



Health Canada and the Public
Health Agency of Canada

Santé Canada et l'Agence
de la santé publique du Canada

Évaluation du Programme de salubrité et de qualité nutritionnelle des aliments de 1999-2000 à 2011-2012

Préparé par la
Direction de l'évaluation
Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada

Mars 2014

Liste des sigles

AAC	Agriculture et Agroalimentaire Canada
AADNC	Affaires autochtones et Développement du Nord Canada
AAP	Architecture d'alignement des programmes
ACIA	Agence canadienne d'inspection des aliments
AESA	Autorité européenne de sécurité des aliments
ALENA	Accord de libre-échange nord-américain
AMP	Autorisation de mise en marché provisoire
AMT	Apport maximal tolérable
ANO	Attestation de non-objection
ANREF	Apport nutritionnel de référence
AOAC	Association of Analytical Communities
ARLA	Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire
BDM	Bureau des dangers microbiens (DA)
BESA	Bureau d'évaluation de la salubrité des aliments (DPPAI)
BIPA	Bureau d'intégration de la politique alimentaire (DA)
BIPC	Bureau d'innocuité des produits chimiques (DA)
BPA	Bisphénol A
BPARI	Bureau des politiques et des affaires réglementaires et intergouvernementales (DA)
BPCP	Bureau de la participation des consommateurs et du public (DGPSA)
BPPN	Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition (DGPSA)
BRP	Bureau des régions et des programmes (Santé Canada)
BSN	Bureau des sciences de la nutrition (DA)
CCEA	Comité consultatif d'experts sur les aliments
CDC	Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis
CEPCM	Centre européen de prévention et de contrôle des maladies
CFPTSA	Comité FPT sur la salubrité des aliments
CFSAN	Center for Food Safety and Applied Nutrition (FDA des États-Unis)
CI	Numéro de commande interne
CIM/CODEX	Comité interministériel du Codex Alimentarius (Santé Canada)
CMIOAEZ	Centre des maladies infectieuses d'origine alimentaire, environnementale et zoonotique (DGPCMI)
CMIU	Centre de mesures et d'interventions d'urgence (Agence de la santé publique du Canada)
CMM	Comité des méthodes microbiologiques
Codex	Commission du Codex Alimentarius
CSA	Comité sur la salubrité des aliments
CSAG	Comité spécial d'administrateurs généraux
DA	Direction des aliments (DGPSA)
DCIAP	Direction des conseils interprofessionnels et de l'aide aux programmes (DGSPNI)
DEFRA	Department for Environment, Food and Rural Affairs du Royaume-Uni
DG	Directeur général
DGPCMI	Direction générale de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses

	(Agence de la santé publique du Canada)
DGPS	Direction générale de la protection de la santé (Santé Canada)
DGPSA	Direction générale des produits de santé et des aliments (Santé Canada)
DGSESC	Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs (Santé Canada)
DGSPNI	Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (Santé Canada)
DMV	Direction des médicaments vétérinaires (DGPSA)
DON	Désoxynivalénol
DPC	Direction des programmes communautaires (DGSPNI)
DPPAI	Direction des politiques, de la planification et des affaires internationales (DGPSA)
DRSE	Division de la recherche en santé environnementale (DSSPSP)
DSSPSP	Direction des soins de santé primaires et de la santé publique (DGSPNI)
<i>E. coli</i>	<i>Escherichia coli</i>
É.-U.	États-Unis d'Amérique
EANEPN	Étude sur l'alimentation, la nutrition et l'environnement chez les Premières Nations
EC	Environnement Canada
EPA	Environmental Protection Agency des États-Unis
ERS	Évaluation des risques pour la santé
ESA	Évaluation de la salubrité des aliments
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
ETP	Équivalent temps plein
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
FCEN	Fichier canadien sur les éléments nutritifs
FDA	Food and Drug Administration des États-Unis
FERG	Groupe de travail de référence sur l'épidémiologie des maladies d'origine alimentaire (OMS)
FPT	Fédéral, provincial et territorial
FSA	Food Standards Agency du Royaume-Uni
FSANZ	Food Standards Australia New Zealand
GEGT	Groupe d'étude sur les gras trans
GFN	Réseau mondial des infections d'origine alimentaire
GFPTN	Groupe FPT sur la nutrition
GM	Génétiquement modifié
GT	Groupe de travail
HSE	Health and Safety Executive du Royaume-Uni
IMC	Indice de masse corporelle
IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada
JECFA	Comité mixte FAO/OMS d'experts des additifs alimentaires
<i>L. monocytogenes</i>	<i>Listeria monocytogenes</i>
LAD	Loi sur les aliments et drogues
LAMT	Lettre d'autorisation de mise en marché temporaire
LLZOA	Laboratoire de lutte contre les zoonoses d'origine alimentaire (DGPCMI)
LMR	Limite maximale de résidus

LNMI	Laboratoire national de microbiologie (DGPCMI)
LPA	<i>Loi sur les produits antiparasitaires</i>
MAECD	Ministère des Affaires étrangères, du Commerce et du Développement
MITIOA	Modalités canadiennes d'intervention lors de toxi-infection d'origine alimentaire
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OIE	Office international des épizooties (Organisation mondiale de la Santé animale)
OMC	Organisation mondiale du commerce
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PAM	Prêt à manger
PASPAC	Plan d'action pour assurer la sécurité des produits alimentaires et de consommation
PE	Protocole d'entente
PESA	Programme d'évaluation de la salubrité des aliments
PGPC	Plan de gestion des produits chimiques
PICRA	Programme intégré canadien de surveillance de la résistance aux antimicrobiens
PLCN	Programme de lutte contre les contaminants dans le Nord
PNE	Procédure normale d'exploitation
PNSME	Programme national de surveillance des maladies entériques
PSN	Produit de santé naturel
PSQNA	Programme de salubrité et de qualité nutritionnelle des aliments
R.-U.	Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord
RAD	<i>Règlement sur les aliments et drogues</i>
RCSRSP	Réseau canadien de renseignements sur la santé publique
RMISP	Réseau mondial d'information en santé publique
RMR	Rapport ministériel sur le rendement
RPP	Rapport sur les plans et les priorités
SGRP	Système de gestion et de rapports de programme
SGRR	Structure de gestion, des ressources et des résultats
SM	Sous-ministre
SMA	Sous-ministre adjoint
SQNA	Salubrité et qualité nutritionnelle des aliments
SRL	Service de référence pour la listériose
TI	Technologie de l'information
UE	Union européenne
VQ	Valeur quotidienne

Table des matières

Sommaire	iii
Réponse et plan d'action de la direction	xi
1.0 Objet de l'évaluation.....	1
2.0 Description du programme	1
2.1 Contexte du programme	1
2.2 Profil du programme	2
2.3 Modèle logique du programme et description.....	5
2.4 Harmonisation et ressources du programme	9
3.0 Description de l'évaluation.....	10
3.1 Portée de l'évaluation et éléments à évaluer	10
3.2 Approche et modèle de l'évaluation.....	12
3.3 Méthodes de collecte et d'analyse des données.....	13
3.4 Limites et stratégies d'atténuation.....	14
4.0 Constatations.....	16
4.1 Pertinence : Élément 1 – Nécessité de maintenir le programme	16
4.2 Pertinence : Élément 2 – Conformité avec les priorités du gouvernement.....	19
4.3 Pertinence : Élément 3 – Harmonisation avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral.....	20
4.4 Rendement : Élément 4 – Atteinte des résultats escomptés (efficacité).....	21
4.5 Rendement : Question 5 – Démonstration de l'efficacité et de l'économie	97
5.0 Conclusions.....	107
5.1 Conclusions – Pertinence	107
5.2 Conclusions – Rendement	108
6.0 Recommandations.....	117
Annexe 1 Partenaires et intervenants du programme	144
Annexe 2 Précisions sur les méthodes de collecte et d'analyse des données	146
Annexe 3 Produits et outils d'information.....	153
Annexe 4 Accords internationaux.....	162
Annexe 5 Compendiums de Santé Canada	164
Annexe 6 Réseaux et systèmes Web pour la collecte et la diffusion de renseignements	165
Annexe 7 Processus liés à l'établissement de normes internationales.....	167
Annexe 8 Comparaison des activités faisant l'objet d'un recouvrement des coûts	169

Liste des tableaux

Table 1 Éléments fondamentaux et questions d'évaluation.....	11
Table 2 Limites et stratégies d'atténuation	14
Table 3 Normes de rendement de la DA concernant les examens des demandespréalables à la mise en marché (en conformité avec les délais établis dans le RAD)	23
Table 4 Examens des demandes préalables à la mise en marché en cours (juin 2007 et décembre 2009 pour les demandes visées par les délais du RAD).....	23
Table 5 Situation quant aux examens des demandes préalables à la mise en marché (de 2007-2008 à 2012-2013 pour les demandes visées par les délais du RAD)	24
Table 6 État de six types d'examen des demandes préalables à la mise en marché (2011-2012 et 2012-2013).....	25
Table 7 ERS en réponse aux demandes de l'ACIA (de 2008-2009 à 2011-2012)	32

Table 8	Classement et notes globales pour le rendement au chapitre de la salubrité des aliments de pays membres de l'OCDE (2008 et 2010).....	34
Table 9	Visites et consultations de cinq pages du site Web de Santé Canada (anglais et français) pendant l'exercice 2008-2009.....	38
Table 10	Visites et consultations de la section sur la salubrité des aliments de Santé Canada (anglais et français) pendant l'exercice 2010-2011	38
Table 11	Téléchargements de documents sur la manipulation sécuritaire des aliments par les membres des populations vulnérables (anglais) pendant l'exercice 2010-2011	39
Table 12	Compendiums de méthodes créés ou mis à jour de 1999 à 2012,,	49
Table 13	Répercussions de la recherche sur la réglementation et de la recherche scientifique sur les politiques et les règlements.....	53
Table 14	Comités sur la salubrité et la qualité nutritionnelle des aliments.....	57
Table 15	Produits alimentaires canadiens et importés – Taux de conformité des tests de résidus chimiques, par programme alimentaire.....	72
Table 16	Activités de réévaluation de l'ARLA en date du 31 mars 2012	75
Table 17	Enquêtes sur la salubrité des aliments et rappels d'aliments effectués par l'ACIA de 2000-2001 à 2011-2012	87
Table 18	Fonds affectés au moyen de demandes de fonds dédiés, par participant clé du programme	106
Table 19	Entrevues auprès de responsables du programme, de partenaires et d'intervenants	149
Table 20	Études de cas.....	151
Table 21	Produits d'information du programme.....	153
Table 22	Mécanismes de diffusion de l'information du programme.....	156
Table 23	Exemples d'activités de mobilisation du programme	158
Table 24	Approches de marketing social utilisées pendant l'exercice 2010-2011	160
Table 25	Réseaux et systèmes Web pour la collecte et la diffusion de renseignements.....	165
Table 26	Recouvrement des coûts.....	169

Sommaire

L'évaluation portait sur le Programme de salubrité et de qualité nutritionnelle des aliments (PSQNA) pour la période de 1999 à 2012. Elle a été réalisée pour satisfaire aux exigences de la Politique sur l'évaluation (2009) du Conseil du Trésor du Canada.

But et portée de l'évaluation

L'évaluation avait pour objet d'évaluer la pertinence et le rendement du PSQNA. Elle visait également à souligner les réalisations et les leçons apprises ainsi que les problèmes touchant le programme.

L'évaluation porte sur toutes les activités de la Direction des aliments (DA), du Bureau d'évaluation de la salubrité des aliments (BESA) et des laboratoires et bureaux régionaux de Santé Canada ainsi que sur les activités financées sur plusieurs exercices de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, de l'Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire (ARLA) et de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), soit les activités liées à la nutrition et à la sécurité alimentaire, la surveillance et l'analyse des risques relativement à la sécurité chimique des aliments traditionnels ainsi que les activités de promotion de la santé visant la prévention des éclosions de maladies entériques dans les collectivités des Premières Nations; la réévaluation des matières actives de qualité technique et des matières actives dans les préparations commerciales homologuées avant le 31 décembre 1994; la surveillance des maladies entériques, les enquêtes ciblées, les services de laboratoire, la gestion de l'information liée aux problèmes de salubrité des aliments et les enquêtes sur les toxi-infections d'origine alimentaire et les interventions connexes. L'évaluation ne porte pas sur les activités associées à la biotechnologie, à l'encéphalopathie spongiforme bovine et aux initiatives sur les modes de vie sains, les activités du Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition et de la Direction des médicaments vétérinaires de Santé Canada ni sur les activités de conformité et d'application de la loi effectuées par l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA).

Description du programme

Le mandat du programme découle de la *Loi sur les aliments et drogues*, du *Règlement sur les aliments et drogues*, de la *Loi sur le ministère de la Santé*, de la *Loi sur les produits antiparasitaires*, de la *Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada* et de la *Loi sur l'Agence canadienne d'inspection des aliments*. Dans le cadre du programme, on mène des activités qui visent à préserver et à promouvoir la santé des Canadiens, notamment : en menant des évaluations des demandes de l'industrie alimentaire; en élaborant, en mettant à jour et en diffusant des politiques, des lignes directrices, des règlements, des normes, des stratégies et des renseignements destinés aux consommateurs; en menant des évaluations sur les risques et les avantages pour la santé afin de gérer les incidents liés à la salubrité des aliments et en évaluant l'efficacité des activités de l'ACIA liées à la salubrité des aliments¹; en assurant une surveillance

ⁱ En octobre 2013, l'ACIA s'est jointe au portefeuille de la Santé. Un décret récent a désigné le ministre de la Santé comme le ministre compétent pour l'ACIA aux fins de l'application de la *Loi sur la gestion des finances publiques*.

et un contrôle; en menant des travaux de recherche scientifique appliquée et en élaborant des méthodes pour appuyer la prise de décisions stratégiques concernant les aliments et la nutrition; en coordonnant les priorités et les approches de gestion des risques au sein du système canadien d'assurance de la salubrité des aliments.

