

# Réduire la mortalité par l'alimentation

## Revendication de politiques publiques pour prévenir les maladies chroniques

Janusz Kaczorowski PhD Norm R.C. Campbell MD FRCPC Tara Duhaney MHSc Eric Mang MPA Mark Gelfer MD FCFP

**A**u Canada, les maladies chroniques, notamment les maladies cardiovasculaires, le diabète, les maladies respiratoires, les maladies mentales et le cancer, sont les principales causes d'incapacité et de décès prématuré. Le traitement des maladies chroniques consomme 67% de l'ensemble des dépenses directes en soins de santé et coûte à l'économie canadienne 190 milliards \$ par année, dont 68 milliards \$ sont attribuables aux traitements et le reste à la perte de productivité<sup>1,2</sup>. Il ne fait nul doute que les problèmes de santé chroniques les plus courants sont largement le résultat d'interactions entre un ensemble de facteurs de risque modifiables bien connus qui incluent l'inactivité physique, le tabagisme, la consommation excessive d'alcool et une mauvaise alimentation<sup>3-6</sup>. Selon l'étude intitulée Global Burden of Disease, la mauvaise alimentation se révèle depuis plus de 2 décennies le principal facteur de risque de maladie, de décès et d'incapacité, tant au Canada que dans le monde entier<sup>7</sup>. Les médecins de famille consacrent une grande partie de leur temps à soigner des patients souffrant de maladies chroniques causées ou accélérées par un régime alimentaire malsain. En plus de traiter et de conseiller les patients dans leur pratique, les médecins de famille occupent une place privilégiée pour revendiquer des politiques publiques en matière de santé conçues pour améliorer l'alimentation des Canadiens.

*D'une façon générale, on peut définir une mauvaise alimentation* comme comportant des aliments et des boissons à forte teneur en gras saturés, en acides gras trans, en sucres libres et en sel. Malheureusement, c'est le régime alimentaire de la plupart des Canadiens de nos jours<sup>8-12</sup>. Selon les estimations, plus de 30 000 décès auraient pu être évités ou retardés chaque année au Canada si notre alimentation se conformait aux recommandations alimentaires, en particulier une plus grande consommation de fruits et de légumes<sup>13</sup>. Les conclusions d'une récente méta-analyse faisaient valoir qu'au niveau de la population, le risque de maladies cardiovasculaires était réduit de 4% et le taux total de décès prématurés était diminué de 5% pour chaque portion quotidienne additionnelle de fruits et de légumes<sup>14</sup>. Ce genre

de données probantes met en évidence à la fois l'importance d'une saine alimentation pour notre bien-être et l'importance des politiques publiques à l'appui de choix alimentaires sains.

Les gouvernements, les décideurs et les associations nationales et provinciales du secteur de la santé pourraient mieux tirer parti d'une gamme de politiques et de stratégies pour améliorer l'alimentation et, par le fait même, réduire le fardeau des maladies chroniques<sup>5,6,15</sup>. L'Organisation mondiale de la Santé a déclaré que les politiques visant une saine alimentation étaient des interventions clés pour réduire le fardeau des maladies non transmissibles<sup>5</sup>. Alors que d'autres pays mettent en œuvre des politiques pour réduire les facteurs de risque d'origine alimentaire<sup>6</sup>, le Canada continue de favoriser des approches sur le plan individuel et des stratégies d'éducation visant des changements comportementaux. Même si les approches individuelles sont évidemment importantes, sans politiques ni interventions publiques exhaustives, il ne sera pas possible d'atteindre l'objectif de freiner l'épidémie de maladies chroniques<sup>16</sup>.

Le Canada a élaboré, tant à l'échelle fédérale que provinciale, une série de stratégies et de cadres d'action concernant les maladies chroniques qui recommandent des interventions et des politiques alimentaires populationnelles. Parmi ces stratégies figurent une réduction du sodium dans la chaîne alimentaire, des restrictions sur le marketing d'aliments malsains auprès des enfants et la mise en œuvre de politiques d'approvisionnement en aliments et en boissons bons pour la santé<sup>17-20</sup>. Il est déplorable que ces stratégies et cadres d'action ne se soient pas encore traduits par des changements substantiels dans les politiques.

