



## LES GRAS SATURÉS, LES MALADIES DU CŒUR ET L'AVC

### LES FAITS

- Les maladies du cœur et l'AVC font partie des principales causes de mortalité au Canada : ils sont responsables de 27,3 % de tous les décès<sup>1</sup>.
  - Jusqu'à 80 % des maladies du cœur et des AVC précoces peuvent être évités en adoptant un mode de vie sain, y compris une saine alimentation<sup>2</sup>.
  - Une alimentation saine et équilibrée est composée d'une variété de légumes et fruits, de grains entiers ainsi que de protéines provenant de diverses sources, y compris les haricots, les lentilles, les noix, les produits laitiers faibles en gras et leurs substituts (p. ex., boisson de soja enrichie), les viandes maigres, la volaille et le poisson. Elle est exempte d'aliments transformés, de friandises, de boissons sucrées, de viandes transformées et de grignotines.
  - Les gras et les huiles alimentaires procurent de l'énergie au corps ainsi que des matières grasses essentielles pour la prévention des carences nutritionnelles. De plus, ils permettent au corps d'absorber des vitamines liposolubles, soient les vitamines A, D, E et K. Notons également qu'une saine alimentation doit aussi fournir des gras (lipides) afin d'assurer le bon fonctionnement du corps<sup>3</sup>.
  - Les lipides sont subdivisés en différentes catégories : les gras mono et polyinsaturés, les gras saturés et les gras trans. Le type de lipide consommé a davantage d'incidence sur la santé que la quantité totale de lipides consommée.
  - Les gras saturés (que l'on appelle aussi acides gras saturés ou lipides saturés) sont présents naturellement dans les produits d'origine animale, tels que les viandes, les œufs et les produits laitiers, ainsi que dans certaines huiles végétales, comme les huiles de noix de coco, de palme et de palmiste. Ce type de lipide peut également être utilisé dans la production de produits de pâtisserie et de boulangerie, ainsi que de produits alimentaires frits et transformés.
  - Les gras saturés sont associés à une augmentation du taux de cholestérol LDL dans le sang. Un taux élevé de cholestérol LDL constitue un facteur de risque important de maladies du cœur et d'AVC. Quand les gras saturés sont remplacés par des gras mono et poly-insaturés, le cholestérol LDL diminue<sup>4-6</sup>.
- Il existe plusieurs types d'acides gras saturés alimentaires, tels que les acides laurique, myristique, palmitique et stéarique. De nouvelles données probantes laissent entendre que les répercussions des gras saturés sur la santé pourraient varier en fonction de la source alimentaire dont ils proviennent<sup>7</sup>.
  - On estime qu'environ 10 % de l'apport calorique total des Canadiens et Canadiennes provient des gras saturés<sup>8</sup>. Les aliments transformés sont une source importante de gras saturés dans le régime alimentaire au pays<sup>9</sup>. Ils ont également une teneur élevée en calories, en sodium et en sucres libres\*, et on y retrouve parfois une forte teneur en autres gras malsains, y compris les gras trans (ou acides gras trans).
  - De 1938 à 2011, les habitudes alimentaires de la population canadienne ont considérablement changé. Pendant ce laps de temps, la part de dépenses des ménages en aliments naturels, entiers ou très peu transformés est passée de 34,3 % à 25,6 %, tandis que les dépenses en produits transformés sont passées de 28,7 % à 61,7 %<sup>9</sup>.
  - Plusieurs organismes nationaux et internationaux, y compris le Ministère de l'Agriculture des États-Unis (USDA), le Department of Health and Human Services (HHS)<sup>10</sup>, l'American Heart Association<sup>11</sup>, l'Organisation mondiale de la Santé<sup>2</sup>, et l'European Society of Cardiology<sup>12</sup>, ont publié des recommandations alimentaires au sujet des gras saturés. Bien que les seuils d'apports recommandés varient entre les différents organismes, les lignes directrices de ceux-ci encouragent toutes un régime alimentaire à faible teneur en gras saturés et à plus forte teneur en gras mono et polyinsaturés.



\* La catégorie des sucres libres est définie par la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC comme englobant tous les sucres qui sont ajoutés dans les aliments par le fabricant, le cuisinier ou le consommateur, ainsi que ceux présents naturellement dans le miel, les sirops et les jus de fruits.



## RECOMMANDATIONS

La nutrition est une science en constante évolution qui apporte de nouveaux éléments de preuve en permanence. Il est de plus en plus évident que ce qui a le plus d'impact sur la santé est la qualité générale de l'alimentation, en plus des types et de la quantité des produits consommés. Les recommandations suivantes ne précisent ni de seuil ni de limite pour les gras saturés, mais mettent plutôt l'accent sur une alimentation équilibrée qui peut aider la population à réduire sa consommation de gras saturés.

La Fondation des maladies du cœur et de l'AVC émet donc les recommandations suivantes :

## À LA POPULATION

1. Adopter une alimentation saine et équilibrée.
  - Consommer une variété d'aliments naturels, entiers ou très peu transformés à tous les repas.
  - Consommer davantage de légumes et fruits. Remplir la moitié de son assiette de légumes et fruits à chaque repas. Acheter des fruits frais ou congelés et sans sucres ajoutés, ou encore des fruits en conserve dans l'eau, sans sucres libre ni édulcorants artificiels. Acheter des légumes frais ou congelés nature, ou alors des légumes en conserve sans sel ajouté.
  - Consommer des grains entiers.
  - Inclure, dans son régime alimentaire, une variété de protéines provenant de diverses sources, y compris les haricots, les lentilles, les légumineuses, les noix, les produits laitiers faibles en gras et leurs substituts (sans sucres libre, ni édulcorants artificiels), les viandes maigres, la volaille et le poisson.
  - Réduire sa consommation d'aliments transformés, y compris les aliments hautement raffinés (transformés), les friandises, les boissons sucrées, les viandes transformées et les grignotines.
  - Choisir des aliments sains comme collation. Chaque collation devrait comprendre des aliments d'au moins deux groupes alimentaires et au moins une ou deux portions de légumes ou de fruits.
  - Boire de l'eau pour se désaltérer. Éviter de consommer des boissons sucrées, comme les boissons gazeuses, les boissons pour sportifs, les boissons aux fruits, les jus de fruits purs à 100 % et les cafés et thés sucrés prêts à boire.