CONCLUSIONS – PERTINENCE

Nécessité de maintenir le programme

Le programme continue de répondre à un besoin démontrable.

Les activités du programme portent sur les questions connues et nouvelles touchant la salubrité et la qualité nutritionnelle des aliments (SQNA). Les avancées scientifiques continues, les changements du marché et l'évolution des préférences des consommateurs continueront de constituer des défis, que le programme nous permettra de relever. Des pressions ont été exercées au cours de la dernière décennie afin que le cadre législatif du programme devienne un outil plus intégré et souple permettant au programme d'être plus efficace à l'interne et de répondre plus rapidement aux besoins scientifiques et du marché en évolution.

Conformité avec les priorités du gouvernement

Le programme cadre avec les priorités gouvernementales.

Au fil des ans, dans les discours du Trône, on a reconnu l'importance de la SQNA et relevé les priorités fédérales visant à renforcer le système canadien d'assurance de la salubrité des aliments et à assurer la qualité nutritionnelle. Le programme vise à répondre à ces priorités fédérales par une approche inclusive qui figure dans ses documents de planification pertinents. Les objectifs du programme concordent avec les résultats stratégiques pertinents de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada.

Harmonisation avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral

Le programme s'harmonise avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral.

Le programme repose sur un cadre législatif permettant de répondre aux priorités grâce à l'élaboration de politiques et à l'établissement de normes, aux activités de promotion de la santé, à la prévention des risques et des maladies, aux enquêtes sur les maladies, à la recherche et à la surveillance ainsi qu'à la coopération à l'échelle nationale et internationale. Les lois pertinentes définissent les rôles et les responsabilités qui permettent aux participants clés du programme d'œuvrer en fonction des paramètres fédéraux établis. Le programme permet de gérer les activités fédérales liées à la SQNA.

CONCLUSIONS – RENDEMENT

Atteinte des résultats escomptés (efficacité)

Résultats immédiats

Bien que le Canada fasse bonne figure au chapitre de la salubrité des aliments, des problèmes ont été relevés du côté des délais de traitement, particulièrement en ce qui a trait aux demandes préalables à la mise en marché, et peuvent retarder l'entrée d'aliments sur le marché.

Dans l'ensemble, les évaluations des demandes préalables à la mise en marché ne sont pas effectuées conformément aux normes prescrites par les règlements en matière de délais (hausse du nombre de demandes de 61 % de 2007-2008 à 2012-2013), tandis que le nombre de demandes dans certains secteurs (aliments nouveaux et additifs alimentaires) a diminué de 2011-2012 au troisième trimestre de 2012-2013. Pendant cette dernière période, le nombre de demandes non traitées dans les délais prévus dans les règlements a augmenté dans certains secteurs (emballage des aliments et agents technologiques alimentaires) et a diminué dans d'autres (additifs indirects). La DA utilise une approche axée sur la collaboration pour l'évaluation des demandes; toutefois, l'évaluation a permis de cerner plusieurs problèmes contribuant aux retards dans l'évaluation des demandes. Parmi ces problèmes, le manque de renseignements nécessaires sur le demandeur ainsi que la lenteur du processus d'évaluation des demandes et les communications connexes préoccupent particulièrement les intervenants de l'industrie et contribuent aux retards.

Les analyses des tendances indiquent une hausse du nombre de demandes de conseils techniques provenant de l'ACIA, qui, combinée aux difficultés avec lesquelles doit composer la DA au chapitre de la préparation des évaluations des risques pour la santé (ERS), pourrait nuire au rendement à venir.

L'évolution au chapitre de la sensibilisation et de la compréhension était difficile à évaluer, car le programme ne mesure pas ces aspects pour les renseignements qu'il produit. Il existe des secteurs où la communication d'information supplémentaire ou une plus grande sensibilisation est nécessaire pour améliorer la compréhension des consommateurs. Certains mécanismes de communication de renseignements peuvent être moins efficaces pour présenter des renseignements aux populations ou aux publics visés.

L'incidence des produits et des activités du programme sur la sensibilisation et la compréhension du public ne peut pas être établie puisque le programme ne prévoit pas la mesure ou le suivi de ces aspects en fonction du public cible ou de la période visée (sauf pour ce qui est de la stratégie de marketing social liée à la bactérie *Listeria*). Une des principales difficultés est liée au manque d'harmonisation entre le mécanisme de prestation et les préférences du public cible. Cette faible adaptation de l'information peut avoir une incidence négative sur la sensibilisation et la compréhension en réduisant l'efficacité de la communication et en contribuant à ce que le public n'ait pas la même connaissance et la même compréhension. Au nombre des secteurs nécessitant la communication de renseignements supplémentaires et une sensibilisation accrue, mentionnons

la salubrité des aliments, la nutrition et les habitudes alimentaires saines, l'étiquetage des aliments, les gras trans et les aliments génétiquement modifiés.

Les responsables du programme participent activement à l'élaboration de normes internationales. La recherche scientifique et sur la réglementation menée dans le cadre du programme constitue une contribution importante pour la communauté internationale.

Les responsables du programme collaborent activement aux efforts internationaux. La contribution du programme à l'élaboration de normes internationales est largement reconnue. La plupart des travaux menés à l'échelle internationale sont effectués dans le cadre du Codex Alimentarius. Les responsables du programme participent également à des activités avec d'autres organisations internationales (p. ex. l'Organisation mondiale de la Santé) et ont assumé un rôle de leadership dans la création des groupes internationaux de liaison en matière de sécurité chimique des aliments et d'innocuité microbienne des aliments.

Il existe certains exemples d'élaboration de connaissances par les responsables du programme, notamment la recherche visant l'amélioration des méthodes d'analyse et d'essai et l'élaboration de lignes directrices et de normes. Les responsables du programme utilisent ces connaissances améliorées pour soutenir l'élaboration de règlements et de politiques et les travaux de collaboration.

La conception et la validation de méthodes constituent des exemples d'élaboration de connaissances au sein du programme. Des lignes directrices, des normes, des politiques et des cadres établis dans des secteurs prioritaires ont été influencés ou conçus grâce à l'avancement de travaux de recherche scientifique ou sur la réglementation. Des préoccupations ont été relevées en ce qui a trait à la nécessité d'accroître les capacités des laboratoires afin de pouvoir répondre à la demande, actuelle et nouvelle, de demeurer au fait des avancées scientifiques et de renforcer l'expertise interne dans divers domaines (p. ex. biostatistique, épidémiologie, électro-microscopie, bio-informatique, etc.).

Le programme coordonne les priorités et les approches de gestion des risques au sein du système de SQNA du Canada et contribue à l'amélioration de la collaboration avec les partenaires et les intervenants. Il faut résoudre certaines questions concernant les communications et les procédures liées aux évaluations de la salubrité des aliments (ESA) et aux ERS.

Le programme assure la coordination et la collaboration au moyen d'initiatives et de comités auxquels participent des partenaires, des intervenants et des participants clés du programme. Même si Santé Canada a amélioré l'efficacité et la fiabilité de son processus d'ERS pour répondre aux demandes de l'ACIA, il est possible d'améliorer les communications et l'échange de renseignements entre Santé Canada et l'ACIA. Quant aux ESA, la collaboration entre Santé Canada et l'ACIA a connu certaines difficultés sur le plan des procédures, de la planification et des opérations. Plusieurs événements, notamment le changement du rapport hiérarchique entre l'ACIA et le ministre de la Santé et le démantèlement du comité consultatif du PESA, sont également susceptibles d'avoir une incidence sur l'exécution des ESA.

Résultats intermédiaires

Même si on ne sait pas si les consommateurs ont fait des choix plus sains en matière d'alimentation en raison des efforts déployés dans le cadre du programme, les données probantes indiquent qu'il y a des préoccupations concernant l'alimentation de la population générale et des membres des collectivités inuites et des Premières Nations.

Les choix des consommateurs révèlent un apport calorique élevé provenant de lipides et de grignotines, une consommation de fruits et de légumes en deçà de la quantité minimale quotidienne recommandée, une tendance à consommer des repas-minute et des aliments de préparation commerciale et un apport en sodium excédant l'apport maximal tolérable. En ce qui concerne les membres des Premières Nations vivant dans les réserves et ceux des collectivités inuites, l'apport en sodium excède les limites recommandées et la consommation de certains groupes d'aliments est en deçà des niveaux recommandés; certaines décisions en matière d'alimentation peuvent être influencées par l'insécurité alimentaire et les facteurs qui y contribuent, y compris les changements environnementaux, la pauvreté et le coût élevé de certains aliments. Les données sur l'efficacité de l'étiquetage des aliments sont divergentes.

Le nombre de cas déclarés de maladie entérique semble avoir fléchi pendant la dernière décennie, tandis que les taux de conformité en matière de dépistage de résidus chimiques sont, dans l'ensemble, demeurés élevés. Il n'a pas été possible d'évaluer le changement quant à l'exposition aux risques nutritionnels, mais des initiatives du programme semblent contribuer à la réduction des risques dans certains domaines.

Le nombre de cas déclarés de maladie entérique semble avoir fléchi pendant la dernière décennie (de 48 % selon les données de C-EnterNet ou de 42 % selon Maladies à déclaration obligatoire en direct), tandis que les taux de conformité en matière de dépistage de résidus chimiques sont, dans l'ensemble, demeurés élevés (95 % ou plus). Les initiatives du programme, comme les campagnes de sensibilisation, les efforts visant la diminution de la consommation de gras trans et l'enrichissement alimentaire, ont, en théorie, modifié l'exposition à certains avantages nutritionnels.

Même s'il n'a pas été possible d'observer un changement au chapitre de l'adoption des normes internationales, des données indiquent que le Canada s'y conforme. La participation aux travaux d'organisations d'établissement de normes internationales dénote un intérêt en matière d'harmonisation.

Selon des données probantes, le Canada se conforme aux normes internationales. Les retards dans le respect de ces normes ont été attribués en partie aux longs processus d'approbation réglementaire (p. ex. l'approbation de l'asparaginase en tant qu'additif alimentaire) ou aux préoccupations en ce qui a trait aux approches internationales qui peuvent ne pas refléter la position du programme.

Le programme vise à établir une approche plus intégrée quant aux priorités et activités fédérales-provinciales-territoriales (FPT) liées à la salubrité des aliments et à la nutrition par la collaboration avec les intervenants et les partenaires FPT.

Les responsables du programme collaborent activement avec les intervenants, les partenaires et les participants clés du programme en échangeant des renseignements, en favorisant le dialogue, en tenant des consultations et en coordonnant les priorités et les approches de gestion des risques. Une structuration accrue des communications avec les intervenants et un renforcement de la transparence quant aux activités du programme sont nécessaires (p. ex. pour clarifier les rôles et les responsabilités des responsables du programme et de leurs partenaires provinciaux et territoriaux).

Résultats à long terme

Selon les données probantes dont on dispose, l'état nutritionnel des Canadiens ne semble pas s'être amélioré au cours de la période visée par l'évaluation.

Parmi la population générale, il y a un certain nombre de préoccupations relatives à l'apport énergétique et en lipides élevé, aux carences en nutriments, à l'apport en sodium qui se traduit par un risque accru d'effets néfastes sur la santé et à l'augmentation de l'indice de masse corporelle. On dispose de peu de renseignements sur les membres des Premières Nations vivant dans les réserves et ceux des collectivités inuites, mais les données probantes semblent indiquer qu'ils ont un faible apport en certaines vitamines et certains minéraux importants, un apport élevé en sodium et des taux d'obésité élevés.

Le nombre de cas de maladie d'origine alimentaire semble avoir diminué au cours de la dernière décennie. Le nombre de cas de maladie d'origine nutritionnelle au sein de la population canadienne générale semble avoir augmenté pendant la même période. Le taux de diabète chez les membres des Premières Nations vivant dans les réserves est plus élevé que celui observé chez la population canadienne générale, mais ne semble pas avoir augmenté au cours des dernières années (le taux d'hypertension est aussi demeuré relativement stable). Les taux de diabète et d'hypertension chez les populations inuites ressemblent à ceux enregistrés chez la population canadienne générale.

Le nombre de cas déclarés de maladie entérique semble avoir fléchi pendant la dernière décennie, tandis que les taux de conformité en matière de dépistage de résidus chimiques sont, dans l'ensemble, demeurés élevés. Au sein de la population générale, les taux d'hypertension, de diabète et de maladie cardiaque, trois affections chroniques liées à la nutrition, ont augmenté au cours de la dernière décennie. En ce qui concerne les membres des Premières Nations vivant dans les réserves, le taux de diabète est élevé comparativement à celui de la population canadienne générale, mais il ne semble pas avoir augmenté au cours des dernières années (tout comme le taux d'hypertension). Les taux de diabète et d'hypertension chez les populations inuites ressemblent à ceux enregistrés chez la population canadienne générale.