### Réponse des organisations nationales du secteur de la santé

En réponse à l'absence de changements stratégiques majeurs, on a élaboré un appel à la mobilisation pour la mise en œuvre d'une politique de saine alimentation<sup>21</sup>, qui a reçu l'aval de 15 organisations canadiennes des secteurs des soins primaires et de la santé, dont le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC).

Faisant écho aux recommandations stratégiques d'organisations et d'associations internationales et nationales<sup>3,5,6,8,15</sup>, l'appel à la mobilisation cerne des interventions importantes qui, si elles sont mises en œuvre dans le contexte d'une stratégie alimentaire complète, pourraient réduire considérablement la

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs.  
*Can Fam Physician* 2016;62:e291-3

The English version of this article is available at [www.cfp.ca](http://www.cfp.ca)  
on the table of contents for the June 2016 issue on page 469.

marée montante des maladies chroniques liées à l'alimentation, dont les suivantes :

- restreindre le marketing des boissons et des aliments malsains auprès des enfants;
- réglementer l'ajout de sodium, de sucres libres, de gras saturés et d'acides gras trans dans les aliments transformés;
- instaurer un étiquetage facile à comprendre sur les produits alimentaires transformés et dans les établissements de restauration;
- verser des subventions qui ciblent les produits contenant des aliments sains, associées à une taxe sur les produits alimentaires malsains;
- mettre en œuvre des politiques d'approvisionnement en boissons et aliments sains dans les milieux financés par les fonds publics, de même que dans le secteur privé;
- élaborer des normes pour réduire les conflits d'intérêts dans l'établissement des politiques en matière d'alimentation.

### Possibilités de promotion de la santé

Tout comme le contrôle du tabac a exigé un fort leadership, de la promotion, de la recherche, de même que la mise en œuvre et l'évaluation de politiques, une approche semblable est nécessaire pour régler le problème de la mauvaise alimentation comme étant le principal risque des incapacités et des décès associés aux maladies chroniques au Canada. Les gouvernements canadiens ont les pouvoirs juridiques nécessaires pour réduire la production, le marketing et la vente d'aliments et de boissons malsains dont on sait qu'ils contribuent au développement de maladies chroniques. Toutefois, pour que ce soit efficace, il faut une réponse concertée multipartite des organisations du monde de la santé et des sciences, du secteur privé et des particuliers, y compris les médecins de famille. Pour de nombreux Canadiens, en particulier ceux qui vivent avec une maladie chronique, les médecins de famille sont le point de contact le plus fréquent et ils sont bien au fait des maladies chroniques associées à l'alimentation. En plus de l'important rôle clinique qui est d'aider leurs patients à adopter et à maintenir de bonnes habitudes alimentaires, les médecins de famille ont des possibilités et des rôles de promotion de la santé par l'intermédiaire du CMFC et de ses sections provinciales. De fait, le rapport *Du rouge au vert* du CMFC recommande, entre autres, que le gouvernement fédéral interdise la publicité sur la malbouffe destinée aux enfants, améliore la clarté de l'étiquetage alimentaire et de l'information nutritionnelle, et explore des stratégies en matière de fiscalité et de subventions pour accroître la consommation d'aliments sains et réduire la consommation d'aliments malsains<sup>22</sup>.

Dans la mesure où les maladies cardiovasculaires représentent le plus grand fardeau de morbidité associée à l'alimentation, la communauté de la médecine familiale a une

importante responsabilité aux niveaux des patients individuels et des politiques dans l'amélioration de l'alimentation des Canadiens. Au niveau organisationnel, le CMFC et ses sections provinciales peuvent continuer à appuyer les appels nationaux à la mobilisation. Les effets d'une mauvaise alimentation sur la morbidité et la mortalité prématurées devraient constituer une part importante dans nos activités scientifiques et éducationnelles. De même, les particuliers et les organisations peuvent revendiquer plus de financement en recherche dans le but d'évaluer et de surveiller les tendances alimentaires ainsi que les répercussions des politiques sur les résultats en santé afin d'orienter la recherche et les priorités stratégiques futures.

