and D.Herath, S. Henson and J. Cranfield. *Functional foods and Nutraceuticals: Linking Agriculture to Public Health*, Technical Report, 2007.

ANNEXE A ANTÉCÉDENTS DE L'ÉQUIPE DE PROJET

DIRECTEUR DE PROJET

Ed Tyrchniewicz, Vice-doyen et professeur, I.H. Asper School of Business, Université du Manitoba

Après avoir obtenu un Ph.D. à l'Université Purdue, D^r Tyrchniewicz s'est joint au Département d'économie agricole de l'Université du Manitoba en 1967. Il a été directeur de ce département de 1977 à 1984 alors qu'il est devenu le directeur du *Transport Institute*. Il a occupé ce poste jusqu'en 1988 pour ensuite devenir doyen de la Faculté d'agriculture et de foresterie à l'Université de l'Alberta – un poste qu'il a occupé jusqu'en 1996. D'autres postes détenus par le D^r Tyrchniewicz incluent *Fellow* principal à l'*International Institute for Sustainable Development* (1996-1999), directeur exécutif-fondateur du *Manitoba Rural Adaptation Council* (1997) et professeur adjoint (Économie agricole) à l'Université du Manitoba de 1998 à 2004 et président du *Agricultural Policy Framework Review Panel* (2005-2006). Il s'est joint à *Asper School of Business* en 2003 où il occupe actuellement le poste de doyen associé. Il est également impliqué comme conseiller en services publics et consultant dans les domaines de la politique agricole, la gestion des ressources naturelles et la gestion organisationnelle et le renforcement des capacités.

CONSEILLER PRINCIPALE EN MATIÈRE DE SANTÉ

Bruce McDonald, Professeur émérite et chercheur principal, Département des sciences des aliments et de la nutrition humaine, Université du Manitoba

Après avoir terminé ses études à l'Université de l'Alberta, D^r McDonald a obtenu son Ph.D. en nutrition et en biochimie de l'Université du Wisconsin (É-U). Sa carrière comprend des postes de professeur adjoint au Département des sciences animales de l'Université McGill, professeur agrégé et professeur au Département des sciences de la nutrition humaine de l'Université du Manitoba, doyen de la Faculté d'écologie humaine de l'Université du Manitoba et directeur exécutif du Conseil de recherche en santé du Manitoba. La liste de ses activités professionnelles comprend la participation à de nombreux conseils et comités en santé et en nutrition incluant le Comité scientifique et technique du *Flax Council of Canada [Conseil canadien du lin]*, membre du *Functional Foods and Nutraceutical Advisory Board* de Medi-Tech, Inc., membre du Comité expert sur les matières grasses, huiles et autres lipides d'Agriculture et Agroalimentaire Canada, membre du Comité scientifique et technique du Conseil canadien du canola et membre du Conseil d'administration de l'Institut national de la nutrition.

CHERCHEURS

Allan Best, Professeur clinicien, Université de la Colombie-Britannique, Département de *Health Care and Epidemiology* et à l'*Institute of Health Promotion Research*, scientifique principal, *Centre for Clinical Epidemiology and Evaluation*, du *Vancouver Coastal Health Research Institute*

D^r Best a obtenu son Ph.D. en psychologie clinique de l'Université de Waterloo. Ses activités de recherche, de consultation et académiques lui ont mérité une réputation de chef de file mondial en promotion de la santé et en santé organisationnelle. Comme ancien président de l'Association canadienne pour la recherche sur les services et les politiques de la santé, il a aussi été le président fondateur du Département des sciences de la santé de l'Université de Waterloo, le premier département interdisciplinaire au monde intégrant les sciences biologiques et comportementales pour étudier la promotion de la santé. D^r Best a été élu *Fellow* par cinq associations professionnelles pour sa contribution exceptionnelle à la recherche et, en 1996, il a obtenu le prix O. Harold Warwich décerné par l'Institut national canadien du cancer pour ses contributions exceptionnelles à la lutte contre le cancer.