Le programme contribue à la salubrité accrue des produits alimentaires dans le commerce international. L'adoption de normes internationales par d'autres pays devrait contribuer à la salubrité des aliments à l'échelle internationale.

Les responsables du programme ont noué des liens avec des partenaires internationaux chargés de la réglementation et participent à des forums internationaux en vue de normaliser, d'harmoniser et d'accroître la salubrité des aliments. L'adoption de normes internationales par d'autres pays devrait contribuer à maintenir et à améliorer la salubrité des aliments.

Grâce aux activités et à la contribution du programme, le Canada est perçu comme un participant responsable et un expert scientifique dans le contexte international.

L'expertise des responsables du programme et leur contribution à la communauté internationale sont reconnues grâce à leur participation à l'élaboration de normes, à l'accueil de laboratoires et de centres collaborateurs internationaux et au partenariat visant le renforcement des capacités à l'échelle internationale.

Les responsables du programme cherchent à maintenir un système intégré pour la SQNA au Canada grâce à la consultation des partenaires et des intervenants et à la collaboration avec eux. Des difficultés ont été signalées au chapitre de l'adaptabilité du cadre de réglementation et devraient être réglées par les modifications législatives apportées récemment et les plans stratégiques du programme.

Par son approche axée sur la consultation et la collaboration, le programme vise à mobiliser l'ensemble des partenaires et des intervenants et devrait continuer à renforcer l'intégration des systèmes. Des directives gouvernementales sont en place pour veiller à l'adoption d'une approche d'élaboration de règlements axée sur la consultation, la coordination et la coopération. Les récentes modifications apportées à la LAD (p. ex. incorporation par renvoi) pourraient améliorer le degré d'adaptabilité du cadre réglementaire, bien que certains en doutent.

Démonstration de l'économie et de l'efficacité

Les données concernant le rendement et les finances du programme n'ont pas permis de démontrer l'efficacité et l'économie du programme.

On ne disposait pas de suffisamment de données financières dans le cadre de l'évaluation pour analyser l'efficacité et l'économie. Par conséquent, l'évaluation n'a pas permis de déterminer la mesure dans laquelle les ressources du programme ont été utilisées comme prévu ni d'établir si les extrants du programme ont été produits de façon efficace ou si les résultats attendus ont été produits de façon économique. La collecte de données sur le rendement ne semble pas être effectuée de façon uniforme ou selon une méthode d'analyse propre au programme; plusieurs mesures et formats sont utilisés, et les efforts tendent à être axés principalement sur le suivi des extrants du programme. Dans certains secteurs de programme, le rendement du processus a possiblement une incidence sur l'efficacité (p. ex. le processus d'évaluation des demandes préalables à la mise en marché, le processus d'ERS et son infrastructure, l'efficacité des communications avec les intervenants, les capacités de recherche des laboratoires, le processus d'ESA et la modernisation de la réglementation). Le programme utilise peu les partenariats public-privé et les services de sous-traitance, mais il ne dispose pas d'un cadre de recouvrement des coûts permettant de mieux gérer les coûts afférents à ses processus d'approbation préalable à la mise en marché.

RECOMMANDATIONS

Recommandation 1. La DA devrait examiner les options qui s'offrent à elle pour renforcer l'efficacité et la transparence de ses activités d'évaluation des demandes préalables à la mise en marché des aliments.

Dans l'ensemble, les évaluations des demandes préalables à la mise en marché ne sont pas effectuées conformément aux normes prescrites par les règlements en matière de délais (hausse du nombre de demandes de 61 % de 2007-2008 à 2012-2013), tandis que le nombre de demandes dans certains secteurs (aliments nouveaux et additifs alimentaires) ont diminué de 2011-2012 au troisième trimestre de 2012-2013. Pendant cette dernière période, le nombre de demandes non traitées dans les délais prévus dans les règlements a augmenté dans certains secteurs (emballage des aliments et agents technologiques alimentaires) et a diminué dans d'autres (additifs indirects). La DA utilise une approche axée sur la collaboration pour l'évaluation des demandes; toutefois, l'évaluation a permis de cerner plusieurs problèmes contribuant aux retards dans l'évaluation des demandes. Parmi ces problèmes, le manque de renseignements nécessaires sur le demandeur ainsi que la lenteur du processus d'évaluation des demandes et les communications connexes préoccupent particulièrement les intervenants de l'industrie et contribuent aux retards.

Recommandation 2. La DA devrait examiner et améliorer ses processus de suivi des ERS.

Les analyses des tendances indiquent une hausse du nombre de demandes de conseils techniques provenant de l'ACIA, qui, combinée aux difficultés avec lesquelles doit composer la DA au chapitre de la préparation des ERS, pourrait nuire au rendement à venir.

Recommandation 3. Santé Canada devrait mener des évaluations des répercussions de ses initiatives de sensibilisation du public pour déterminer l'intérêt qu'elles suscitent.

L'incidence des produits et des activités du programme sur la sensibilisation et la compréhension du public ne peut pas être établie puisque ces aspects ne sont pas mesurés en fonction du public cible ou de la période visée. Une des principales difficultés est liée au manque d'harmonisation entre le mécanisme de prestation et les préférences du public cible.

Recommandation 4. Santé Canada devrait concevoir une approche coordonnée de mesure du rendement pour le programme qui tient compte du point de vue du portefeuille de la Santé.

La collecte de données sur le rendement ne semble pas être effectuée de façon uniforme ou selon une méthode d'analyse propre au programme; plusieurs mesures et formats sont utilisés, et les efforts tendent à être axés principalement sur le suivi des extraits du programme.

Réponse et plan d'action de la direction

Évaluation du Programme de salubrité et de qualité nutritionnelle des aliments de 1999-2000 à 2011-2012

Recommandations	Réponse	Plan d'action	Livrables	Date d'achèvement prévue	Responsabilité
1. La Direction des aliments (DA) devrait examiner des solutions pour accroître l'efficacité et la transparence de ses activités d'évaluation des demandes préalables à la mise en marché.	Acceptée	<p>La DA effectue des examens obligatoires des demandes d'approbation préalables à la mise en marché de préparations pour nourrissons, d'additifs alimentaires et d'aliments nouveaux, ainsi que des évaluations préalables à la mise en marché d'autres produits (p. ex. aliments fonctionnels, agents technologiques et matériaux d'emballage) dans le cadre de son orientation proactive pour l'industrie, et ce, de façon volontaire.</p> <p>Dans le cadre des efforts déployés pour réduire l'arriéré dans le traitement de demandes non réglées ayant dépassé le délai acceptable selon les normes de rendement, les mesures suivantes ont été prises :</p> <ul style="list-style-type: none"> Établissement d'objectifs visant à réduire l'arriéré de 75 % d'ici septembre 2014. Information de l'industrie, de façon claire et transparente, à l'égard d'une nouvelle politique pour les demandes obligatoires préalables à la mise en marché présentant des lacunes et en attente d'une réponse des demandeurs depuis plus de six mois afin d'assurer la prévisibilité du processus relatif aux demandes préalables à la mise en marché. Présentation de critères clairs en vertu desquels les demandeurs pourraient maintenir leur dossier actif ainsi que des critères en vertu desquels la DA pourrait fermer un dossier. L'initiative d'envoi d'avis de renseignements insuffisants après 30 jours pour les additifs alimentaires, les préparations pour nourrissons et les aliments nouveaux a été mise en œuvre. La surveillance en temps réel des travaux liés à l'examen de demandes préalables à la mise en marché faciliterait la transparence envers les demandeurs en fournissant de l'information instantanée sur l'état de l'examen et, par conséquent, ajouterait une certaine prévisibilité au processus, permettant de connaître le temps qu'il reste pour réaliser l'examen tout en respectant les normes de rendement. La DA a préparé un document sur les exigences opérationnelles pour une proposition de base de données de gestion des demandes et a reçu du soutien dans le cadre du plan d'investissement du Ministère (PI 106). Ce système devrait évoluer pour devenir une base de données en ligne fournissant aux demandeurs des mises à jour en temps réel sur le traitement de leur demande. <p>Santé Canada a appuyé des modifications législatives apportées à la <i>Loi sur les aliments et drogues</i> et les modifications réglementaires subséquentes visant à accélérer le processus d'approbation des additifs alimentaires au Canada. Ce processus réduit le temps de traitement réglementaire, le faisant passer de plus de 18 mois à 3 ou 4 mois (http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/securit/addit/list/index-fra.php).</p>	1. Mise en œuvre de la base de données de gestion des demandes (PI 106A)	Septembre 2014	DA
			2. Directives à l'intention de l'industrie sur la préparation des additifs alimentaires mises à jour à la suite de la modernisation du cadre relatif aux additifs alimentaires.	Septembre 2014	DA
			3. Publication d'un cadre de transparence réglementaire accrue qui porte notamment sur les décisions préalables à la mise en marché d'aliments, conformément au cadre de Santé Canada en matière de transparence.	Décembre 2014	DA
			4. Élimination de 75 % de l'arriéré des activités d'évaluation des demandes préalables à la mise en marché.	Octobre 2014	DA
			5. Établissement de normes de service pour l'évaluation scientifique des examens obligatoires avant la mise en marché d'aliments.	Décembre 2014	DA

Recommandations	Réponse	Plan d'action	Livrables	Date d'achèvement prévue	Responsabilité
		<p>Dans le cadre des améliorations continues aux programmes, Santé Canada apportera des mises à jour subséquentes du titre 16 de la <i>Loi sur les aliments et drogues</i> concernant les additifs alimentaires, et publiera un document d'orientation à jour destiné à l'industrie au sujet de la préparation d'additifs alimentaires sous le régime modernisé.</p> <p>La DA tirera profit des conseils du Comité consultatif d'experts sur les aliments (CCEA) pour mobiliser les intervenants et lancera un cadre de transparence accrue pour les décisions en matière de réglementation des aliments. Le cadre comportera des mesures particulières pour les activités d'évaluation avant la mise en marché d'aliments et des mesures comme la publication systématique des résultats d'évaluation scientifique appuyant les approbations de Santé Canada préalables à la mise en marché d'aliments, ainsi que la contribution à ces résultats, et la publication systématique de la liste des présentations préalables à la mise en marché soumises à la DA de Santé Canada, avec l'assentiment des demandeurs.</p>			
2. La DA devrait examiner et améliorer ses processus de suivi des ERS.	Acceptée	<p>Au cours des trois dernières années, la DA a effectué 100 % des ERS à la demande de l'ACIA dans les délais établis.</p> <p>La DA travaillera avec la Direction des services de gestion de l'information (DSGI) sur les questions relatives à l'infrastructure de TI, conformément aux processus de GI-TI établis.</p>	6. Élaboration d'un document sur les exigences opérationnelles, conformément aux processus de GI-TI, pour soutenir la mise en place d'un outil axé sur les TI pour le suivi des ERS, outil qui sera soumis au processus d'approbation ministérielle.	Décembre 2014	DA
3. Santé Canada devrait mener des évaluations des répercussions de ses initiatives de sensibilisation du public pour déterminer l'intérêt qu'elles suscitent.	Acceptée	<p>Santé Canada a préparé un cadre d'évaluation en 2010 pour la Campagne d'éducation sur le tableau de la valeur nutritive (2010-2013). L'évaluation consistera à mesurer l'efficacité de la campagne en ce qui concerne, entre autres, la connaissance, la compréhension et l'utilisation du pourcentage de la valeur quotidienne du tableau de la valeur nutritive chez les Canadiens, le processus de collaboration avec des partenaires, ainsi que la conception et la mise en œuvre d'activités de la CETVN.</p> <p>Santé Canada a préparé un cadre d'évaluation en 2012 pour guider l'évaluation et la surveillance de l'Initiative de sensibilisation et d'éducation à une saine alimentation (2012 et années subséquentes). L'efficacité de la campagne <i>Bien manger</i> sur les compétences alimentaires, notamment l'amélioration du niveau de sensibilisation, de compréhension et de connaissance des Canadiens, sera mesurée.</p> <p>Santé Canada fera une évaluation des résultats de la campagne <i>Bien manger avec le Guide alimentaire canadien – Premières Nations, Inuit et Métis</i>.</p>	7. Rapport. Cette information permettra d'améliorer la campagne et de guider la mise sur pied d'autres campagnes.	Avril 2014	BPPN
			8. Rapport. Cette information permettra d'améliorer la campagne et de guider la mise sur pied d'autres campagnes.	Avril 2015	BPPN
			9. Rapport. Cette information permettra à la DGSPNI de mieux comprendre qui utilise le <i>Guide alimentaire</i> , comment ce	Septembre 2014	DGSPNI

Recommandations	Réponse	Plan d'action	Livrables	Date d'achèvement prévue	Responsabilité
			dernier est utilisé et comment il est intégré aux politiques et aux programmes.		
4. Santé Canada devrait mettre sur pied une approche coordonnée au sein du Programme pour la mesure du rendement selon le point de vue du portefeuille de la Santé.	Acceptée	Santé Canada est membre du groupe de travail interministériel sur le rendement du système alimentaire dirigé par l'ACIA et auquel participent l'ASPC et AAC en tant qu'observateurs. L'objectif du groupe de travail est d'élaborer un modèle des résultats des systèmes du portefeuille de la Santé avec des mesures du rendement connexes. Ce groupe de travail a été formé le 26 février 2014.	10. Le groupe de travail interministériel élaborera des indicateurs de rendement communs qui seront ensuite présentés au Comité des SMA sur la salubrité des aliments aux fins d'examen.	Juin 2014	DA
		La DA travaille en collaboration avec l'Université de Guelph à la mise à jour d'une étude sur le rendement des systèmes de salubrité alimentaire, y compris le système d'établissement de normes alimentaires canadiennes, comme suite à la publication d'une étude de 2010.	11. Financement pour appuyer une étude de suivi sur le rendement des systèmes de salubrité alimentaire, y compris le système d'établissement de normes alimentaires canadiennes.	Avril 2014	DA

1.0 Objet de l'évaluation

L'objet de l'évaluation était d'évaluer la pertinence et le rendement du Programme de salubrité et de qualité nutritionnelle des aliments (SQNA) (ci-après le PSQNA ou le programme) pour la période de 1999 à 2012. L'évaluation visait également à souligner les réalisations et les leçons apprises ainsi que les problèmes touchant le programme.