### Conclusion

Les interventions stratégiques du Canada pour améliorer l'alimentation tirent de l'arrière par rapport aux actions productives mises en œuvre dans de nombreux autres pays. Nous sommes d'accord avec les conclusions d'une récente série dans *Lancet* portant sur la prévention et le contrôle de l'obésité, qui mettait en évidence 5 messages devant constituer le fondement d'une réponse unifiée<sup>16</sup>. Premièrement, l'épidémie de maladies chroniques liées à l'alimentation ne sera pas enrayée sans un fort leadership de la part des gouvernements. Deuxièmement, le statu quo sera coûteux sur les plans de la santé de la population, des dépenses en soins de santé et de la perte de productivité. Troisièmement, les hypothèses concernant les effets à long terme et la durabilité des efforts individuels sont trop optimistes. Quatrièmement, il est nécessaire de surveiller et d'évaluer avec précision tant les données sur l'alimentation de base de la population que les résultats des interventions. Cinquièmement, une approche impliquant des systèmes multisectoriels est essentielle à la réussite. Les médecins de famille, collectivement et individuellement, peuvent jouer des rôles importants dans la revendication de politiques en matière d'aliments sains afin d'améliorer la santé et de réduire le fardeau des maladies non transmissibles au Canada. Ensemble, nous pouvons faire des changements pour améliorer la santé de nos patients. 🍁

**M. Kaczorowski** est professeur titulaire et directeur de recherche au Département de médecine de famille et de médecine d'urgence de l'Université de Montréal au Québec. Le **D<sup>r</sup> Campbell** est professeur titulaire au Département de médecine, au Département des sciences de la santé communautaire et au Département de physiologie et de pharmacologie de l'Université de Calgary, en Alberta. **M<sup>me</sup> Duhaney** est directrice des politiques au Comité consultatif sur l'hypertension à Calgary. **M. Mang** est directeur général, Services aux membres et relations extérieures, au Collège des médecins de famille du Canada à Mississauga, en Ontario. Le **D<sup>r</sup> Gelfer** est professeur adjoint d'enseignement clinique au Département de pratique familiale de l'Université de la Colombie-Britannique à Vancouver.

#### Intérêts concurrents

Aucun déclaré

#### Correspondance

**D<sup>r</sup> Janusz Kaczorowski**, courriel [janusz.kaczorowski@umontreal.ca](mailto:janusz.kaczorowski@umontreal.ca)

Les opinions exprimées dans les commentaires sont celles des auteurs. Leur publication ne signifie pas qu'elles soient sanctionnées par le Collège des médecins de famille du Canada.