- Se familiariser avec la grosseur des portions recommandées et opter pour ces dernières lors de repas et collations. Comprendre ce que représente une portion et opter pour des portions saines lors des repas et des collations. Consulter le site [fmcoeur.ca](http://fmcoeur.ca) pour en apprendre davantage.
2. Préparer des repas à la maison en utilisant des aliments naturels, entiers ou très peu transformés.
    - Développer et faire partager ses compétences culinaires.
    - Acheter les produits dans des magasins et des marchés qui offrent une multitude d'aliments naturels, entiers ou à peine transformés. Éviter ceux qui vendent principalement des produits transformés, surtout s'il est impossible d'y obtenir l'information nutritionnelle nécessaire pour faire des choix sains.
    - Réduire les quantités de sucre, de sel et de gras solide utilisés pendant la préparation des aliments et dans les recettes.
    - Lors d'un repas à l'extérieur de la maison, choisir un restaurant qui offre des plats fraîchement préparés avec des aliments naturels, entiers ou à peine transformés, et qui donne de l'information nutritionnelle pour permettre de faire des choix sains.
  3. Encourager et promouvoir l'adoption de politiques alimentaires favorisant l'établissement d'un milieu sain aux endroits où nous vivons, travaillons et nous rassemblons, y compris les écoles, les milieux de travail, les milieux sportifs, les établissements religieux et les centres communautaires.

## AU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL

1. Mener une enquête nationale sur l'alimentation tous les trois à cinq ans afin de recueillir de l'information nutritionnelle sur les différents groupes de population au Canada. Utiliser des tableaux de composition nutritionnelle des aliments qui sont fiables et actuels afin de soutenir l'élaboration de lignes directrices et de programmes nationaux sur l'alimentation et d'évaluer leur impact, ainsi que la surveillance nutritionnelle.
2. Appuyer l'organisation de campagnes de marketing social financées et évaluées afin de sensibiliser les gens à l'importance d'une saine alimentation.
3. Lancer un programme obligatoire d'information sur l'étiquetage nutritionnel au point de vente des produits alimentaires vendus au détail afin d'aider les gens à faire des choix sains.



4. Mettre à jour le *Guide alimentaire canadien* afin de mettre davantage l'accent sur l'importance de prendre des repas préparés avec des aliments naturels, entiers ou très peu transformés, et de réduire la consommation d'aliments transformés. Éduquer la population au sujet de l'importance de consommer des aliments naturels, entiers ou très peu transformés (et surtout des légumes et fruits).
5. Enrichir les connaissances nutritionnelles de la population en mettant en œuvre des programmes visant à améliorer les connaissances et les compétences nécessaires pour la prise de décisions éclairées en matière d'alimentation et de préparation de repas nutritifs.
6. Élaborer des politiques et des subventions agricoles pour inciter à la production et à la distribution d'aliments sains (et surtout de légumes et fruits) afin de rendre ceux-ci plus accessibles et plus abordables.
7. Offrir du soutien financier à la recherche et à l'élaboration de politiques publiques en vue d'encourager la croissance des initiatives locales d'approvisionnement en aliments et d'améliorer les réseaux de distribution des aliments qui facilitent l'accès aux aliments sains. Ce point revêt une importance particulière pour les Premières Nations, les Inuits, les Métis ainsi que les gens vivant dans des collectivités nordiques, éloignées ou rurales.
8. Interdire la commercialisation de tous les aliments et boissons auprès des enfants.

## AUX GOUVERNEMENTS PROVINCIAUX ET TERRITORIAUX

1. S'assurer que les établissements de restauration et les restaurants permettent à leurs clients d'obtenir facilement de l'information nutritionnelle fiable sur les produits qu'ils vendent. Plus précisément :
  - Les sucres libres, le sodium, les gras trans, les gras saturés et les calories doivent être mentionnés sur les menus apportés aux tables des restaurants.
  - Le sodium et les calories doivent apparaître sur les panneaux de menu des établissements de restauration.
2. Interdire la commercialisation de tous les aliments et boissons auprès des enfants.
3. Enrichir les connaissances nutritionnelles de la population en mettant en œuvre des programmes visant à améliorer les connaissances et les compétences nécessaires pour la prise de décisions éclairées en matière d'alimentation et de préparation de repas nutritifs.
4. Appuyer des programmes et des initiatives communautaires susceptibles d'améliorer l'accès aux aliments sains, notamment les jardins et cuisines communautaires, les réseaux locaux de distribution d'aliments, l'agriculture soutenue par la communauté et les programmes de repas à l'école.
5. Élaborer, mettre en œuvre et surveiller des politiques alimentaires scolaires qui facilitent l'accès à des aliments et boissons sains abordables tout en restreignant l'accès aux choix malsains. Par exemple :
  - Mettre en œuvre des normes régissant les aliments et boissons fournis dans les locaux des écoles, y compris les cafétérias et les machines distributrices, de manière à réduire la quantité d'aliments transformés et à augmenter les choix sains. Veiller au respect desdites normes.
  - Conseiller les parents et les élèves au sujet des possibilités de boîtes à lunch et de collations saines.
  - Faciliter l'accès à des aliments sains (surtout aux légumes et fruits), par exemple en apportant du soutien et en participant à des programmes qui contribuent à la saine alimentation à l'école (comme le programme *De la ferme à l'école* de l'organisme De la ferme à la cafétéria Canada et FoodShare), et en aménageant des jardins communautaires dans les cours d'école.
  - Élaborer des normes qui encouragent la vente de boissons et d'aliments sains, ou qui offrent d'autres choix, lors des activités de collecte de fonds des écoles.





## AUX ADMINISTRATIONS MUNICIPALES, AUX AUTORITÉS RÉGIONALES DE SANTÉ, DANS LES MILIEUX DE TRAVAIL ET AUX COMMISSIONS SCOLAIRES

1. Permettre l'établissement de conseils de politiques alimentaires et de chartes alimentaires favorisant l'élaboration de politiques, de stratégies et de programmes locaux en matière d'accès à des aliments naturels, entiers ou très peu transformés.
2. Promulguer des politiques et des règlements de zonage pour favoriser l'établissement d'épiceries, de marchés agricoles, de jardins et cuisines communautaires, de dépanneurs et d'autres endroits permettant l'accès à des aliments sains et abordables, surtout là où on en retrouve peu, et restreindre l'accès aux établissements de restauration rapide et aux dépanneurs à proximité des écoles.
3. Appuyer des programmes et des initiatives communautaires susceptibles d'améliorer l'accès aux aliments sains, notamment les jardins et cuisines communautaires, les réseaux locaux de distribution d'aliments, l'agriculture soutenue par la communauté, les programmes de repas à l'école et les programmes de repas à la garderie.
4. Enrichir les connaissances nutritionnelles de la population en mettant en œuvre des programmes visant à améliorer les connaissances et les compétences nécessaires pour la prise de décisions éclairées en matière d'alimentation et de préparation de repas avec des aliments naturels, entiers ou très peu transformés.
5. Élaborer, mettre en œuvre et surveiller des politiques alimentaires scolaires qui facilitent l'accès à des aliments et boissons sains abordables tout en restreignant l'accès aux choix malsains. Par exemple :
  - Mettre en œuvre des normes régissant les aliments et boissons fournis dans les locaux des écoles, y compris les cafétérias et les machines distributrices, de manière à réduire la quantité d'aliments transformés et à augmenter les choix sains. Veiller au respect desdites normes.
  - Conseiller les parents et les élèves au sujet des possibilités de boîtes à lunch et de collations saines.
  - Faciliter l'accès aux aliments sains (surtout aux légumes et fruits), par exemple en apportant du soutien et en participant à des programmes qui contribuent à la saine alimentation à l'école (comme le programme *De la ferme à l'école* de l'organisme *De la ferme à la cafétéria* Canada et FoodShare), et en aménageant des jardins communautaires dans les cours d'école.