L'évaluation a été réalisée pour satisfaire aux exigences de la Politique sur l'évaluation (2009)⁴⁰⁰ du Conseil du Trésor du Canada ainsi qu'aux exigences liées aux demandes de fonds dédiés.

2.0 Description du programme

2.1 Contexte du programme

Pour préserver et promouvoir la santé des Canadiens, le ministre fédéral de la Santé a le pouvoir d'élaborer des normes, des politiques et des règlements en vue d'assurer la salubrité et la valeur nutritionnelle de tous les aliments vendus au Canada, de promouvoir les conditions qui permettent une alimentation saine et de fournir des renseignements aux Canadiens pour les aider à faire des choix sains en matière d'alimentation. Le mandat du programme découle de la *Loi sur les aliments et drogues* (LAD), du *Règlement sur les aliments et drogues* (RAD), de la *Loi sur le ministère de la Santé*, de la *Loi sur les produits antiparasitaires* (LPA), de la *Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada* (Loi sur l'ASPC) et de la *Loi sur l'Agence canadienne d'inspection des aliments* (Loi sur l'ACIA).

Le mandat comporte les activités clés suivantes^{103,102,79,35,386,106,105,182,485,63,64,357,68,93,402,394,358} :

- Mener des évaluations (scientifiques) des demandes de l'industrie alimentaire.
- Élaborer, mettre à jour et diffuser des politiques, des lignes directrices, des règlements, des normes, des stratégies et des renseignements destinés aux consommateurs, ce qui comprend ce qui suit :
 - o fournir des renseignements aux Canadiens sur les habitudes alimentaires saines et sur les risques et les avantages liés aux aliments;
 - o promouvoir des pratiques assurant la salubrité des aliments;
 - o représenter le Canada au sein d'organisations internationales d'établissement de normes et de collaboration dans le domaine de l'alimentation et contribuer à l'élaboration de normes internationales.
- Mener des évaluations sur les risques et les avantages pour la santé afin de gérer les incidents liés à la salubrité des aliments et évaluer l'efficacité des activités de l'ACIA liées à la salubrité des alimentsⁱⁱ.
- Assurer une surveillance et un contrôle, ce qui comprend ce qui suit :

ii En octobre 2013, l'ACIA s'est jointe au portefeuille de la Santé. Un décret récent a désigné le ministre de la Santé comme le ministre compétent pour l'ACIA aux fins de l'application de la *Loi sur la gestion des finances publiques*³⁸¹.

- o contribuer à la prévention et au contrôle des maladies chroniques et infectieuses grâce à la surveillance et à la promotion de la santé publique;
- o participer aux interventions menées lors d'événements de santé publique causés par des aliments;
- o réévaluer les pesticides actuellement sur le marché pour veiller à ce qu'ils respectent les normes scientifiques en vigueur.
- Mener des travaux de recherche scientifique appliquée et élaborer des méthodes pour soutenir la prise de décisions stratégiques concernant les aliments et la nutrition.
- Coordonner les priorités et les approches de gestion des risques au sein du système canadien d'assurance de la salubrité des aliments, ce qui comprend ce qui suit :
 - o planifier et administrer la surveillance des aliments et de la nutrition, et surveiller les sous-programmes pour soutenir l'élaboration de normes;
 - o fournir des conseils et de l'aide à d'autres ministères ou organismes fédéraux, provinciaux ou territoriaux (FPT) relativement à la salubrité des aliments et à la nutrition.

2.2 Profil du programme

La Direction des aliments (DA) de la Direction générale des produits de santé et des aliments (DGPSA) de Santé Canada est responsable des activités essentielles du PSQNA. Dans le cadre du PSQNA, d'autres activités pertinentes sont également menées par les participants clés suivants du programmeⁱⁱⁱ :

- Santé Canada
 - o DGPSA : Bureau d'évaluation de la salubrité des aliments (BESA)^{iv}, Direction des politiques, de la planification et des affaires internationales (DPPAI); Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition (BPPN); Direction des médicaments vétérinaires (DMV).
 - o Bureau des régions et des programmes (BRP) : laboratoires et bureaux régionaux.
 - o Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) : Direction des programmes communautaires (DPC) et Direction des soins de santé primaires et de la santé publique (DSSPSP). À la suite de la réorganisation de la Direction générale en avril 2012, ces directions ont été fusionnées en une seule, la Direction des conseils interprofessionnels et de l'aide aux programmes (DCIAP).
 - o Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire (ARLA).
- Agence de la santé publique du Canada^v
 - o Direction générale de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses (DGPCMI)^{vi} : Centre des maladies infectieuses d'origine alimentaire,

ⁱⁱⁱ L'expression « participants clés du programme » désigne les organisations qui mènent les activités essentielles du PSQNA.

^{iv} Le BESA ne fait plus partie du programme.

^v L'Agence de la santé publique du Canada a été mise sur pied en 2004. Avant cette date, la Direction générale de la protection de la santé et le Laboratoire de lutte contre la maladie contribuaient au PSQNA.

^{vi} Anciennement la Direction générale des maladies infectieuses et des mesures d'urgence.

environnementale et zoonotique (CMIOAEZ), Laboratoire de lutte contre les zoonoses d'origine alimentaire (LLZOA) et Laboratoire national de microbiologie (LNM).

- o Direction générale de l'infrastructure de sûreté sanitaire : Centre de mesures et d'interventions d'urgence (CMIU), qui relevait auparavant de la Direction générale des maladies infectieuses et des mesures d'urgence.
- ACIA.

Les activités de ces participants clés du programme contribuent à la mise en œuvre du PSQNA des façons suivantes^{vii} :

- La DA : effectue des évaluations des demandes de l'industrie alimentaire; élabore, met à jour et diffuse des politiques, des lignes directrices, des règlements, des normes, des stratégies et des renseignements destinés aux consommateurs pour aider les Canadiens à prendre des décisions en ce qui concerne les aliments et leur régime alimentaire; effectue des évaluations sur les risques et les avantages pour la santé; assure la surveillance et le contrôle; effectue de la recherche et élabore des méthodes pour soutenir les programmes; coordonne les priorités et les approches de gestion des risques au sein du système canadien d'assurance de la salubrité des aliments. Lors de toxi-infection d'origine alimentaire dans plusieurs provinces, la DA soutient l'Agence de la santé publique du Canada et l'ACIA dans le cadre de l'enquête et de l'intervention fédérales coordonnées en menant des évaluations des risques pour la santé (ERS) pour guider la prise de décisions.
- Le BESA a évalué l'efficacité des activités de l'ACIA liées à la salubrité des aliments. Il avait pour objectif de fournir des conseils et des directives à l'ACIA sur ses activités liées à la salubrité des aliments ainsi que des commentaires pour aider Santé Canada à assumer son rôle concernant l'élaboration de politiques et de normes relatives à la salubrité et à la valeur nutritive des aliments, comme le prévoit le paragraphe 11(4) de la Loi sur l'ACIA.
- Le BPPN est le principal responsable de la nutrition dans le contexte de la santé publique au sein du gouvernement fédéral et il gère le programme visant la promotion d'une alimentation saine auprès des Canadiens. Le BPPN travaille étroitement avec la DA et d'autres partenaires au sein et à l'extérieur du portefeuille de la Santé^{viii} pour fournir aux Canadiens des politiques, des lignes directrices et des ressources cohérentes, crédibles et fondées sur des données probantes en ce qui a trait à l'alimentation saine. Pour ce faire, le BPPN effectue des travaux de recherche, assure une surveillance et mène des activités d'élaboration de politiques et de promotion concernant la nutrition en santé publique.
- La DMV effectue des évaluations préalables et postérieures à la mise en marché pour les demandes d'approbation de médicaments vétérinaires de l'industrie et mène des activités de surveillance et d'établissement de normes ayant trait à l'innocuité, à la qualité et à l'efficacité des médicaments utilisés chez les animaux. La DMV élabore des normes, des politiques et des règlements concernant la vente de médicaments vétérinaires administrés aux animaux destinés à l'alimentation et les résidus de médicaments que l'on trouve dans

^{vii} Les activités pertinentes de chaque participant clé du programme, sauf le BPPN et la DMV, sont incluses dans la présente évaluation. Voir la **section 3.1**.

^{viii} Le portefeuille de la Santé se compose de Santé Canada, de l'Agence de la santé publique du Canada, des Instituts de recherche en santé du Canada, du Conseil de contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses, du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés et de Procréation assistée Canada. L'ACIA s'est jointe au portefeuille de la Santé en octobre 2013.

les aliments issus d'animaux, comme la viande, le lait, les œufs et le miel. La DMV appuie l'ACIA dans la gestion des incidents liés à la salubrité des aliments découlant de la présence de résidus de médicaments vétérinaires non conformes.

- Le BRP est responsable des programmes et des laboratoires régionaux. Des laboratoires axés sur l'alimentation sont établis dans quatre régions, et des agents de liaison des politiques alimentaires représentent le programme dans les six bureaux régionaux.
- La DCIAP de la DGSPNI soutient l'élaboration et la prestation de politiques, de programmes et de services liés à la nutrition à l'intention des membres des Premières Nations vivant dans les réserves et de ceux des collectivités inuites. La DCIAP est également responsable de la surveillance et de l'analyse des risques relativement à la sécurité chimique des aliments traditionnels ainsi que des activités de promotion de la santé visant la prévention des éclosons de maladies entériques dans les collectivités des Premières Nations.
- L'ARLA est responsable de la réglementation relative à la lutte antiparasitaire par l'application de la LPA. L'objectif principal de l'ARLA est de prévenir les risques inacceptables pour les Canadiens et l'environnement que présente l'utilisation des produits antiparasitaires; cela comprend des évaluations scientifiques des pesticides utilisés sur des aliments et l'établissement de limites maximales de résidus (LMR) fondées sur des données scientifiques pour chaque combinaison d'organisme nuisible et de culture.
- La DGPCMI, qui fait partie de l'Agence de la santé publique du Canada, est responsable des activités de surveillance et d'évaluation des risques pour la santé. L'Agence gère des systèmes de surveillance qui permettent d'effectuer le suivi des pathogènes alimentaires chez les animaux (et dans leurs produits) et dans les produits végétaux. Elle effectue également le suivi des maladies humaines et des maladies chroniques liées au régime alimentaire et participe à la gestion coordonnée des toxi-infections d'origine alimentaire. L'Agence de la santé publique du Canada mène également des activités de surveillance de la résistance aux antimicrobiens au moyen du Programme intégré canadien de surveillance de la résistance aux antimicrobiens (PICRA), qui appuie les évaluations des risques menées par la DMV avant et après la mise en marché des antimicrobiens administrés aux animaux destinés à l'alimentation. L'Agence mène également des travaux de recherche épidémiologique et en laboratoire. Lors de toxi-infection d'origine alimentaire dans plusieurs provinces, elle est responsable de la coordination des enquêtes et des interventions FPT, appuyée par l'ACIA et la DA.
- L'ACIA applique des politiques, des règlements et des normes, établis par Santé Canada, régissant la salubrité et la qualité nutritionnelle de tous les aliments vendus au Canada au moyen d'activités comme l'agrément et l'inspection des abattoirs et des usines de transformation des aliments et les analyses de produits. En cas d'événement lié à la salubrité des aliments, l'ACIA, en partenariat avec Santé Canada, les organismes provinciaux et l'industrie alimentaire, met en œuvre un système d'intervention d'urgence. Lors de toxi-infection d'origine alimentaire dans plusieurs provinces, l'ACIA soutient la DA et l'Agence de la santé publique du Canada dans le cadre de l'intervention coordonnée FPT en réalisant les enquêtes sur la salubrité des aliments dirigées par l'Agence de la santé publique du Canada.

Les responsables du PSQNA collaborent également avec un vaste éventail de partenaires et d'intervenants (voir l'Annexe 1), y compris d'autres directions générales et bureaux de Santé Canada, d'autres ministères, des gouvernements provinciaux et territoriaux, des organisations non gouvernementales (ONG) et plusieurs organisations internationales, comme l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) et la Commission du Codex Alimentarius (Codex).

Le programme est réalisé au moyen d'activités menées par ces participants clés, lesquels sont chapeautés par la DA. Il n'y a pas d'organisme de gouvernance qui encadre le programme de façon générale; cependant, il existe un certain nombre de comités auxquels collaborent les participants clés du programme (voir le résultat immédiat 5).

2.3 Modèle logique du programme et description

Le résultat ultime du programme est de maintenir et d'améliorer la santé des Canadiens.