Lise Dubois, Professeure agrégée, Département d'épidémiologie et de médecine sociale, Université d'Ottawa

Une diététiste professionnelle avec un Ph.D. en sociologie de la santé, D^{re} Dubois possède une vaste expérience dans les domaines de la nutrition, de la santé de la population, des inégalités sociales, du développement des enfants, de l'obésité et des politiques alimentaires. Elle est actuellement titulaire de la Chaire de recherche du Canada en nutrition et en santé de la population. D^{re} Dubois a été chercheuse principale sur plusieurs projets de recherche et conseillère experte pour de nombreux conseils d'administration et comités incluant la Fondation des maladies du cœur du Canada et les Instituts de recherche en santé du Canada. D^{re} Dubois a aussi publié plusieurs articles scientifiques, monographies, livres et chapitres de livres.

Michael Heasman, Chercheur et communicateur, auteur de *Food for Good Fellow*, honoraire invité, Département de *Management and Food Policy*, City University, Londres, Royaume-Uni

D^r Heasman est un chercheur, auteur et communicateur interdisciplinaire qui se spécialise dans les domaines de l'alimentation et de la santé, de la responsabilité sociale corporative ainsi que des tendances de durabilité qui touchent les entreprises alimentaires dans la société. Il a obtenu un Ph.D. de la *Food Policy Research Unit* [Unité de recherche en politique alimentaire] de l'Université de Bradford. Il a détenu plusieurs postes de recherche académique incluant le poste d'adjoint à la recherche dans l'Unité de recherche en politique alimentaire de l'Université de Bradford et au *Department of Economics* du *School of Oriental and African Studies* de l'Université de London. Il a aussi été *Fellow* de recherche dans le *Food and Economics Group* de l'Université de Reading et *Fellow* principal de recherche au *Centre for Food Policy* de l'Université Thames Valley. Plus récemment, il a été professeur adjoint à la recherche en politique alimentaire au Département d'économie rurale de l'Université de l'Alberta.

Spencer Henson, Professeur, Département de l'économie alimentaire, agricole et des ressources Université de Guelph

D^r Henson a obtenu son Ph.D. en économie des aliments de l'Université de Reading (RU); ses intérêts principaux sont l'économie de la salubrité et la qualité des aliments et la santé. Il est actuellement professeur au Département de l'économie alimentaire, agricole et des ressources à l'Université de Guelph. Les domaines de recherche du D^r Henson se concentrent sur divers

secteurs dont l'acceptation des aliments fonctionnels par les consommateurs, la compréhension et la gestion des préoccupations des consommateurs en ce qui concerne les nouvelles technologies alimentaires et la compréhension de l'impact de la réglementation sur les innovations alimentaires de pointe.

Bernard Sonntag, Agronome professionnel, directeur chez Sonntag Agricultural Services

Élevé sur une exploitation agricole mixte dans le nord-ouest de la Saskatchewan, D^r Sonntag possède une expérience pratique de l'agriculture et de la production des aliments. Au cours de sa carrière de 37 ans dans la fonction publique, D^r Sonntag a occupé divers postes dont économiste à Agriculture et Agroalimentaire Canada (AAC) au Centre de recherches de Lethbridge, directeur des Centres de recherche d'AAC à Brandon, à Swift Current et à Lethbridge; il a été directeur général de l'Administration du rétablissement agricole des Prairies (ARAP). D^r Sonntag a de plus participé à plusieurs études, comités et initiatives de recherche dont l'étude effectuée par le Conseil de recherches agroalimentaires du Canada portant sur les priorités de la recherche agricole et le *Sustainable Agriculture Working Group* et le *Agriculture and Rural Development Task Force* du CCICED (China Council for International Cooperation on Environment and Development).