- Offrir des boissons et aliments sains ou d'autres choix dans le cadre des collectes de fonds scolaires.

## À L'INDUSTRIE ALIMENTAIRE, À L'INDUSTRIE DES BOISSONS, AUX FABRICANTS ET AUX MARCHANDS

1. Cesser le marketing d'aliments et de boissons visant les enfants.
2. Réduire la quantité de gras saturés présents dans les produits alimentaires par l'entremise de différentes approches, y compris :
  - Revoir les aliments transformés de manière à ce qu'ils renferment moins de gras saturés. Ne pas utiliser des gras saturés pour remplacer les gras trans.
  - Réduire la taille des portions des aliments et boissons riches en énergie, mais pauvres en nutriments.
  - Diversifier les produits offerts en élaborant des choix sains à faible teneur en gras trans, en gras saturés, en sucres libres et en sodium.
  - Faciliter l'accès aux légumes et fruits dans les produits pratiques prêts à consommer.
3. Améliorer la valeur nutritive des aliments offerts en milieu scolaire et retirer les aliments transformés des machines distributrices et des cafétérias afin de les remplacer par des produits sains.
4. S'assurer que les étiquettes et l'emballage des aliments respectent des normes élevées et donnent une description juste du contenu.
5. Utiliser toutes les stratégies possibles afin d'appuyer les efforts de santé publique visant à créer des systèmes alimentaires sains, notamment en surveillant les progrès accomplis vers l'établissement d'un système alimentaire sain et en communiquant les données pertinentes aux gouvernements et aux établissements d'évaluation.
6. S'assurer que les aliments et boissons sains sont abordables et accessibles.

## AUX CHERCHEURS

1. Mener des études visant à quantifier les gras saturés présents dans les sources alimentaires de l'approvisionnement canadien et à mesurer la consommation de gras saturés chez les différents groupes d'âge et de population, y compris les minorités et ceux qui ont un risque élevé de maladie cardiovasculaire.





2. Mener des études sur le changement de comportement et les approches fondées sur des politiques ayant pour but de réduire la consommation d'aliments transformés et d'augmenter la consommation de légumes et fruits. Envisager et évaluer des interventions visant à faciliter l'accès à des aliments sains et à améliorer les compétences culinaires.

## AUX PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

1. Éduquer et soutenir les patients et les clients, et fournir à ceux-ci des conseils et des outils de manière à les aider à avoir un régime alimentaire globalement sain ainsi qu'à réduire leur consommation d'aliments transformés.
2. Militer pour l'amélioration de l'approvisionnement alimentaire et pour la priorisation des aliments naturels, entiers et très peu transformés dans le cadre d'une saine alimentation au pays.

## AUX ÉTABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT DU DOMAINE DE LA SANTÉ

1. Éduquer les professionnels de la santé sur les risques que présentent les aliments transformés et leur expliquer comment encourager les patients et clients à faire des choix alimentaires conformes aux comportements alimentaires sains et susceptibles de réduire leur risque de maladie du cœur et d'AVC.

## INFORMATION GÉNÉRALE

### QU'EST-CE QUE SONT LES LIPIDES?

Les lipides (ou gras) et les huiles alimentaires procurent de l'énergie au corps ainsi que des acides gras essentiels pour la prévention des carences nutritionnelles. De plus, ils permettent au corps d'absorber des vitamines liposolubles, y compris les vitamines A, D, E et K. Les lipides sont subdivisés en différentes catégories, tels que les gras mono et polyinsaturés, les gras saturés et les gras trans (ou acides gras trans).

### LES GRAS SATURÉS

Les gras saturés (que l'on appelle aussi acides gras saturés ou lipides saturés) sont présents dans les aliments emballés et transformés; dans les produits d'origine animale, comme les viandes, les œufs, le fromage et le beurre; ainsi que dans certaines huiles végétales, y compris les huiles de noix de coco, de palme et de palmiste<sup>13</sup>.

Les aliments transformés sont une source importante de gras saturés dans le régime alimentaire canadien. Ils ont également une teneur élevée en calories, en sodium et en sucres libres, mais faible en nutriments. La catégorie des aliments transformés englobe les viandes transformées (hamburgers, hot-dogs,

charcuterie); les croustilles; les frites; les biscuits; les friandises; certaines sortes de céréales à déjeuner, de pains et de produits céréaliers; les boissons gazeuses; un grand nombre de collations et de produits emballés; ainsi que plusieurs plats préparés, y compris les pizzas et les accompagnements à base de riz et de pâtes<sup>9</sup>. Aux États-Unis, les principales sources de gras saturés sont les aliments suivants : le fromage ordinaire, la pizza, les desserts à base de grains entiers (comme les gâteaux, les biscuits et les beignes) et les desserts laitiers (comme la crème glacée)<sup>14</sup>.

### LA CONSOMMATION DE GRAS SATURÉS AU CANADA

D'après les résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2004, les adultes canadiens tirent en moyenne 10 % de leur apport total en énergie des gras saturés<sup>8</sup>.

La catégorie des aliments naturels, entiers et très peu transformés englobe les légumes, les fruits et les grains entiers frais, réfrigérés, congelés et emballés sous vide; les noix non salées; les viandes, la volaille et le poisson frais ou congelés; ainsi que les légumineuses et les haricots frais, congelés ou secs. De 1938 à 2011, la part de dépenses des ménages canadiens en aliments de cette catégorie est passée de 34,3 % à 25,6 %. Au cours de cette même période, la part de dépenses des ménages canadiens en aliments transformés est passée de 28,7 % à 61,7 %. Étant donné la baisse des dépenses en aliments naturels, entiers ou très peu transformés et la hausse des dépenses en aliments transformés, on constate que les habitudes alimentaires de la population ont considérablement changé depuis 1938<sup>9</sup>.

Bien que le Canada ne dispose pas de données sur la consommation de gras saturés par les différents groupes de population, des études menées par d'autres pays démontrent que les groupes dont le statut socioéconomique est bas consomment davantage d'aliments transformés et, par conséquent, de gras saturés, ce qui augmente leur risque de maladie cardiovasculaire.