Les secteurs d'activité du programme (élaboration et diffusion de règlements et de politiques, évaluation des demandes préalables à la mise en marché, évaluation des risques et des avantages pour la santé, surveillance et contrôle, recherche et coordination des priorités et de la gestion des risques) produisent des extrants (p. ex. règlements, directives, décisions et opinions réglementaires, méthodes et stratégies nationales) destinés à un public cible (p. ex. industrie, consommateurs, professionnels de la santé, responsables de la réglementation ou autres ministères fédéraux, organisations FPT et organisations internationales). La mise en œuvre réussie de ces processus permet aux responsables du programme d'atteindre les résultats immédiats, intermédiaires et à long terme suivants :

- Résultats immédiats
 - o Accessibilité accrue à des aliments sains et nutritifs pour les Canadiens.
 - o Connaissance et compréhension accrue des risques et des avantages pour la santé liés à la salubrité des aliments et à la nutrition.
 - o Contribution accrue aux normes internationales appuyées par des données scientifiques.
 - o Meilleures connaissances servant de plus en plus à appuyer les politiques, les lignes directrices, les normes, les règlements, les stratégies ainsi que les évaluations et les inspections de l'ACIA.
 - o Plus grande collaboration avec les intervenants et les partenaires FPT.
- Résultats intermédiaires
 - o Choix plus sains en matière d'alimentation faits par les consommateurs.
 - o Diminution de l'exposition aux dangers microbiens, chimiques et physiques et aux risques nutritionnels.
 - o Adoption plus répandue des normes internationales par le Canada et d'autres pays.
 - o Approche plus intégrée à l'égard des priorités et des activités FPT liées à la salubrité des aliments et à la nutrition.
- Résultats à long terme
 - o Amélioration de l'état nutritionnel des Canadiens.
 - o Diminution des maladies d'origine alimentaire et nutritionnelle.

- o Salubrité accrue des produits alimentaires dans le commerce international.
- o Perception du Canada en tant que participant responsable et expert scientifique à l'échelle internationale.
- o Présence d'un système de SQNA durable et intégré au Canada.

La réalisation de ces résultats (qui vont des efforts déployés au sein du programme pour établir un environnement sécuritaire et axé sur les connaissances, dans le cadre duquel la collaboration et l'échange de renseignements sont essentiels, à la durabilité, en passant par l'amélioration de la prise de décisions et la diminution des risques découlant des efforts d'intégration et d'harmonisation) permet aux responsables du programme d'atteindre le résultat ultime. Le lien entre ces secteurs d'activité et les résultats escomptés est décrit ci-dessous (Section 2.3.1). L'évaluation visait à mesurer le niveau de réalisation des extrants et des résultats définis au cours de la période visée.

2.3.1 Description du modèle logique^{ix}

Le Programme de salubrité et de qualité nutritionnelle des aliments (PSQNA) utilise les ressources (intrants) suivantes pour mener à bien ses activités, produire des extrants et atteindre ses résultats : financement; ressources humaines; installations; infrastructure; lois, règlements, politiques et priorités; protocoles d'entente; et soutien administratif.

Le PSQNA regroupe six activités principales exercées par les partenaires du Programme, à savoir :

- o évaluations des présentations de l'industrie de l'alimentation;
- o élaboration, mise à jour et diffusion de politiques, de directives, de règlements, de normes, de stratégies et de renseignements aux consommateurs;
- o évaluations des risques et des avantages pour la santé et évaluations des activités de l'ACIA;
- o surveillance et suivi;
- o réalisation de travaux de recherche et élaboration de méthodes à l'appui des programmes;
- o coordination des priorités et des approches de gestion du risque au sein du système canadien de salubrité des aliments.

Il convient de mentionner qu'il y a des liens étroits entre les évaluations des risques et des avantages pour la santé et les évaluations des activités de l'ACIA, la surveillance et le suivi, ainsi que les activités de recherche et d'élaboration de méthodes à l'appui des programmes.

Ces activités ciblent différents groupes, à savoir :

- o évaluations des présentations de l'industrie de l'alimentation;
 - industrie, consommateurs et professionnels de la santé des animaux;

^{ix} Pour obtenir une copie de l'image du modèle logique veuillez utiliser le courrier électronique suivant « Evaluation Reports HC - Rapports Evaluation@hc-sc.gc.ca ».

- élaboration, mise à jour et diffusion de politiques, de directives, de règlements, de normes, de stratégies et de renseignements aux consommateurs;
 - industrie, organismes internationaux, médias, professionnels de la santé, partenaires et intervenants FPT, ACIA, consommateurs et agents de réglementation de Santé Canada;
- évaluations des risques et des avantages pour la santé et évaluations des activités de l'ACIA;
 - ACIA, partenaires et intervenants FPT, organismes internationaux, autres directions générales de Santé Canada, et industrie et producteurs;
- surveillance et suivi;
 - ACIA, partenaires et intervenants FPT, IRSC, professionnels de la santé, Statistique Canada et organismes internationaux;
- réalisation de travaux de recherche et élaboration de méthodes à l'appui des programmes;
 - ACIA, universitaires, industrie, partenaires et intervenants FPT, IRSC, organismes internationaux et agents de réglementation de Santé Canada;
- coordination des priorités et des approches de gestion du risque au sein du système canadien de salubrité des aliments;
 - ACIA, partenaires et intervenants FPT, consommateurs, industrie et Agriculture et Agroalimentaire Canada.

Chacune de ces activités permet au Programme de générer des produits ou des services, à savoir :

- évaluations des présentations de l'industrie de l'alimentation;
 - décisions (approbations ou refus) et communications;
- élaboration, mise à jour et diffusion de politiques, de directives, de règlements, de normes, de stratégies et de renseignements aux consommateurs;
 - lignes directrices, politiques, règlements, modifications réglementaires, normes, stratégies et renseignements destinés aux consommateurs;
- évaluations des risques et des avantages pour la santé et évaluations des activités de l'ACIA;
 - rapports d'évaluation, décisions, conseils et directives, et commentaires à l'intention de Santé Canada;
- surveillance et suivi;
 - rapports, renseignements et conseils, données, stratégies et protocoles;
- réalisation de travaux de recherche et élaboration de méthodes à l'appui des programmes;
 - publications, conseils d'experts, données, analyse des tendances et méthodes publiées;
- coordination des priorités et des approches de gestion du risque au sein du système canadien de salubrité des aliments;
 - rapports, stratégies nationales, lignes directrices et initiatives communes.

La mise en œuvre des activités susmentionnées correspond à des résultats immédiats, intermédiaires et à long terme précis. Dans l'immédiat, les évaluations des risques et des avantages pour la santé et les évaluations des activités de l'ACIA, jumelées à la surveillance et

au suivi ainsi qu'à la réalisation de travaux de recherche et à la mise au point de méthodes à l'appui de programmes, devraient mener à l'amélioration des connaissances et à l'utilisation de celles-ci pour soutenir les politiques, les lignes directrices, la réglementation, les stratégies ainsi que les inspections et les évaluations de l'ACIA. Ce résultat, combiné à l'élaboration, à la mise à jour et à la diffusion de politiques, de lignes directrices, de règlements, de normes, de stratégies et de renseignements destinés aux consommateurs, devrait accroître la contribution du Programme aux normes appuyées par des données scientifiques. L'élaboration, la mise à jour et la diffusion de politiques, de lignes directrices, de règlements, de normes, de stratégies et de renseignements destinés aux consommateurs devraient également mener à une connaissance et à une compréhension accrues des risques et des avantages pour la santé liés à la salubrité des aliments et à la nutrition qui, combinées à des évaluations des demandes de l'industrie alimentaire, devraient à leur tour donner lieu à une accessibilité accrue à des aliments sains et nutritifs pour les Canadiens. La coordination des priorités et des approches de gestion du risque avec le système d'assurance de la salubrité des aliments du Canada devrait mener à une collaboration accrue avec les partenaires et les intervenants FPT.

L'atteinte de ces résultats immédiats devrait mener à l'atteinte des résultats intermédiaires. Ainsi, l'accessibilité accrue à des aliments sains et nutritifs pour les Canadiens, conjuguée à de meilleures connaissances servant de plus en plus à appuyer les politiques, les lignes directrices, les normes, les règlements, les stratégies et les évaluations et les inspections de l'ACIA ainsi qu'à une connaissance et à une compréhension accrues des risques et des avantages pour la santé liés à la salubrité des aliments et à la nutrition, devrait contribuer à diminuer l'exposition aux dangers microbiens, chimiques et physiques et aux risques nutritionnels. La connaissance et la compréhension accrues des risques et des avantages pour la santé liés à la salubrité des aliments et à la nutrition devraient également aider les consommateurs à faire des choix sains en matière d'alimentation. La contribution accrue du Programme aux normes internationales appuyées par des données scientifiques devrait favoriser l'adoption de normes internationales par le Canada et d'autres pays. La collaboration accrue avec les partenaires et les intervenants FPT devrait mener à une approche plus intégrée à l'égard des priorités et des activités FPT liées à la salubrité des aliments et à la nutrition.

À long terme, les résultats intermédiaires découlant de choix plus sains en matière d'alimentation faits par les consommateurs et la diminution de l'exposition aux dangers microbiens, chimiques et physiques et aux risques nutritionnels devraient contribuer à l'amélioration de l'état nutritionnel des Canadiens et à la réduction des maladies d'origine alimentaire et nutritionnelle. L'adoption plus répandue des normes internationales par le Canada et d'autres pays devrait contribuer à la salubrité accrue des produits alimentaires dans le commerce international et à l'image du Canada comme un participant responsable et un expert scientifique dans le contexte international. Enfin, une approche plus intégrée à l'égard des priorités et des activités FPT liées à la salubrité des aliments et à la nutrition devrait donner lieu à un système viable et intégré pour la salubrité des aliments et la qualité de la nutrition au Canada.

Le résultat ultime du Programme consiste à veiller à l'amélioration et au maintien de la santé des Canadiens.

2.4 Harmonisation et ressources du programme

Le programme fait partie intégrante de deux architectures d'alignement des programmes^x (AAP) et contribue à la réalisation de plusieurs résultats stratégiques. Il contribue à la réalisation des résultats stratégiques de Santé Canada « Les Canadiens sont informés et protégés des risques pour la santé que présentent les aliments, les produits, les substances et les environnements et sont sensibilisés aux bienfaits d'une saine alimentation » et « Les communautés inuites et des Premières Nations ainsi que les membres de ces communautés reçoivent des services de santé et des prestations qui répondent à leurs besoins de manière à améliorer leur état de santé » dans le cadre des programmes et des sous-programmes suivants de l'AAP²²⁴ :

- 2.2 Salubrité des aliments et nutrition
 - o 2.2.1 Salubrité des aliments
 - o 2.2.2 Nutrition et saine alimentation
- 2.7 Innocuité des pesticides
- 3.1 Soins de santé primaires aux membres des Premières Nations et aux Inuits
 - o 3.1.1 Promotion de la santé et prévention des maladies auprès des collectivités inuites et des Premières Nations;
 - o 3.1.2 Protection de la santé publique des collectivités inuites et des Premières Nations.

Le programme contribue également à la réalisation du résultat stratégique de l'Agence de la santé publique du Canada « Le Canada est en mesure de promouvoir la santé, de réduire les inégalités en santé et de prévenir et d'atténuer les maladies et les blessures » dans le cadre des programmes et des sous-programmes suivants de l'AAP :⁴¹¹

- 1.1 Science et technologie pour la santé publique
- 1.2 Surveillance et évaluation de la santé de la population
 - o 1.2.1 Surveillance de la santé publique
 - o 1.2.2 Évaluation de l'état de santé de la population
- 1.3 État de préparation et capacité en santé publique
 - o 1.3.2 État de préparation
- 1.5 Prévention et réduction des maladies et des blessures
 - o 1.5.3 Prévention et contrôle des maladies infectieuses
- 1.6 Application des règlements et intervention d'urgence
 - o 1.6.2 Opérations d'urgence

Pour prendre connaissance des données financières sur le programme de 1999 à 2012, consulter la **section 4.5**.

^x Anciennement appelée l'Architecture des activités de programme, l'AAP reflète la façon dont les organisations sont structurées et dont les responsabilités sont gérées; elle définit également comment les programmes contribuent à la réalisation des résultats stratégiques.

3.0 Description de l'évaluation

3.1 Portée de l'évaluation et éléments à évaluer

L'évaluation couvre la période du 1^{er} avril 1999 au 31 mars 2012; les évaluateurs ont surtout utilisé des données générées pendant cette période pour traiter les questions essentielles, mais ils ont également tenu compte de données d'autres années (c.-à-d. des données d'avant 1999 et des données plus récentes de 2013) lorsque cela était jugé pertinent^{xi}.

L'évaluation porte sur toutes les activités de la DA, du BESA et des laboratoires et bureaux régionaux (voir la **section 2.2**) ainsi que sur les activités financées sur plusieurs exercices de la DGSPNI, de l'ARLA et de l'Agence de la santé publique du Canada, c'est-à-dire :

- DGSPNI – Activités liées à la nutrition et à la salubrité des aliments (y compris les projets pilotes du programme Aliments-poste, qui ont été financés en partie par le programme jusqu'en 2006-2007), surveillance et analyse des risques relativement à la sécurité chimique des aliments traditionnels et activités de promotion de la santé axées sur la prévention des éclosions de maladies entériques dans les collectivités des Premières Nations.
- ARLA – Réévaluation des matières actives de qualité technique et des matières actives dans les préparations commerciales homologuées avant le 31 décembre 1994.
- Agence de la santé publique du Canada – Surveillance des maladies entériques^{xii}, enquêtes ciblées, services de laboratoire, gestion de l'information liée aux problèmes de salubrité des aliments ainsi qu'enquêtes sur les toxi-infections d'origine alimentaire et interventions connexes^{xiii}.