Rickey Yada, Professeur, Chaire de recherches en structure des protéines alimentaires de l'Université de Guelph et directeur scientifique, Réseau des aliments et des matériaux d'avant-garde

Le D^r Yada a obtenu un doctorat du Département des sciences alimentaires de l'Université de la Colombie-Britannique en 1984. Il est membre de la faculté de l'Université Guelph depuis ce temps. Il a occupé le poste de président du Département des sciences alimentaires ainsi que celui de vice-président adjoint – recherche, programmes agroalimentaires. Il est actuellement professeur au Département des sciences alimentaires et président de la Chaire de recherches en structure des protéines alimentaires. De plus, il est directeur scientifique du Réseau des aliments et des matériaux d'avant-garde qui fait partie du Programme des Réseaux de centres d'excellence du Canada. Son principal domaine d'intérêt porte sur les relations structure/fonction des protéines associées aux aliments et le métabolisme des glucides et leur relation avec la qualité des procédés. D^r Yada a fait partie de nombreux comités et panels de bourses de recherche du Conseil de recherche en sciences naturelles et en génie du Canada (CRSNG) et il a été membre de divers comités de la Fondation de canadienne pour l'innovation. Il a été membre du groupe d'experts de la Société royale du Canada sur l'avenir de la technologie alimentaire.

RÉDACTEUR TECHNIQUE

David Wylanko, éditeur/rédacteur technique, West Hawk Associates [www.westhawk.com].

David est un consultant de West Hawk Associates, une firme de communication lauréate qui offre un ensemble de services de communication : la rédaction, l'édition, la conception, la gestion de projet, la traduction et la mise en place de stratégie de communication. West Hawk Associates produit une grande variété de publications pour le gouvernement et d'entreprises clientes au Canada et à l'étranger. Par avant, David a travaillé comme journaliste pour des

journaux et des magazines canadiens, incluant le Ottawa Citizen, le Ottawa Sun et le Canadian Geographic. Il a également travaillé comme conseiller-maison sur les communications intégrées. David détient un baccalauréat en journalisme de l'Université de Carleton et une maîtrise ès arts de l'Université Queen's; il est membre de l'Association canadienne des rédacteurs-réviseurs.

ANNEXE B Matrice ICPA pour l'agriculture et la santé

Le cadre de travail

| | Production | Transformation | Distribution | Consommation |
|--|------------|----------------|--------------|--------------|
| Protection de la santé | | | | |
| Promotion de la santé | | | | |
| Accès/ obstacles à une alimentation saine | | | | |

Pour les besoins de ce cadre de travail, les définitions suivantes seront utilisées :

Agroalimentaire (Pour les besoins de ce cadre de travail, les aliments « produits à la ferme » sont inclus au même titre que les aliments produits de manière traditionnelle et les aliments transformés ainsi que les aliments biologiques).

Production : Les activités agronomiques et biologiques impliquées dans l'utilisation de ressources, telles que la terre, l'eau, les fertilisants, les produits de base, les produits chimiques, etc., qui donnent des produits agricoles non transformés, p. ex. blé, bétail, légumes, etc.

Transformation : Les activités impliquées dans « l'ajout de valeur » à des produits agricoles bruts en les transformant en des « aliments » pour consommation humaine; cela peut être aussi simple que classer et laver les pommes de terre ou des activités plus complexes, telles qu'abattre le bétail, couper les carcasses et emballer le bœuf selon des directives strictes en matière de santé.

Distribution : Les activités impliquées dans l'entreposage et le transport des aliments sous leur forme finale des fabricants aux points de vente au détail, aux institutions et aux restaurants.

Consommation : La préparation et la prise d'un repas à la maison, dans les institutions et les restaurants.