### LES RÉPERCUSSIONS DES GRAS SATURÉS SUR LA SANTÉ

Les travaux de recherche menés pendant plusieurs décennies indiquent sans équivoque que les gras saturés entraînent une hausse du cholestérol LDL (lipoprotéine à basse densité) dans le sang<sup>4,10,11,15</sup>. La recherche démontre également qu'un taux élevé de cholestérol LDL est un facteur de risque de maladie du cœur et d'AVC, et qu'en baissant ce taux, on réduit également la morbidité et la mortalité de cause cardiovasculaire. Toutefois, les études épidémiologiques brossent un tableau contradictoire



de la situation en ce qui a trait à l'association entre les acides gras saturés et les maladies cardiovasculaires (maladies du cœur et AVC)<sup>15-22</sup>. Ainsi, les premières études menées à ce sujet ont fait état d'une association entre les maladies cardiovasculaires et les gras saturés<sup>23,24</sup>, tandis que des études plus récentes n'en ont pas trouvé<sup>18,21</sup>. Ces résultats contradictoires ont récemment fait l'objet de débats scientifiques et soulignent donc que les effets des gras saturés sur la santé sont complexes.

Des études portant sur l'effet de la substitution des gras saturés (d'origine animale) par des huiles d'origine végétale et des tartinades insaturées (gras mono et polyinsaturés) ont conclu que ce changement alimentaire donnait lieu à une amélioration du taux de cholestérol et à une baisse du risque de maladie cardiovasculaire<sup>5,25,26</sup>. La recherche a également indiqué que le changement du type de lipides consommé nous protège davantage quand on le maintient pendant au moins deux ans<sup>25</sup>.

Les recommandations alimentaires visant à réduire l'apport global en lipides ont jadis poussé les gens à remplacer les gras saturés par des glucides. Aujourd'hui, on pense que cette recommandation aurait entraîné une hausse de la consommation de calories et, ainsi, contribué à l'augmentation du taux d'obésité et de syndrome métabolique au sein de la population<sup>19</sup>.

Des études examinant les différents acides gras (les acides laurique, stéarique, myristique et palmitique) ont conclu que chaque acide gras saturé peut avoir une incidence différente sur le taux de cholestérol dans le sang<sup>4,15</sup>. De plus, la source alimentaire dont le gras saturé est dérivé peut avoir diverses répercussions sur le risque de maladie cardiovasculaire<sup>20,22</sup>. D'autres études encore s'avèrent nécessaires afin de déterminer si le risque cardiovasculaire est influencé par les nutriments avec lesquels on remplace les gras saturés (glucides, acides gras mono-insaturés ou acides gras poly-insaturés)<sup>21</sup>, par les types de gras saturés<sup>26</sup> ou par les aliments dont on les tire.

La science de la nutrition est un domaine qui demeure en pleine évolution et les répercussions des gras saturés sur la santé demeurent un grand sujet de débat. Tandis que la science continue d'évoluer, il est essentiel de noter que, dans tous les cas, la qualité globale d'un régime alimentaire (y compris le type, la qualité et la quantité des aliments consommés) a davantage d'incidence sur la santé qu'un nutriment à lui seul, y compris le gras saturé. Par conséquent, un régime alimentaire équilibré riche en légumes, en fruits, en grains entiers, et en protéines de diverses sources (haricots, lentilles, noix, graines, produits laitiers et substituts, viandes maigres, volaille et poisson) réduit le risque de maladies du cœur, d'AVC et d'autres maladies chroniques.

## LES RECOMMANDATIONS ALIMENTAIRES ACTUELLES

Plusieurs organismes nationaux et internationaux, y compris le Ministère de l'Agriculture des États-Unis (USDA), le Department of Health and Human Services (HHS)<sup>10</sup>, l'American Heart Association<sup>11</sup>, l'Organisation mondiale de la Santé<sup>4</sup> et l'European Society of Cardiology<sup>12</sup>, ont publié des recommandations au sujet des gras saturés. Bien que chaque organisation ait choisi un seuil différent pour la consommation de gras saturés, leurs recommandations de base encouragent toutes à opter pour un régime alimentaire pauvre en acides gras saturés et riche en acides gras mono et poly-insaturés tirés de noix, de graines, de poisson et d'huiles végétales liquides.

## LES ANCIENNES RECOMMANDATIONS ALIMENTAIRES

Pendant les années 1980, il était recommandé de réduire la quantité de lipides totaux que l'on consommait en vue de réduire sa consommation de gras saturés. Résultat : bien des gens ont remplacé les lipides par les glucides (et surtout par des glucides raffinés) dans leur régime alimentaire. Il s'agit fort probablement là d'une des causes du taux élevé d'obésité et de syndrome métabolique (découlant d'une hausse de l'apport calorique) que l'on constate de nos jours<sup>19</sup>. De plus, à cette époque, le secteur alimentaire a lancé sur le marché un grand nombre de produits alimentaires transformés dits « faibles en gras ». Malheureusement, ces produits n'étaient pas nécessairement sains pour autant, car pour créer les aliments « faibles en gras », le secteur alimentaire a remplacé les lipides d'origine animale par 1) des huiles mono et poly-insaturées qui, quand elles sont chauffées à des températures élevées, se transforment en huiles partiellement hydrogénées, augmentant ainsi la quantité de gras trans; et 2) des glucides raffinés, y compris les sucres ajoutés. Le secteur alimentaire a également ajouté du sucre et du sodium dans les produits pour en améliorer le goût.

Toujours à la même époque, l'allégation « faible en gras » a vu le jour sur les emballages de produits sous les expressions suivantes : « allégé », « à faible teneur en gras », « faible en gras », etc. De plus en plus de données probantes démontrent que ces allégations sont trompeuses, car souvent, les consommateurs les interprètent comme le signe d'un choix sain<sup>27,28</sup>. Malheureusement, un produit portant une telle mention n'offre pas nécessairement une qualité ou valeur nutritionnelle supérieure à un autre. Ainsi, une étude a constaté que les gens auxquels on proposait des versions « faibles en gras » et « ordinaires » d'un produit alimentaire consommaient en



moyenne près de 30 % plus de la version « faible en gras »<sup>29</sup>. S'ils se laissent guider par les allégations nutritionnelles, les consommateurs risquent de consommer trop souvent des produits qui sont moins sains.

## UNE ALIMENTATION ÉQUILBRÉE

D'importantes données probantes laissent entendre que les régimes alimentaires comportant des aliments transformés (des aliments qui renferment souvent une grande quantité d'acides gras saturés, d'acides gras trans et de sodium, mais peu d'aliments d'origine végétale et de fibres alimentaires) contribuent grandement au développement de l'athérosclérose, à la hausse des facteurs de risque de maladie du cœur et d'AVC, ainsi qu'à l'augmentation du taux de morbidité et de mortalité de cause cardiovasculaire. Au contraire, les régimes alimentaires comportant une grande quantité de légumes et fruits, de grains entiers, de poisson, de légumineuses et de noix, mais peu d'aliments transformés, de grains entiers raffinés et d'aliments et de boissons sucrées, protègent et favorisent grandement la santé<sup>30</sup>.