L'évaluation ne porte pas sur ce qui suit :

- activités associées à la biotechnologie, à l'encéphalopathie spongiforme bovine et aux initiatives sur les modes de vie sains, car elles ont été examinées dans le cadre d'autres évaluations;
- activités du BPPN et de la DMV, car elles ont été traitées dans le cadre d'autres évaluations;

^{xi} Initialement, l'évaluation devait couvrir la période du 1^{er} avril 1999 au 31 mars 2008, mais la portée a été élargie pour que d'autres secteurs y soient traités et pour répondre aux demandes des participants clés du programme.

^{xii} Une maladie entérique infectieuse est une affection gastro-intestinale causée par l'ingestion de bactéries, de virus ou d'autres micro-organismes parasitaires (p. ex. *Salmonella*, *E. coli*, *Listeria* et *Giardia*) qui se retrouvent dans les aliments ou l'eau ainsi que chez les animaux et les personnes infectées⁵².

^{xiii} Le financement sur plusieurs exercices a été versé en 1999 à l'ancien Laboratoire de lutte contre la maladie pour renforcer les capacités de surveillance des maladies d'origine alimentaire et établir une certaine capacité de surveillance des zoonoses transmises par la nourriture. Ces activités ont été transférées à la DGPCMI au moment de la création de l'Agence de la santé publique du Canada. Au sein de cette organisation, le financement a été réparti également entre le CMIOAEZ et le LNM.

- activités de conformité et d'application de la loi effectuées par l'ACIA, car celle-ci ne faisait pas partie du portefeuille de la Santé pendant la période visée par l'évaluation.

Les questions d'évaluation utilisées pour l'évaluation étaient fondées sur les cinq éléments fondamentaux énoncés dans la Directive sur la fonction d'évaluation (2009) du Conseil du Trésor du Canada⁸¹. Elles sont présentées dans le **tableau 1** ci-dessous.

Table 1 Éléments fondamentaux et questions d'évaluation

Éléments fondamentaux	Questions d'évaluation
Pertinence	
Élément 1 : Nécessité de maintenir le programme	Évaluation de la mesure dans laquelle le programme continue de répondre à un besoin manifeste et est adapté aux besoins des Canadiens. <ul style="list-style-type: none"> • Le programme répond-il toujours à un besoin démontrable? • Le programme est-il adapté aux besoins des Canadiens?
Élément 2 : Conformité avec les priorités du gouvernement	Évaluation des liens entre les objectifs du programme et i) les priorités du gouvernement fédéral et ii) les résultats stratégiques ministériels. <ul style="list-style-type: none"> • Les objectifs du programme cadraient-ils avec les priorités du gouvernement fédéral et les résultats stratégiques ministériels?
Élément 3 : Harmonisation avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral	Évaluation du rôle et des responsabilités du gouvernement fédéral relativement à l'exécution du programme. <ul style="list-style-type: none"> • Le programme est-il conforme aux rôles et responsabilités du gouvernement fédéral?
Rendement (efficacité, efficience et économie)	
Élément 4 : Atteinte des résultats escomptés (efficacité)	Évaluation des progrès réalisés vers l'atteinte des résultats escomptés (résultats immédiats, intermédiaires et ultimes) en ce qui a trait aux cibles de rendement, ainsi qu'à la portée et à la conception du programme, ce qui comprend la contribution des extraits aux résultats et les liens entre ces éléments. <ul style="list-style-type: none"> • Dans quelle mesure les évaluations des demandes de l'industrie et les ERS ont-elles accru l'accessibilité à des aliments sains et nutritifs au Canada? • Dans quelle mesure la connaissance et la compréhension des risques liés à la salubrité des aliments et des avantages de la qualité nutritionnelle ont-elles augmenté en raison des activités du programme? • Dans quelle mesure le programme a-t-il eu une incidence sur les normes internationales? • Dans quelle mesure la base de connaissances (recherche) et son utilisation ont-elles augmenté en raison des activités du programme? • Dans quelle mesure la collaboration avec les intervenants et les partenaires FPT s'est-elle améliorée? • Évaluation des progrès réalisés vers l'atteinte des résultats escomptés (résultats immédiats, intermédiaires et ultimes) en ce qui a trait aux cibles de rendement, ainsi qu'à la portée et à la conception du programme, ce qui comprend la contribution des extraits aux résultats et les liens entre ces éléments. • Dans quelle mesure les évaluations des demandes de l'industrie et les ERS ont-elles accru l'accessibilité à des aliments sains et nutritifs au Canada? • Dans quelle mesure la connaissance et la compréhension des risques liés à la salubrité des aliments et des avantages de la qualité nutritionnelle ont-elles augmenté en raison des activités du programme? • Dans quelle mesure le programme a-t-il eu une incidence sur les normes internationales? • Dans quelle mesure la base de connaissances (recherche) et son utilisation ont-elles augmenté en raison des activités du programme? • Dans quelle mesure la collaboration avec les intervenants et les partenaires FPT s'est-elle améliorée? • Dans quelle mesure les consommateurs ont-ils fait des choix plus sains en matière d'alimentation en raison des activités du programme? • Dans quelle mesure l'exposition aux dangers et aux risques microbiens, chimiques et

Éléments fondamentaux	Questions d'évaluation
	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation des progrès réalisés vers l'atteinte des résultats escomptés (résultats immédiats, intermédiaires et ultimes) en ce qui a trait aux cibles de rendement, ainsi qu'à la portée et à la conception du programme, ce qui comprend la contribution des extraits aux résultats et les liens entre ces éléments. • Dans quelle mesure les évaluations des demandes de l'industrie et les ERS ont-elles accru l'accessibilité à des aliments sains et nutritifs au Canada? • Dans quelle mesure la connaissance et la compréhension des risques liés à la salubrité des aliments et des avantages de la qualité nutritionnelle ont-elles augmenté en raison des activités du programme? • Dans quelle mesure le programme a-t-il eu une incidence sur les normes internationales? • Dans quelle mesure la base de connaissances (recherche) et son utilisation ont-elles augmenté en raison des activités du programme? • Dans quelle mesure la collaboration avec les intervenants et les partenaires FPT s'est-elle améliorée? • Dans quelle mesure les consommateurs ont-ils fait des choix plus sains en matière d'alimentation en raison des activités du programme? • Dans quelle mesure l'exposition aux dangers et aux risques microbiens, chimiques et physiques a-t-elle diminué et les avantages associés à la nutrition ont-ils augmenté? • Dans quelle mesure les normes internationales ont-elles été adoptées par le Canada et d'autres pays? • Dans quelle mesure le programme a-t-il augmenté l'intégration des priorités et des activités liées à la SQNA? • Dans quelle mesure l'état nutritionnel des Canadiens s'est-il amélioré en raison des activités du programme? • Dans quelle mesure les activités du programme ont-elles contribué à la diminution des maladies d'origine alimentaire et nutritionnelle? • Dans quelle mesure les activités du programme ont-elles contribué à la salubrité des produits alimentaires dans le commerce international? • Dans quelle mesure le Canada est-il considéré comme un participant actif et un expert scientifique à l'échelle internationale? • Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à la mise en place d'un système de SQNA durable et intégré au Canada?
<p>Élément 5 : Démonstration de l'efficacité et de l'économie</p>	<p>Évaluation de l'utilisation des ressources relativement à la production des extraits et aux progrès réalisés concernant l'atteinte des résultats escomptés.</p> <ul style="list-style-type: none"> • A-t-on envisagé d'autres structures de prestation dans le cadre de la mise en œuvre et de la prestation du programme? • Les responsables du programme ont-ils conçu et mis en œuvre une stratégie de mesure du rendement? • Le budget affecté au programme et les dépenses dans le cadre de ce dernier ont-ils permis de réaliser les résultats du programme?

3.2 Approche et modèle de l'évaluation

Une approche fondée sur les résultats a été utilisée afin d'évaluer les progrès réalisés vers l'atteinte des résultats escomptés, de déterminer les conséquences inattendues, le cas échéant, et de déterminer les leçons apprises.

Les objectifs et les exigences établis dans la Politique sur l'évaluation (2009) du Conseil du Trésor du Canada ont orienté la détermination du modèle de l'évaluation et des méthodes de collecte de données. Le modèle non expérimental particulier utilisé était fondé sur le cadre d'évaluation du Programme de salubrité et de qualité nutritionnelle des aliments – évaluation sommative¹⁸⁹ (ci-après le cadre d'évaluation), lequel décrivait en détail la stratégie d'évaluation du programme et assurait l'uniformité de la collecte de données appuyant l'évaluation.

Un groupe de travail (GT) de l'évaluation a été mis sur pied; il était composé de représentants de la Direction de l'évaluation, de tous les participants clés du programme et de certains partenaires (p. ex. le Bureau de la participation des consommateurs et du public [BPCP]), qui ont élaboré ensemble le cadre d'évaluation. Ce GT est demeuré actif pendant les phases de planification, d'exécution et d'établissement de rapports de l'évaluation pour assurer un apport continu du programme et la validation des constatations par des personnes bien informées.

3.3 Méthodes de collecte et d'analyse des données

De nombreuses sources de données ont été utilisées dans le cadre de l'évaluation afin d'accroître la fiabilité et la crédibilité des constatations. Voici quelques méthodes de collecte de données utilisées dans l'évaluation (voir l'**Annexe 2**)^{xiv}.

- Revue de la littérature
- Examen des dossiers
- Entrevues avec des responsables du programme, des partenaires et des intervenants (n=152)
- Études de cas
 - o Acrylamide dans certains aliments
 - o Évaluation des matériaux d'emballage des aliments
 - o Programmes de SQNA dans certains pays
 - o Approche de Santé Canada relative au fromage au lait cru^{xv}
 - o Soutien apporté par Santé Canada à la recherche en milieu communautaire sur la contamination par le mercure dans la collectivité de Grassy Narrows
 - o Acides gras trans
 - o Intervention de Santé Canada lors de l'éclosion de listériose de 2008

Voici quelques méthodes d'analyse utilisées pour l'évaluation.

- Analyse du contenu : compilation systématique, examen et résumé des données obtenues de multiples sources.
- Analyste statistique : statistiques descriptives de base découlant de données obtenues dans le cadre de l'examen des dossiers pour analyser la répartition et les tendances historiques.
- Analyse d'études de cas : examen et résumé des données obtenues dans le cadre de la revue la littérature, de l'examen des dossiers et des entrevues.
- Analyse inductive : examen des données obtenues grâce à l'ensemble des méthodes de collecte de données pour cerner des tendances, des thèmes et des liens.
- Pour démontrer l'économie et l'efficacité, les évaluateurs ont tenté d'adopter une approche de répartition, car il s'agit d'un programme de longue date qui aurait dû atteindre des résultats à long terme.

^{xiv} La revue de la littérature et l'examen des dossiers ont été effectués tout au long de la période d'évaluation, tandis que les entrevues ont été menées d'octobre à décembre 2009. Même si le processus d'entrevue officiel s'est déroulé en 2009, les évaluateurs ont continué de discuter avec les représentants du programme pour confirmer la validité des renseignements figurant dans le rapport.

^{xv} Fromage fait de lait non pasteurisé, également appelé « fromage au lait cru ».

Le recours à ces méthodes d'analyse a permis la triangulation de données obtenues de multiples sources afin de les comparer. Cette approche a été mise en œuvre selon les phases établies dans le plan de travail initial de l'évaluation sommative⁹¹.

3.4 Limites et stratégies d'atténuation

La plupart des évaluations sont limitées par des contraintes qui peuvent avoir des conséquences sur la validité et la fiabilité des constatations et des conclusions. Le **tableau 2** qui suit illustre les limites du modèle et des méthodes de l'évaluation. Y figurent également les stratégies d'atténuation mises en œuvre afin que les constatations découlant de l'évaluation puissent être utilisées en toute confiance pour guider la planification de programmes et la prise de décisions.