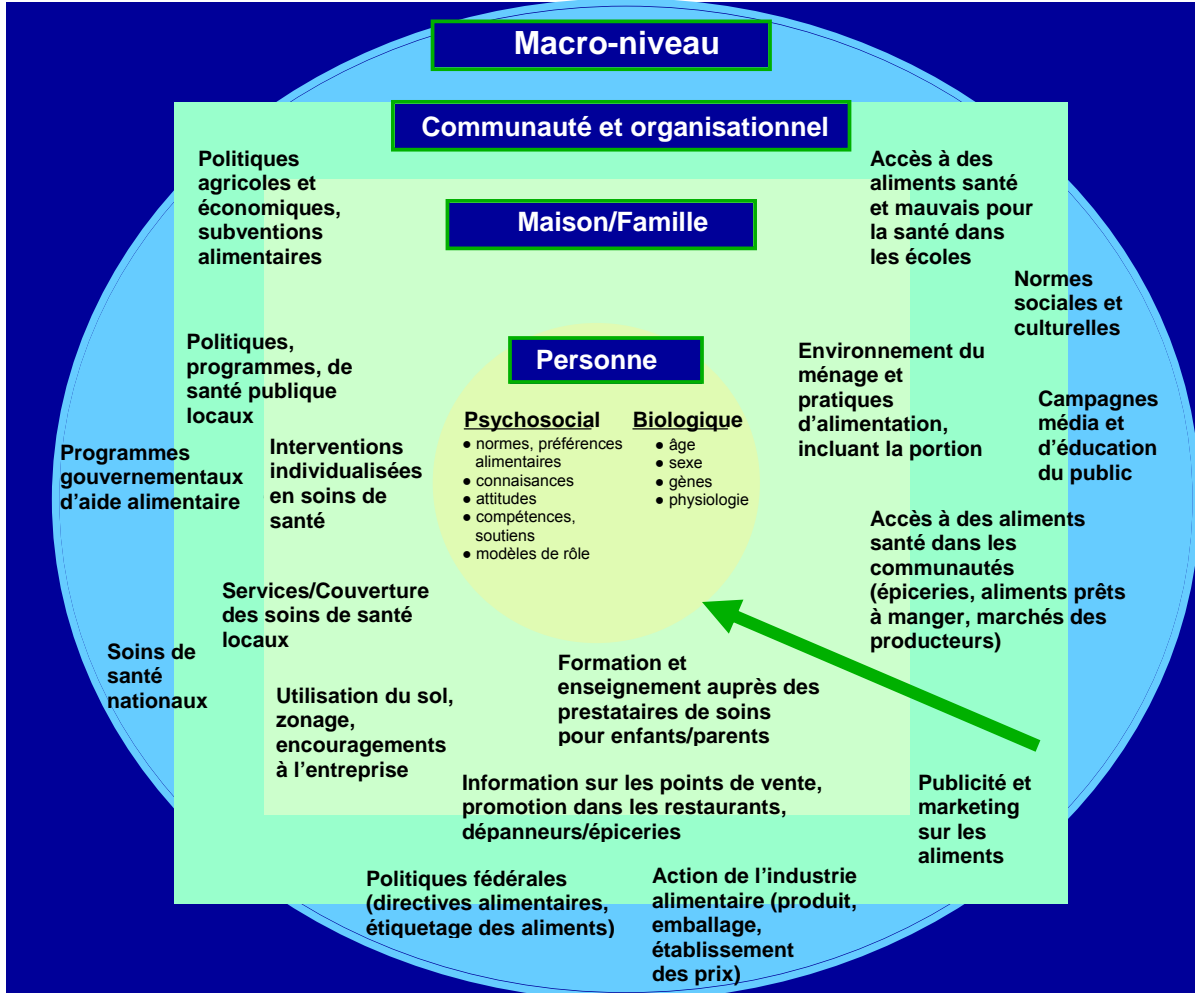
Santé

La Protection de la santé réfère aux mesures qui aident les familles et les communautés canadiennes à vivre une vie plus sécuritaire et plus saine en s'assurant que les produits utilisés par les Canadiens sont salubres
(Les initiatives de prévention des maladies seront également incluses ici)

La Promotion de la santé réfère au processus visant à permettre aux personnes d'augmenter le contrôle sur leur santé et de l'améliorer. (Les initiatives publiques et privées pour promouvoir une alimentation saine seront considérées ici)

L'accès/les obstacles à une alimentation saine concernent les milieux de vie et de travail qui affectent la santé des personnes, les conditions qui permettent aux personnes de faire des choix santé et les soutiennent dans leurs choix. Les questions pertinentes pourraient comprendre les environnements social et physique, le revenu et le statut social, les conditions d'emploi et de travail, l'éducation, le sexe et la culture. (Les initiatives pour soutenir la qualité de la vie seront également incluses ici)

ANNEXE C Cadre de travail de l'écologie sociale de la Fondation pour une stratégie alimentaire⁵⁵



⁵⁵ Best, 2007