Différents régimes alimentaires peuvent être sains même si la quantité de lipides, de glucides et de protéines consommés varie de l'un à l'autre. Cela dit, il existe aussi plusieurs caractéristiques communes que l'on retrouve dans tous les régimes sains, notamment une faible consommation d'aliments transformés, une grande quantité de légumes et fruits, ainsi que l'inclusion de plusieurs autres aliments d'origine végétale, y compris les légumineuses, les grains entiers, les noix et les huiles végétales non tropicales. On retrouve également dans un grand nombre de régimes alimentaires sains du poisson, de la volaille, des viandes maigres et des produits laitiers<sup>30</sup>.

Les habitudes alimentaires malsaines (notamment la faible consommation de légumes et fruits) sont l'un des facteurs de risque modifiables des maladies du cœur et de l'AVC; on estime qu'elles sont responsables de jusqu'à 90 % du risque de crise cardiaque<sup>31</sup> et 90 % du risque d'AVC<sup>32</sup>. Des études ont démontré que chaque portion supplémentaire de légumes et fruits par jour donne lieu à une réduction globale de 11 % du risque de maladie du cœur et d'AVC<sup>33,34</sup>. Bien que nous ne sachions pas encore à l'heure actuelle de quelle manière les légumes et fruits réduisent le risque de maladies cardiovasculaires, il n'y a aucun doute que plus une personne consomme de légumes et fruits, plus son risque de maladie du cœur et d'AVC diminue. Il est recommandé à la population de remplir la moitié de son assiette de légumes et fruits, le quart de produits à grains entiers et le dernier quart de viande maigre ou substitut, ainsi que de boire de l'eau et de prendre une portion de lait ou substitut comme accompagnement<sup>35,36</sup>.

## LES INTERVENTIONS DE RÉDUCTION DES GRAS SATURÉS

Les aliments transformés sont une source importante de gras saturés pour le régime alimentaire canadien. Les interventions dont le but est de réduire la consommation d'aliments transformés malsains permettront de réduire l'apport en gras saturés, mais aussi d'augmenter la consommation d'aliments sains. Il a été démontré que les politiques, la réglementation et les lignes directrices touchant au marché alimentaire (y compris l'accessibilité et l'abordabilité des aliments sains) et à la commercialisation des aliments et boissons visant les enfants, ainsi que les politiques informatives (comme les campagnes de sensibilisation et d'éducation du public qui visent à influencer les comportements) ont un effet favorable à l'adoption d'une saine alimentation<sup>37,38</sup>.

### ACCÈS AUX ALIMENTS SAINS

L'emplacement d'une demeure, d'un lieu de travail, d'une école et d'une collectivité a une grande incidence sur la santé. Les politiques alimentaires qui visent à créer un environnement sain permettent aux gens de faire des choix sains à long terme. Les politiques alimentaires scolaires qui améliorent l'accès à des boissons et aliments sains et abordables, tout en restreignant l'accès aux choix malsains, aident les jeunes à développer de saines habitudes de vie à un jeune âge. Les politiques touchant aux normes alimentaires et régissant ce qui est offert à la cafétéria ainsi que dans les machines distributrices contribuent grandement à la saine alimentation. Il existe de telles politiques aux États-Unis, au Royaume-Uni, partout en Europe ainsi qu'au Canada. La recherche a démontré qu'une fois mises en œuvre, ces politiques sont associées à une hausse de la consommation de légumes et fruits, une réduction de l'apport en calories et en lipides, et même, dans certains cas, une perte de poids chez les élèves<sup>38,39</sup>.

Les écoles sont également en mesure de fournir des conseils aux parents et aux élèves en matière de collations et repas sains. Il a été démontré que les programmes scolaires contribuant à la saine alimentation (comme le programme *De la ferme à l'école* de l'organisme De la ferme à la cafétéria Canada et FoodShare) et l'aménagement de jardins communautaires dans les cours d'école permettent de faciliter l'accès aux aliments sains (et particulièrement aux légumes et aux fruits)<sup>40-42</sup>. Une autre manière de restreindre l'offre d'aliments transformés et emballés consiste à vendre des produits sains, ou alors d'offrir d'autres choix dans le cadre des collectes de fonds scolaires.

La promotion et l'adoption de politiques alimentaires saines dans les endroits où nous vivons, travaillons et nous rassemblons, y compris les écoles, les milieux de travail, les



milieux sportifs, les établissements religieux et les centres communautaires, aident les gens à adopter une saine alimentation pendant toute leur vie. La recherche a démontré que la proximité des établissements de restauration rapide et l'accès à des marchés vendant des aliments frais ont une grande incidence sur les habitudes alimentaires et le taux d'obésité<sup>43-47</sup>. Les politiques et les règlements de zonage visant à favoriser l'établissement d'épiceries, de marchés agricoles, de jardins et de cuisines communautaires, de sites agricoles soutenus par la communauté, etc., sont susceptibles d'améliorer l'accès à des produits sains et bon marché, surtout dans les endroits où on en retrouve peu. Les initiatives locales d'approvisionnement alimentaire et l'amélioration des réseaux de distribution d'aliments sont particulièrement importantes pour les Premières Nations, les Inuits, les Métis ainsi que les gens vivant dans des collectivités nordiques, éloignées ou rurales.

## PRIX DES ALIMENTS SAINS

Il est important d'améliorer l'accès à des aliments sains et bon marché pour favoriser la santé. Au Canada, 12,2 % des ménages font face à l'insécurité alimentaire<sup>48</sup>. L'une des manières de s'assurer que les aliments sains (et particulièrement les légumes et fruits) demeurent abordables consiste à créer des politiques et des subventions agricoles pour encourager

leur production et leur distribution. Diverses politiques économiques, y compris la perception d'une taxe sur les aliments riches en gras saturés et la création de subventions pour les aliments faibles en gras saturés (p. ex., légumes et fruits), sont susceptibles de réduire l'apport en gras saturés ainsi que d'augmenter la consommation d'aliments sains. Il est toutefois difficile d'instaurer une taxe directe sur les produits riches en gras saturés, car ce type de lipides se trouve dans plusieurs aliments qui présentent également des bienfaits nutritionnels. Il serait probablement plus judicieux de taxer les aliments considérés comme globalement malsains, comme ceux transformés. La taxation des aliments et boissons malsains afin de modifier les habitudes de consommation a déjà été mise en œuvre dans différentes régions du monde, y compris au Mexique, en Hongrie, en France, en Finlande, en Polynésie française et à Berkeley, en Californie. La nation Navajo, aux États-Unis, est la première administration à avoir à la fois taxé les aliments malsains et baissé le prix des légumes et fruits, tout en subventionnant directement l'établissement de diverses interventions alimentaires, y compris les serres, les installations de transformation et de conservation des aliments, les cours de cuisine, les marchés agricoles et les jardins communautaires. Un examen systématique des interventions de nature économique (taxes et subventions) a conclu que ces mesures parviennent effectivement à améliorer les habitudes alimentaires<sup>49</sup>.