Table 2 Limites et stratégies d'atténuation

Limite	Incidence	Stratégie d'atténuation
Même si des participants clés du programme ont contribué pendant de nombreuses années aux activités liées à la SNQA, un modèle logique n'avait jamais été élaboré pour l'ensemble du programme jusqu'à la présente évaluation.	Il se peut que tous les liens entre les activités, les extraits et les résultats n'aient pas été établis. Les indicateurs définis pour chaque résultat peuvent ne pas être les plus adéquats pour fournir des données probantes pertinentes.	Le GT de l'évaluation a élaboré un modèle logique du programme qui, dans la mesure du possible, refléterait adéquatement les activités, les extraits, la portée et les résultats.
Les sources de la revue de la littérature ont été trouvées grâce à un processus d'analyse de la conjoncture combinant l'expertise du personnel de la Bibliothèque scientifique de Santé Canada et celle des évaluateurs. Cependant, la portée était limitée, et les travaux d'enquête de suivi étaient peu nombreux en raison de contraintes de temps et de ressources.	Il se peut que les renseignements recueillis pour évaluer les indicateurs définis pour chaque résultat ne soient pas exhaustifs. Il se peut que certains renseignements pertinents n'aient pas été trouvés.	Les critères de recherche utilisés pour trouver les documents pertinents étaient fondés sur une liste de mots et de termes clés déterminés lors de la recherche préliminaire. Les mots et les termes clés ont été utilisés selon différentes combinaisons grâce à un ensemble d'opérateurs booléens qui ont produit de multiples listes de documents. Chaque liste a été ensuite précisée grâce à un processus d'examen.
Les données disponibles pour l'évaluation ne portaient pas sur tous les indicateurs de l'évaluation et étaient souvent circonstancielles. Dans bon nombre de cas, les données étaient incomplètes ou présentées sous de multiples formes.	En raison de l'absence de données adéquates permettant d'évaluer avec précision les résultats des initiatives du programme et leur incidence sur la réalisation des résultats escomptés, il a été difficile pour les évaluateurs de déterminer si le programme avait atteint plusieurs de ses résultats intermédiaires et à long terme.	Le GT de l'évaluation a été chargé de déterminer des sources de données et des indicateurs pertinents qui permettraient, grâce à une analyse, d'évaluer la réalisation des résultats du programme. De multiples sources de données ont fait l'objet d'une triangulation pour accroître l'efficacité de l'analyse et établir une uniformité entre les formats de rapports. Dans le cadre des entrevues et des études de cas, on a mis l'accent sur les secteurs pour lesquels il avait été déterminé que les renseignements n'étaient pas suffisants.

Limite	Incidence	Stratégie d'atténuation
<p>Le fait que le programme comptait un nombre élevé de partenaires et d'intervenants a complexifié la collecte de renseignements représentatifs. Les données découlant des entrevues, même si elles étaient utiles, reflétaient des opinions ou des points de vue individuels pertinents au moment où les entrevues ont été effectuées (d'octobre à décembre 2009). Le peu de contacts valides, le fait que certains groupes n'aient pas été interviewés (p. ex. les gestionnaires responsables des coûts partagés, les responsables de la promotion de la santé et les intervenants internationaux, surtout ceux de l'OMS et du Codex) et le faible taux de réponse ont limité l'exhaustivité des renseignements recueillis par cette méthode.</p>	<p>Les données d'entrevue ont été principalement utilisées pour fournir des renseignements de base et un contexte pour les constatations, mais, dans les cas où on ne disposait pas de données probantes, les évaluateurs se sont appuyés davantage sur les données d'entrevue, ce qui a pu entraîner un biais.</p>	<p>Les évaluateurs ont eu recours à une approche d'échantillonnage stratifié dirigé^{xvi} et ont demandé aux participants clés du programme de produire une liste de personnes connaissant bien le PSQNA^{xvii} dans l'ensemble des organisations déterminées. De cette façon, même si l'échantillon n'était pas représentatif de la population ou ne produisait pas de résultats statistiquement significatifs, les renseignements recueillis ont permis aux évaluateurs d'approfondir les secteurs nécessitant une clarification et d'obtenir des renseignements pour les secteurs où il n'y avait pas suffisamment de données probantes. La triangulation des renseignements découlant des entrevues avec d'autres sources a permis de réduire au minimum le potentiel de biais. Cependant, dans les cas où on ne disposait pas de données probantes et où l'analyse s'appuyait davantage sur les renseignements découlant des entrevues (et, par conséquent, était fonction du degré élevé de connaissance des personnes interviewées), ce fait a été noté dans le rapport. Même si le processus d'entrevue officiel s'est déroulé en 2009, les évaluateurs ont continué de discuter avec les représentants du programme pour confirmer la validité des renseignements figurant dans le rapport.</p>
<p>Voici quelques limites liées aux études de cas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acrylamide dans les aliments – Des données détaillées sur les répercussions sur la santé de l'acrylamide (études toxicologiques à long terme) n'ont pas été complètement élucidées. Aucune entrevue n'a été menée à l'échelle internationale. • Évaluation des matériaux d'emballage des aliments – Il y avait un manque d'indicateurs de rendement de Santé Canada et de l'ACIA qui auraient permis d'effectuer une analyse quantitative solide des renseignements sur le rendement. Les tentatives d'organiser des entrevues avec des représentants d'associations de l'industrie pertinentes ont été infructueuses (c.-à-d. que les personnes ont refusé de participer ou n'étaient pas disponibles). • Programmes de SQNA dans certains 	<p>Il se peut que les renseignements recueillis pour l'analyse ne soient pas exhaustifs. Il se peut que certains renseignements pertinents n'aient pas été trouvés.</p>	<p>Les documents recueillis auprès des participants clés du programme ont été complétés par des rapports internationaux, le cas échéant, ayant trait à chacune des questions examinées dans les études de cas.</p>

^{xvi} L'échantillonnage dirigé est un type d'échantillonnage non probabiliste dans le cadre duquel l'échantillon est trié sur le volet pour examiner des secteurs d'intérêt relatifs à la recherche en question. L'échantillonnage peut être stratifié (p. ex. intervenants, partenaires et participants clés du programme) pour refléter les groupes qui varient selon une dimension clé (p. ex. degré de participation ou de contribution au programme).

^{xvii} Les participants clés du programme ont fourni le nom de personnes qui participaient ou avaient participé au programme ou qui le connaissaient bien en raison de relations interorganisationnelles.

Limite	Incidence	Stratégie d'atténuation
<p>pays – Les sources utilisées présentaient les meilleurs renseignements officiels du domaine public existants sur les organisations choisies pour l'examen^{xviii}. Cependant, les comparaisons étaient limitées par la portée des fonctions organisationnelles, le contenu de la documentation (dépendant des liens hiérarchiques) et l'accessibilité de l'information en ligne. Les renseignements et le degré de détail concernant les budgets, les équivalents temps plein (ETP) et l'affectation des ressources différaient d'une organisation à l'autre; dans certains cas, on n'a pu obtenir que des résultats regroupés (c.-à-d. l'organisation en entier en tant que partie d'un organisme plus vaste, comme un ministère). Aucune entrevue n'a été menée à l'échelle internationale.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Approche de Santé Canada relative au fromage au lait cru – L'information sur la sensibilisation des consommateurs à cet égard était limitée. • Acides gras trans – Aucune entrevue n'a été menée à l'échelle internationale pour évaluer l'approche du Canada et la situation au pays par rapport à ce qu'il en est dans d'autres pays. 		
<p>L'exactitude et la portée des renseignements sur les ressources financières et humaines étaient grandement limitées.</p>	<p>La démonstration de l'efficacité et de l'économie était limitée.</p>	<p>Les participants clés du programme étaient chargés d'obtenir de l'information et de clarifier les données tout au long de l'évaluation. Ces données ont été présentées dans le rapport et analysées dans la mesure du possible.</p>

4.0 Constatations

4.1 Pertinence : Élément 1 – Nécessité de maintenir le programme

Le programme répond-il toujours à un besoin démontrable? Le programme est-il adapté aux besoins des Canadiens?

Le programme continue de répondre à un besoin démontrable. L'examen des questions connues et nouvelles concernant la production, le traitement et la distribution des aliments est une priorité clé des activités du programme.

^{xviii} Même si les renseignements trouvés en ligne étaient parfois périmés, les évaluateurs ont préféré cette approche à une combinaison d'autres approches (p. ex. entrevues) en raison de contraintes financières.

La SQNA a un effet important sur l'état de santé des Canadiens. Afin de maintenir et d'améliorer cet état de santé, le programme évolue continuellement pour tenir compte des questions actuelles et nouvelles, des perceptions et des attentes des partenaires et des intervenants ainsi que des exigences législatives. L'examen des questions connues et nouvelles concernant la production, le traitement et la distribution des aliments est une priorité clé des activités du programme. Ces activités comprennent l'élaboration et la diffusion de règlements, les évaluations préalables et postérieures à la mise en marché, la recherche scientifique, la surveillance et le contrôle, l'analyse des risques, la promotion de la santé, la prévention et le contrôle des maladies et la coordination des initiatives de SQNA. Toutes ces activités, de façon combinée ou individuelle, concernent les secteurs pertinents du programme. Les secteurs suivants, qui font constamment l'objet de préoccupations, montrent que le programme est nécessaire :

- Dangers microbiens (p. ex. bactéries, comme *Salmonella* et *Listeria monocytogenes* [*L. monocytogenes*]) et chimiques (p. ex. produits chimiques résultant de la transformation) courants relatifs à la salubrité des aliments^{356,148,110}.
- Pathogènes émergents et réémergents en raison de multiples facteurs, notamment les processus de transformation des aliments qui peuvent introduire des agents non désirés; les processus agricoles pouvant entraîner l'introduction de pathogènes d'origine alimentaire; l'adaptation microbienne ou la résistance aux antimicrobiens à la suite d'interventions (p. ex. pathogènes résistants au traitement, gènes résistants aux antimicrobiens); mondialisation de l'approvisionnement alimentaire (p. ex. migration de populations, déplacements, diverses infrastructures de salubrité des aliments chez les producteurs d'aliments, etc.)³⁵⁶.
- Nouvelles technologies, détermination de leur degré de risque acceptable (tolérance) et création de nouvelles méthodes de détection, notamment en ce qui a trait aux pesticides, aux métaux lourds, aux hormones de croissance, aux antibiotiques, aux engrais, aux organismes génétiquement modifiés (OGM) et à leurs dérivés (p. ex. aliments GM, animaux transgéniques et clonage), aux biotechnologies, aux nanotechnologies, à l'irradiation et aux additifs^{356,337,22,433,174,156,148}.
- Nouvelle utilisation des aliments en tant qu'agents favorisant la santé, par exemple les aliments fonctionnels (nutraceutiques) et les micronutriments non traditionnels (p. ex. lycopes, bêta-carotènes et isoflavones)^{356,359,15,156}.
- Sous-produits découlant des approches liées à la salubrité et à la qualité nutritionnelle des aliments, détermination de tels sous-produits et évaluation des risques qu'ils présentent, notamment les suivants :
 - o Allergènes non déclarés, toxines naturelles (p. ex. mycotoxines dans les céréales), gras trans et perturbateurs endocriniens^{174,156,148}.
 - o Obésité, diabète et besoins alimentaires de la population canadienne générale ainsi que des groupes vulnérables de la population.
- Dangers imprévisibles (p. ex. adultérants : mélamine, vert malachite, colorants Sudan, etc.)
- Enjeux relatifs à la sécurité alimentaire dans les collectivités inuites et des Premières Nations, notamment la possibilité d'une exposition accrue aux produits chimiques présents dans l'environnement par certains aliments récoltés traditionnellement.

D'autres perspectives sur les activités du programme révèlent des secteurs plus vastes nécessitant la poursuite du programme. Par exemple, selon le document *A review of Canadian food safety*

policy and its effectiveness in addressing health risks for Canadians (2002), le cadre législatif est non normatif et permet aux responsables de programmes d'établir leur mise en œuvre, ce qui entraîne des pressions économiques, politiques et autres qui peuvent mener à l'élaboration de directives contradictoires. D'après cet examen, les responsables de la réglementation sur la salubrité des aliments n'arrivaient pas à suivre le rythme des nombreux développements qui surviennent³⁵⁶. De plus, une enquête menée en 2011 sur les connaissances, les attitudes et les comportements des Canadiens concernant la salubrité des aliments ($n_1=1\ 003$, $n_2=1\ 001$, $n_{\text{groupes de discussion}} \sim 36$) a révélé que, même si 89 % des Canadiens avaient au moins modérément confiance dans le système alimentaire, on s'inquiétait de la surcharge que subissait ce système et de la confusion qui régnait quant à son fonctionnement³⁴³.

En ce qui concerne la surveillance, les préoccupations concernant la salubrité des produits importés semblent augmenter depuis quelques années^{180,181,195,343}. Certains partenaires et participants clés du programme sont d'avis que le degré de salubrité des établissements non agréés et des aliments importés pourrait être amélioré.

En ce qui a trait aux renseignements sur la salubrité des aliments, les témoignages présentés dans le rapport intitulé *Au-delà de la crise de la listériose* (2009) soulignaient l'incapacité du système canadien d'assurance de la salubrité des aliments de communiquer les risques et laissaient entendre que « le public ne sait pas grand-chose de nos normes alimentaires ni de nos programmes de salubrité, et que le gouvernement devrait miser sur son éducation ». D'autres témoignages recommandaient que « l'industrie et le gouvernement planifient, harmonisent et intègrent les communications, et [qu'il y ait] un investissement régulier pour transmettre le message de l'innocuité aux consommateurs », car « [les] campagnes visant un changement de comportement du public peuvent mettre 20 à 30 ans pour l'effet recherché²⁸ ».