**Références**

1. Comité consultatif sur la santé de la population, Groupe de travail sur les systèmes de surveillance des facteurs de risque reliés aux maladies chroniques. *Enhancing capacity for surveillance of chronic disease risk factors and determinants*. Ottawa, ON: Groupe de travail sur les facteurs de risque reliés aux maladies chroniques; 2005.
2. Jacka FN, Mykletun A, Berk M, Bjelland I, Tell GS. The association between habitual diet quality and the common mental disorders in community-dwelling adults: the Hordaland Health study. *Psychosom Med* 2011;73:483-90.
3. Mozaffarin D, Afshin A, Benowitz NL, Bittner V, Daniels SR, Franch HA et coll. Population approaches to improve diet, physical activity, and smoking habits: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2012;126(12):1514-63. Publ. en ligne du 20 août 2012.
4. Beaglehole R, Bonita R, Horton R, Adams C, Alleyne G, Asaria P et coll. Priority actions for the non-communicable disease crisis. *Lancet* 2011;377(9775):1438-47.
5. Organisation mondiale de la Santé. *Global action plan for the prevention and control of NCD 2013-2020*. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la Santé; 2013. Accessible à : [www.who.int/nmh/events/ncd\\_action\\_plan/en](http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en). Réf. du 12 avr. 2016.
6. Hawkes C, Jewell J, Allen K. A food policy package for healthy diets and the prevention of obesity and diet-related non-communicable diseases: the NOURISHING framework. *Obes Rev* 2013;14(Suppl 2):159-68.
7. Institute for Health Metrics and Evaluation. *Global burden of disease arrow diagram*. Seattle, WA: Institute for Health Metrics and Evaluation; 2013. Accessible à : [www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/visualizations/gbd-arrow-diagram](http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/visualizations/gbd-arrow-diagram). Réf. du 15 mars 2010.
8. Organisation mondiale de la Santé. *Set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children*. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la Santé; 2010. Accessible à : [www.who.int/dietphysicalactivity/publications/recsmarketing/en/index.html](http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/recsmarketing/en/index.html). Réf. du 13 sept. 2013.
9. Alberta Health Services. *Alberta nutrition guidelines for adults*. Edmonton, AB: Alberta Health Services; 2012. Accessible à : [www.health.alberta.ca/documents/Nutrition-Guidelines-AB-Adults.pdf](http://www.health.alberta.ca/documents/Nutrition-Guidelines-AB-Adults.pdf). Réf. du 12 avr. 2016.
10. Ministère de la santé du Brésil. *Dietary guidelines for the Brazilian population*. Brasília, Brésil: ministère de la Santé du Brésil; 2014.
11. Garriguet D. Canadians' eating habits. *Health Rep* 2007;18(2):17-32. Accessible à : [www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2006004/article/habit/9609-eng.pdf](http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2006004/article/habit/9609-eng.pdf). Réf. du 10 juill. 2013.
12. Moubarac JC, Martins AP, Claro RM, Levy RB, Cannon G, Monteiro CA. Consumption of ultra-processed foods and likely impact on human health. Evidence from Canada. *Public Health Nutr* 2013;16(12):2240-8.
13. Bélanger M, Poirier M, Jbilou J, Scarborough P. Modelling the impact of compliance with dietary recommendations on cancer and cardiovascular disease mortality in Canada. *Public Health* 2014;128(3):222-30.
14. Wang X, Ouyang Y, Liu J, Zhu M, Zhao G, Bao W et coll. Fruit and vegetable consumption and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer: systematic review and dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. *BMJ* 2014;349:g4490 doi. Erratum dans: *BMJ* 2014;349:g5472.
15. Vandevijvere S, Swinburn B; International Network for Food and Obesity/non-communicable diseases (NCDs) Research, Monitoring and Action Support (INFORMAS). Towards global benchmarking of food environments and policies to reduce obesity and diet-related non-communicable diseases: design and methods for nation-wide surveys. *BMJ Open* 2014;4(5):e005339.
16. Urgently needed: a framework convention for obesity control. *Lancet* 2011;378(9793):741.
17. Agence de la santé publique du Canada. *Integrated pan-Canadian healthy living strategy*. Ottawa, ON: Agence de la santé publique du Canada; 2005. Accessible à : [www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/ipchls-spimmvs/index-eng.php](http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/ipchls-spimmvs/index-eng.php). Réf. du 12 avr. 2016.
18. Agence de la santé publique du Canada. *Curbing childhood obesity: a federal, provincial, and territorial framework for action to promote healthy weights*. Ottawa, ON: Agence de la santé publique du Canada; 2010. Accessible à : [www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/framework-cadre/index-eng.php](http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/framework-cadre/index-eng.php). Réf. du 16 sept. 2004.
19. Groupe de travail sur le sodium. *Sodium reduction strategy for Canada*. Ottawa, ON: Santé Canada; 2010. Accessible à : [www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/sodium/related-info-connexes/strateg/index-eng.php](http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/sodium/related-info-connexes/strateg/index-eng.php). Réf. du 13 avr. 2016.
20. Agence de la santé publique du Canada. *Preventing chronic disease strategic plan 2013-2016*. Ottawa, ON: Agence de la santé publique du Canada; 2013. Accessible à : [http://publications.gc.ca/collections/collection\\_2014/aspc-phac/HP35-39-2013-eng.pdf](http://publications.gc.ca/collections/collection_2014/aspc-phac/HP35-39-2013-eng.pdf). Réf. du 13 avr. 2016.
21. *Eat healthy stay healthy. A call for action to implement a healthy food policy agenda. Consensus statement of Canadian health and scientific organizations*. Calgary, AB: CIHR HSFC Chair in Hypertension Prevention and Control; 2014. Accessible à : [www.hypertensio-talk.com/wp-content/uploads/2014/02/Final-Call-for-healthy-Food\\_EN\\_with-supporters\\_April-1-2016.pdf](http://www.hypertensio-talk.com/wp-content/uploads/2014/02/Final-Call-for-healthy-Food_EN_with-supporters_April-1-2016.pdf). Réf. du 13 avr. 2016.
22. *From red to green. From stop to go. Recommended actions to improve home care and child and youth health*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2015. Accessible à : [www.cfpc.ca/uploadedFiles/Health\\_Policy/PDFs/CFPC\\_Red\\_to\\_Green\\_2014\\_EN.pdf](http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Health_Policy/PDFs/CFPC_Red_to_Green_2014_EN.pdf). Réf. du 12 avr. 2016.

\*\*\*