## MARKETING AUPRÈS DES ENFANTS

La commercialisation d'aliments et de boissons auprès des enfants est associée à une consommation d'aliments moins nutritifs et à l'obésité<sup>3,43,50,51</sup>. Effectivement, les aliments moins commercialisés ne présentent souvent que peu ou pas de bienfaits et prennent la place d'autres aliments plus sains dans l'alimentation. La publicité et la commercialisation d'aliments et de boissons influencent certes les choix des consommateurs jeunes et moins jeunes, mais ce sont surtout les enfants qui y sont vulnérables. On estime que l'interdiction du marketing d'aliments et de boissons auprès des enfants est l'approche la plus rentable dans la lutte contre l'obésité infantile<sup>52,53</sup>.

## POLITIQUES DE L'INDUSTRIE ALIMENTAIRE

Les stratégies recommandées à l'industrie alimentaire consistent à revoir les produits pour en réduire la teneur en sucres libres, en sodium et en lipides malsains, ainsi qu'à commercialiser de nouveaux produits pour rendre les aliments et les boissons consommés meilleurs pour la santé. Les entreprises ont également la possibilité de diversifier les produits qu'elles offrent en proposant des choix sains à faible teneur en gras trans, en gras saturés, en sucres libres et en sodium. Il est aussi







recommandé à l'industrie alimentaire d'améliorer l'accès aux aliments naturels, entiers et très peu transformés sous des formes pratiques et prêtes à consommer, ce qui permettrait aux consommateurs d'opter pour des choix sains même quand ils n'ont pas le temps de cuisiner à la maison. Comme l'a démontré le Public Health Responsibility Deal du Royaume-Uni, l'industrie a la possibilité de réduire la taille des portions d'aliments riches en gras et de modifier ses stratégies de commercialisation dans le but d'encourager la consommation d'aliments sains et de décourager la consommation d'aliments transformés<sup>54</sup>.

## ÉDUCATION ET SENSIBILISATION

Il est essentiel d'avoir de bonnes compétences alimentaires et culinaires pour concocter des repas sains. Les gens qui ne possèdent pas les compétences alimentaires et culinaires de base pour la sélection et la préparation des aliments sont plus susceptibles d'opter pour des plats cuisinés et de la restauration rapide. Les compétences alimentaires et culinaires nécessaires pour choisir et préparer des légumes et fruits sont particulièrement importantes. Des études ont démontré que, dans les groupes socioéconomiques les plus bas, les gens qui ont peu confiance et dont les compétences culinaires sont pauvres consomment moins de légumes et fruits<sup>55</sup>.

Les cours de cuisine pratiques sont associés à une hausse de la consommation de légumes et fruits<sup>56-59</sup>. Quand les jeunes participent à la préparation des aliments, ils sont plus enclins à en consommer qui sont riches en nutriments, y compris des légumes et fruits<sup>60</sup>. En préparant les repas à la maison, les gens ont la possibilité de contrôler les ingrédients qui s'y trouvent, y compris la quantité de lipides, de sucre et de sel qui y sont ajoutés. Des études ont démontré que les initiatives visant à améliorer les connaissances et les compétences alimentaires et

culinaires réussissent souvent à améliorer le régime alimentaire et culinaires et les habitudes de cuisine des gens<sup>61</sup>.

L'étiquetage nutritionnel des aliments emballés, y compris en ce qui a trait aux gras saturés, est une étape essentielle de l'éducation de la population. L'industrie alimentaire, l'industrie des boissons et les marchands d'aliments doivent s'assurer que les étiquettes, les emballages et les allégations sur la santé respectent des normes élevées et décrivent de façon juste et honnête ce que contiennent les produits. Trop souvent, les consommateurs se retrouvent face à des allégations contradictoires ou trompeuses, comme celle des produits « sans gras ». Les consommateurs doivent prendre garde à de telles allégations : la présence de ces messages ne garantit aucunement que l'aliment est bon pour la santé, car l'élément néfaste pourrait avoir été remplacé par d'autres ingrédients tout aussi mauvais (p. ex., éliminer ou réduire les gras trans et les gras saturés, mais augmenter les sucres libres et le sodium).

Si l'on parvient à s'assurer que l'information nutritionnelle est facile d'accès dans les restaurants et les établissements de restauration, il sera possible de mieux informer les consommateurs de la valeur nutritive de ce qu'ils consomment. En 2015, un examen des engagements découlant du Public Health Responsibility Deal du Royaume-Uni a permis de passer en revue plusieurs mesures de réduction des gras saturés. Des interventions menées dans différents établissements de restauration ont révélé que l'offre d'information et de choix sains au point de vente a une incidence sur les décisions d'achat et réduit l'apport en gras saturés<sup>54</sup>. Le fait d'afficher la quantité de sodium et de calories que l'on retrouve dans les aliments sur les panneaux de menu, ainsi que les sucres libres, le sodium, les gras trans, les gras saturés et les calories sur les menus de table des restaurants aide le consommateur à comprendre ce qu'il mange et à faire des choix alimentaires sains.



## CONCLUSIONS

La science de la nutrition est un domaine en pleine évolution, et les gras saturés demeurent un grand sujet de discussion. La recherche sur les gras saturés continue de démontrer que ce type de gras est lié à une augmentation du taux de cholestérol LDL. Cela dit, de nouvelles données probantes démontrent également que les répercussions des gras saturés sur la santé pourraient varier en fonction de la source dont ils sont tirés<sup>7,22</sup>. La couverture médiatique des débats scientifiques sur les gras saturés est une source de confusion tant pour le grand public que pour les dispensateurs de soins de santé. Tandis que le dialogue se poursuit, il est essentiel de noter que, dans tous les cas, la qualité globale d'un régime alimentaire (y compris le type, la qualité et la quantité des aliments consommés) a davantage d'incidence sur la santé qu'un nutriment à lui seul, comme les gras saturés.

Les aliments transformés sont une source importante de gras saturés pour le régime alimentaire canadien. Ils sont également souvent riches en gras trans, en sodium et en sucres libres. Au contraire, un régime alimentaire équilibré riche en légumes, en fruits, en grains entiers, et en protéines de diverses sources (haricots, lentilles, noix, graines, produits laitiers et substituts,

viandes maigres, volaille et poisson) réduit le risque de maladie du cœur, d'AVC et d'autres maladies chroniques. Plutôt que de chercher à adopter un régime alimentaire faible en gras, les gens doivent viser un régime alimentaire sain et équilibré; éviter les aliments transformés, les boissons sucrées et la restauration rapide; consommer beaucoup de légumes et fruits; et cuisiner à la maison à l'aide d'ingrédients naturels, entiers ou très peu transformés.

Les données probantes démontrent que les interventions fondées sur des politiques visant à créer un environnement favorable à des choix sains sont la solution la plus rentable pour améliorer l'alimentation, notamment en limitant la consommation d'aliments transformés et en augmentant la consommation de légumes et fruits, car ces approches sont axées sur la population, ont un impact inégalé sur le changement de comportement et ne demandent que peu de ressources. En plus de ces interventions, il est essentiel de déployer des initiatives de promotion et d'éducation à la santé afin de sensibiliser les gens et apprendre à ceux-ci ce qu'ils doivent savoir sur les modes de vie sains. En fin de compte, ces multiples initiatives pour améliorer l'alimentation feront du choix sain le choix le plus facile pour la population.

## RÉFÉRENCES

1. Statistique Canada. Tableau 102-0529 - Décès, selon la cause, Chapitre IX : maladies de l'appareil circulatoire (I00 à I99), le groupe d'âge et le sexe, Canada, annuel (nombre), CANSIM (base de données). Publié le 28 janvier 2014. <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?id=1020529&pattern=102-0521..102-0538&p2=31&p1=-1&retrLang=fra&tqabMode=dataTable&srchLang=-1&lang=fra>
2. Organisation mondiale de la Santé. Preventing chronic disease: a priority for global health: A World Health Organization Global Report. Genève 2005.
3. Institute of Medicine of the National Academies. Dietary Reference Intakes: The essential guide to nutrient requirements. The National Academies Press, Washington DC, 2006.
4. Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO). Fats and fatty acids in human nutrition: Report of an expert consultation 2008. Rome, Italie : 2010.
5. Mozaffarian D et coll. Effects on coronary heart disease of increasing polyunsaturated fat in place of saturated fat: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS Med* 2010;23:7(3):e1000252.
6. Ramsden CE et coll. Use of dietary linoleic acid for secondary prevention of coronary heart disease and death, evaluation of recovered data from the Sydney Diet Heart Study and updated meta-analysis. *BMJ* 2013;346:e8707.
7. de Oliveira Otto MC, Mozaffarian D, Kromhout D, et coll. Dietary intake of saturated fat by food source and incident cardiovascular disease: the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *Am J Clin Nutr* 2012;96:397-404.
8. Santé Canada. Les adultes Canadiens comblent-ils leurs besoins en nutriments uniquement grâce à l'alimentation? Santé Canada, Ottawa 2012. <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/surveill/nutrition/commun/art-nutr-adult-fra.php>
9. Moubarac JC, Batal M, Bortoletto Marins AP, Claro R, Bertazzi Levy R, et coll. Processed and ultra-processed food products: Consumption trends in Canada from 1938 to 2011. *Can J Diet Pract Res* 2014;75(1):15-21.
10. Department of Health and Human Services, US Department of Agriculture. Dietary Guidelines for Americans 2010. <http://www.health.gov/dietaryguidelines/2010.asp>. Mise à jour 2012.
11. American Heart Association Nutrition Committee. Lichtenstein AH, Appel LJ, et coll. Diet and lifestyle recommendations revision 2006. A scientific statement from the American Heart Association nutrition committee. *Circulation* 2006;114:82-96.



12. The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). *European Heart Journal* 2012;33:1635-1701.
13. Vannice G, Rasmussen H. Position of the academy of nutrition and dietetics: dietary fatty acids for healthy adults. *J Acad Nutr Diet* 2014;114(1):136-153.
14. National Cancer Institute. Risk factor monitoring and methods: Table 1. Top food sources of saturated fats among the US population, 2005-2006. NHANES.
15. Micha R, Khatibzadeh S, Shi P, Fahimi S, Lim S, Andrews KG, et coll. Global, regional and national consumption levels of dietary fats and oils in 1990 and 2010: a systematic analysis including 266 country-specific nutrition surveys. *BMJ* 2014;348:e2272.
16. Mensink RP, Zock PL, Kester AD, Katan MB. Effects of dietary fatty acids and carbohydrates on the ratio of serum total to HDL cholesterol and on serum lipids and apolipoproteins: a meta-analysis of 60 controlled trials. *Am J Clin Nutr* 2003;77:1146-1155.
17. Mentz A, et coll. A systematic review of the evidence supporting a causal link between dietary factors and coronary heart disease. *Arch Intern Med* 2009;169(7):659-669.
18. Chowdhury R, Warnakula S, Kunutsor S, Crowe F, Ward HA, Johnson L, et coll. Association of dietary, circulating and supplement fatty acids with coronary risk: A systematic review and meta-analysis. *Ann Internal Medicine* 2014;160:398-406.
19. Ravnskov U, DiNicolantonio JJ, Harcombe Z, Kummerow FA, Okuyama H, Worm N. The questionable benefits of exchanging saturated fat with polyunsaturated fat. *Mayo Clinic Proceedings* 2014;89(4):451-53.
20. O'Sullivan TA, et coll. Food sources of saturated fat and the association with mortality: a meta-analysis. *Am J Public Health* 2013;103:e31-42.
21. Sri-Tarino PW, Sun Q, Hu FB, Krauss RM. Meta-analysis of prospective cohort studies evaluating the association of saturated fat with cardiovascular disease. *Am J Clin Nutr* 2010;91(3):535-546.
22. de Oliveira Otto MC, Nettleton JA, Lemaitre RN, et coll. Biomarkers of dairy fatty acids and risk of cardiovascular disease in the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *J Am Heart Assoc* 2013;2:e000092.
23. Hu FB, Stampfer MJ, Manson JE, et coll. Dietary fats and the risk of coronary heart disease in women. *New England Journal of Medicine* 1997;337:1491-1499.
24. McGee DL, Reed DM, Yano K, Kagan A, Tillotson J. Ten-year incidence coronary heart disease in the Honolulu Heart Program. Relationship to nutrient intake. *Am J Intern Med* 2014;160:398-406.
25. Hooper L, Summerbell CD, Thompson R, Sillis D, Roberts FG, Moore HJ, et coll. Reduced or modified dietary fat for preventing cardiovascular disease. *Cochrane database of systematic reviews*. 2012, numéro 5.
26. Jakobsen MU, O'Reilly EJ, Heitmann BL, et coll. Major types of dietary fat and risk of coronary heart disease: a pooled analysis of 11 cohort studies. *Am J Clin Nutr* 2009;89:1425-1432.
27. Dixon H, Scully M, Wakefield M, Kelly B, Chapman K, Donovan R. Parent's responses to nutrient claims and sports celebrity endorsements on energy-dense and nutrient-poor foods: an experimental study. *Public Health Nutrition* 2011;14(6):1071-1079.
28. Sylvetsky AC and Dietz WH. Nutrient-Content Claims – Guidance or cause for confusion. *New England Journal of Medicine* 2014;371:195-198.
29. Wansink B, Chandon P. Can 'low-fat' nutrition labels lead to obesity? *Journal of Marketing Research* 2006;43:605-617.
30. Department of Health and Human Services, US Department of Agriculture. Scientific Report of the 2015 Dietary Guidelines Advisory Committee. Première publication février 2015. <http://www.health.gov/dietaryguidelines/2015-scientific-report/PDFs/Scientific-Report-of-the-2015-Dietary-Guidelines-Advisory-Committee.pdf>
31. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et coll. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case control study. *The Lancet* 2004;364(9438):937-952.
32. O'Donnell MJ, Xavier D, Liu L, Zhang H, Chin SL, Rao-Melacini P, et coll. Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study. *Lancet* 2010;375(9735):112-123.
33. Hung HC, Joshipura KJ, Jiang R, et coll. Fruit and vegetable intake and risk of major chronic disease. *Journal of the National Cancer Institute* 2004;96:1577-1584.
34. Dauchet L, Amouyel P, Hereberg S, Dallongeville J. Fruit and vegetable consumption and risk of coronary heart disease: a meta-analysis of cohort studies. *Journal of Nutrition* 2006;136(10):2588-2593.
35. Santé Canada. Bien manger avec le *Guide alimentaire canadien* – Ressource à l'intention des éducateurs et communicateurs. Santé Canada. Ottawa, 2007.
36. Fondation des maladies du cœur et de l'AVC. La consommation de légumes et de fruits et les maladies du cœur. Déclaration de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC. Août 2013.
37. Brambila-Macias J, Shankar B, Capacci S, Mazzocchi M, Perez-Cueto FJ, Verbeke W, et coll. Policy interventions to promote healthy eating: a review of what works, what does not, and what is promising. *Food Nutrition Bulletin* 2011;32(4):365-75.



38. Jaime PC, Lock K. Do school based food and nutrition policies improve diet and reduce obesity? *Preventive Medicine* 2009;48(1):45-53.
39. Nanney MS, MacLehose R, Kubick MY, Davey CS, Coombes B, Nelson TF. Recommended school policies are associated with student sugary drink and fruit and vegetable intake. *Preventive Medicine* 2014;62:179-181.
40. Robinson-O'Brien R, Story M, Heim S. Impact of garden-based youth nutrition intervention programs: a review. *J Am Diet Assoc.* 2009;109(2):273-280.
41. Heim S, Stang J, Ireland M. A garden pilot project enhances fruit and vegetable consumption among children. *J Am Diet Assoc.* 2009;109(7):1220-1226.
42. Parmer SM, Salisbury-Glennon J, Shannon D, Struempfer B. School gardens: an experiential learning approach for a nutrition education program to increase fruit and vegetable knowledge, preference, and consumption among second-grade students. *J Nutr Educ Behav* 2009;41(3):212-217.
43. Raine K, Lobstein T, Landon J, Kent M, Pellerin S, Caulfield T, et coll. Restricting marketing to children: Consensus on policy interventions to address obesity. *Journal of Public Health Policy* 2013;34:239-253.
44. Fietchner LG, Block JP, Melly SJ, Sharifi M, Marshall R, Taveras EM. Proximity to supermarkets modifies intervention effects on diet and body mass index changes in an obesity randomized trial. Paediatric Academic Societies annual meeting, 3 mai 2014.
45. Veugelers PJ, Sithole F, Zhang S, Muhajarine N. Neighborhood characteristics in relation to diet, physical activity and overweight of Canadian children. *International Journal of Pediatric Obesity* 2008;3(3):152-159.
46. Larson NI, Perry CL, Story M, Neumark-Sztainer D. Food preparation by young adults is associated with better diet quality. *J Am Diet Assoc* 2006;106(12):2001-2007.
47. Powell LM, Chriqui JF, Khan T, Wada R, Chaloupka FJ. Assessing the potential effectiveness of food and beverage taxes and subsidies for improving public health: A systematic review of prices, demand and body weight outcomes. *Obesity Reviews* 2013;14:110-128.
48. PROOF (2013). Research to identify policy options to reduce food insecurity. Unpublished analysis of 2011 Canadian Community Health Survey Data. Consulté le 8 juin 2015. Extrait de : <http://nutritionalsciences.lamp.utoronto.ca/food-insecurity>.
49. Thow AM, Downs S, Jan S. A systematic review of the effectiveness of food taxes and subsidies to improve diets: Understanding the recent evidence. *Nutrition Review* 2014;72(9):551-565.
50. Dietz W. New strategies to improve food marketing to children. *Health Affairs* 2013;32(9):1652-1658.
51. Dhar T, Baylis K. Fast food consumption and the ban on advertising targeting children: The Quebec Experience. *Journal of Marketing Research* 2011;98:799-813.
52. Magnus A, Haby MM, Carter R, Swinburn B. The cost-effectiveness of removing television advertising of high-fat and or high sugar food beverages to Australian children. *International Journal of Obesity* 2009;33:1094-1102.
53. Haby MM, Vos T, Carter R, Moodie M, Markwick A, Magnus A, et coll. A new approach to assessing the health benefit from obesity interventions in children and adolescents: the assessing cost-effectiveness in obesity project. *International Journal of Obesity* 2006;30:1463-1475.
54. Knai C, Petticrew M, Durand MA, Eastmure E, James L, Mehrotra A, et coll. Has public-private partnership resulted in action on healthier diets in England? An analysis of the Public Health Responsibility Deal pledges. *Food Policy* 2015;54:1-10.
55. Winkler E, Turrell G. Confidence to cook vegetables and the buying habits of Australian households. *J Am Diet Assoc* 2009;109:1759-1768.
56. Crawford D, Ball K, Mishra G, Salmon J, Timperio A. Which food-related behaviours are associated with healthier intakes of fruits and vegetables among women? *Public Health Nutr* 2007;10(3):256-265.
57. Larson NI, Story M, Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D. Food preparation and purchasing roles among adolescents: associations with sociodemographic characteristics and diet quality. *J Am Diet Assoc* 2006;106(2):211-218.
58. Meehan M, Yeh M, Spark A. Impact of exposure to local food sources and food preparation skills on nutritional attitudes and food choices among urban minority youth. *J Hunger Environ Nutr* 2008;3(4):456-471.
59. Shankar S, Klassen A. Influences on fruit and vegetable procurement and consumption among urban African-American public housing residents, and potential strategies for interventions. *Fam Econ Nutr Rev* 2001;13(2):34-46.
60. Thomas HMC, Irwin JD. Cook it up! A community based cooking program for at-risk youth: overview of a food literacy intervention. *BMC Research Notes* 2011;4(495):1-7.
61. Howard A, Edge J. Enough for all: Household food security in Canada. Conference Board du Canada. Août 2013.

Les données présentées dans la présente déclaration sont à jour en date d'AOÛT 2015.