Enfin, en ce qui concerne l'étiquetage nutritionnel, un rapport de 2007 de la conseillère en santé des enfants et des jeunes (ci-après *Vers de nouveaux sommets*) indiquait que la taille des portions était un facteur important du problème de l'obésité. Le même rapport indiquait que « en l'absence d'un système pancanadien, des compagnies alimentaires et des organismes de santé ont créé leurs systèmes distincts d'étiquetage, ce qui porte à confusion pour les consommateurs³⁴⁴. » Le rapport du Comité directeur de la Stratégie canadienne de santé cardiovasculaire et plan d'action intitulé *Pour un Canada au cœur qui bat* (2009) faisait valoir que, bien que le Canada soit un chef de file international au chapitre de l'étiquetage obligatoire des aliments emballés, seulement 61 % des femmes et 52 % des hommes lisent toujours ou habituellement le tableau de la valeur nutritive sur les étiquettes de produits, et ces personnes trouvent souvent que les renseignements prêtent à confusion. Une des principales lacunes du tableau de la valeur nutritive au Canada est le fait qu'il n'y a pas de portion normalisée⁴⁷. Selon le rapport de 2010 du Groupe de travail sur la réduction du sodium alimentaire commandé par Santé Canada et intitulé *Stratégie de réduction du sodium pour le Canada*, l'étiquette des produits alimentaires comporte plusieurs écueils pour les consommateurs, dont l'interprétation du pourcentage de la valeur quotidienne (VQ) et la quantité déterminée de l'aliment figurant sur l'étiquette²²⁹.

4.2 Pertinence : Élément 2 – Conformité avec les priorités du gouvernement

Les objectifs du programme cadraient-ils avec les priorités du gouvernement fédéral et les résultats stratégiques ministériels?

Au nombre des priorités du gouvernement fédéral relatives à la SQNA, on compte le renforcement du système alimentaire du Canada pour tenir compte des nouvelles questions et des facteurs de risque en vue de protéger la santé des Canadiens, ce qui correspond aux objectifs du programme. Les objectifs du Ministère et de l'Agence sont conformes aux résultats stratégiques ayant trait au secteur du programme.

Au fil des ans, dans les discours du Trône, on a reconnu l'importance de la SQNA et relevé les priorités fédérales visant à renforcer le système canadien d'assurance de la salubrité des aliments, à accroître la surveillance des aliments, à s'attaquer aux facteurs de risque (y compris nutritionnels) et à prendre des mesures pour veiller à ce que les Canadiens aient confiance en la qualité et en la salubrité des aliments qu'ils mangent^{122,123,124,125,126,132,128}.

Le programme vise à répondre à ces priorités du gouvernement fédéral par une approche inclusive, qui a pour objectif la détermination et la priorisation des questions en fonction des risques. Cette approche figure dans plusieurs documents de planification et rapports du programme, notamment les rapports annuels, les plans d'activités, les plans opérationnels ministériels, les rapports sur les plans et les priorités (RPP) et les directives d'homologation. Ces documents définissent les secteurs où il faut prendre des mesures pour chacune des activités clés du programme.

Par exemple, les documents de Santé Canada définissent les secteurs où il faut prendre des mesures concernant les aspects suivants : dangers microbiens et chimiques relatifs à la salubrité des aliments (p. ex. pathogènes émergents, matières étrangères dans les aliments, réévaluation de pesticides); qualité nutritionnelle (p. ex. enrichissement alimentaire et allégations connexes); surveillance et contrôle des aliments; renseignements transmis aux consommateurs (p. ex. fournir des conseils sur la salubrité des aliments ou des directives alimentaires aux collectivités inuites et des Premières Nations); recherche et coordination du PSQNA (à l'échelle nationale et internationale). Les documents de l'Agence de la santé publique du Canada traitent des secteurs liés à la prévention et au contrôle des maladies infectieuses, à la préparation pour intervenir en cas de maladies infectieuses émergentes et aux initiatives concernant la salubrité des aliments (y compris la collaboration), pour ne nommer que ceux-là^{148,156,174,305,314,338,387,391,388,389,390,392,412,413}.

Ces objectifs du programme sont conformes aux résultats stratégiques (voir la **section 2.4**). « Les Canadiens sont informés et protégés des risques pour la santé que présentent les aliments, les produits, les substances et les environnements et sont sensibilisés aux bienfaits d'une saine alimentation », « Les communautés inuites et des Premières Nations ainsi que les membres de ces communautés reçoivent des services de santé et des prestations qui répondent à leurs besoins de manière à améliorer leur état de santé » et « Le Canada est en mesure de promouvoir la santé, de réduire les inégalités en santé et de prévenir et d'atténuer les maladies et les blessures »^{224,411}.

4.3 Pertinence : Élément 3 – Harmonisation avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral

Le programme est-il conforme aux rôles et responsabilités du gouvernement fédéral?

Les objectifs du programme sont conformes aux rôles et responsabilités du gouvernement fédéral. Toutes les activités liées à la SQNA du gouvernement fédéral sont comprises dans le programme. Ces activités ne sont pas menées dans le cadre d'un autre programme.

Le gouvernement fédéral a créé un cadre législatif complexe pour permettre l'exécution du programme. Les composantes de ce cadre établissent un certain nombre de priorités relatives à l'élaboration de politiques et à l'établissement de normes, aux activités de promotion de la santé, à la prévention des risques et des maladies, aux enquêtes sur les maladies, à la recherche et au contrôle et à la coopération à l'échelle nationale et internationale, notamment. Les mêmes composantes établissent également les rôles et les responsabilités qui permettent aux participants clés du programme d'œuvrer selon la compétence fédérale établie, par exemple :

- La *Loi sur le ministère de la Santé* établit les responsabilités du ministre de la Santé, notamment la promotion de la santé publique, la protection contre les risques et les maladies, les enquêtes et la recherche (y compris la surveillance des maladies), la collecte de données et la coopération avec les autorités provinciales en vue de coordonner les efforts visant à préserver et à améliorer la santé publique⁷⁹.
- Santé Canada a pour mission d'être « [...] le ministère fédéral responsable d'aider les Canadiennes et les Canadiens à maintenir et à améliorer leur état de santé³ ».
- La LAD prévoit que Santé Canada est responsable d'établir des politiques et des normes pour assurer la salubrité et la qualité nutritionnelle des aliments vendus partout au pays¹⁰³.
- Aux termes de la LPA, « le ministre a comme objectif premier de prévenir les risques inacceptables pour les personnes et l'environnement que présente l'utilisation des produits antiparasitaires³⁸⁶ ».
- L'Agence de la santé publique du Canada a été mise sur pied afin d'aider le ministre de la Santé à exercer ses pouvoirs et à assumer ses tâches et fonctions relativement à la santé publique, comme il est décrit dans la *Loi sur le ministère de la Santé*, notamment en ce qui a trait à ce qui suit : protection et promotion de la santé, surveillance de la santé, prévention des maladies, préparation et intervention en cas d'urgence et consultation FPT et internationale. La *Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada* décrit également le rôle de l'administrateur en chef de la santé publique⁴⁰⁴.
- La Loi sur l'ACIA définit les rôles de l'Agence en ce qui concerne l'efficacité et l'efficience des services fédéraux d'inspection des aliments, des animaux et des végétaux ainsi que des autres services connexes, à la protection des consommateurs, à l'application uniforme et coordonnée des normes de salubrité, de sécurité et de qualité et des méthodes d'inspection fondées sur les risques et aux systèmes d'inspection fondés sur les risques et à la coopération entre les gouvernements FPT³⁵.

L'examen des questions et des approches concernant la SQNA, comme il a été décrit dans les sections précédentes, se fait toujours dans un environnement complexe, en expansion et en constante évolution. Pour mener un tel examen, il faut compter sur une approche globale qui réunit toutes les activités liées à la SQNA du gouvernement fédéral dans un seul cadre pour permettre leur coordination. Le programme constitue ce cadre qui permet de gérer les activités fédérales liées à la SQNA.

4.4 Rendement : Élément 4 – Atteinte des résultats escomptés (efficacité)

4.4.1 Dans quelle mesure les résultats immédiats ont-ils été atteints?

Résultat immédiat 1: Accessibilité accrue à des aliments sains et nutritifs pour les Canadiens

Dans quelle mesure les évaluations des demandes de l'industrie et les ERS ont-elles accru l'accessibilité à des aliments sains et nutritifs au Canada?

Le rendement du Canada au chapitre de la salubrité des aliments a été considéré comme supérieur en partie en raison de l'efficacité de ses règlements et de sa gouvernance en la matière. Les évaluations des demandes de l'industrie préalables à la mise en marché et les ERS jouent un rôle essentiel dans l'accessibilité à des aliments sains et nutritionnels au Canada. Cependant, des problèmes ont été relevés quant aux délais de traitement, particulièrement en ce qui a trait aux évaluations préalables à la mise en marché, et peuvent retarder l'entrée d'aliments sur le marché.

ÉVALUATIONS PRÉALABLES À LA MISE EN MARCHÉ

Les évaluations des demandes de l'industrie préalables à la mise en marché effectuées par Santé Canada sont essentielles pour assurer l'accessibilité à des aliments sains et nutritifs au Canada et elles ont donc une incidence sur l'accessibilité accrue à de tels aliments. Une demande de l'industrie est une demande présentée à Santé Canada par un importateur ou un fabricant (le demandeur) pour la mise en marché d'un nouveau produit au Canada. La DA évalue ces demandes selon les exigences réglementaires pour veiller à ce que le produit alimentaire soit sain (sauf pour les allégations relatives à la santé pour lesquelles le Ministère doit déterminer si elles sont véridiques et non trompeuses)¹⁹⁰.

La DA est responsable de l'évaluation des demandes préalables à la mise en marché ayant trait à dix catégories différentes de produits alimentaires. Voici ces dix catégories regroupées selon l'organisation qui en est responsable¹⁷¹ :

- Bureau d'innocuité des produits chimiques (BIPC)
 - o Additifs alimentaires (autres bureaux concernés : Bureau des dangers microbiens [BDM], Bureau des sciences de la nutrition [BSN] et Bureau des politiques et des affaires réglementaires et intergouvernementales [BPARI]).

- o Agents technologiques (autres bureaux concernés : BDM, BSN et BPARI).
- o Additifs indirects (autres bureaux concernés : BSN et, parfois, BDM pour les aspects relatifs à l'efficacité).
- o Matériaux d'emballage des aliments.
- o Irradiation des aliments (autres bureaux concernés : BDM, BSN et BPARI).
- BDM
 - o Aliments nouveaux (autres bureaux concernés : BSN et BIPC).
- BSN
 - o Préparations pour nourrissons (autres bureaux concernés : BDM et Bureau de la surveillance des aliments et de l'intégration de la science).
 - o Nouvelle fibre.
 - o Enrichissement alimentaire (autres bureaux concernés : Bureau de la surveillance des aliments et de l'intégration de la science et BPARI).
 - o Allégations relatives à la santé (autre bureau concerné : BPARI).

Les demandes concernant les additifs alimentaires, l'irradiation des aliments, les aliments nouveaux, les préparations pour nourrissons, les nouvelles fibres et l'enrichissement alimentaire doivent être évaluées dans le cadre du processus d'examen. Les demandes concernant les aliments nouveaux, les préparations pour nourrissons et les nouvelles fibres sont visées par des préavis de mise en marché, qui consistent en une évaluation de la salubrité pour montrer que l'aliment est salubre et nutritif avant d'être mis en marché. Les demandes concernant les additifs alimentaires, l'irradiation des aliments et l'enrichissement alimentaire font d'abord l'objet d'un processus d'évaluation de la salubrité, puis, si l'évaluation est positive, un comité de gestion décide si la demande doit passer par la phase de réglementation entraînant des modifications au RAD. La mise en marché de produits contenant des additifs alimentaires, irradiés ou enrichis est approuvée après la publication de modifications dans la Partie II de la *Gazette du Canada* ou si une autorisation de mise en marché provisoire (AMP)^{xix,xx} est accordée. Les demandes d'approbation d'allégations relatives à la santé font l'objet d'un processus réglementaire semblable, car certaines demandes peuvent entraîner des décisions nécessitant des modifications du RAD. Il n'est pas explicitement obligatoire d'examiner les demandes concernant les agents technologiques alimentaires, les additifs indirects et les matériaux d'emballage des aliments^{171,275}.

Le RAD établit les délais que Santé Canada doit respecter pour répondre officiellement aux demandes et avis concernant certains types d'aliments, notamment les additifs alimentaires, les préparations pour nourrissons et les aliments contenant des succédanés de lait humain ainsi que les aliments nouveaux. Selon les délais établis dans le RAD, la DA a défini les normes de rendement pour les examens et les AMP, qui sont présentées dans le **Table 3**. En 2007, la DA a établi une cible de traitement de 90 % des demandes d'une certaine catégorie selon les délais figurant dans le tableau¹⁶⁹.

^{xix} Une AMP « fait le lien entre [la fin de] l'évaluation scientifique reliée à un projet réglementaire (ex. une utilisation nouvelle d'un additif alimentaire déjà inscrit au titre 16 du RAD) et la publication finale du projet de modification dans la Partie II de la *Gazette du Canada*¹⁰⁴ ».

^{xx} L'autorité habilitante permettant d'accorder des AMP a été abrogée en 2012.

Dans une vérification menée en 2007, on a constaté que les évaluations de ces demandes n'étaient pas effectuées dans les délais établis par règlement et que bon nombre des demandes étaient au dossier depuis plus longtemps que les normes définies¹⁹⁰. Le **Table 4** indique le temps écoulé depuis la présentation des demandes en juin 2007 et en décembre 2009 (la DA a commencé à effectuer le suivi des demandes seulement en avril 2007)²²². On peut constater que le nombre de demandes ayant été présentées il y a plus de trois ans a diminué considérablement pendant la période de deux ans et demi (de 22 à 9 %), mais le volume des autres demandes est demeuré relativement stable (certaines demandes et modifications réglementaires proposées sont en suspens depuis plus de 20 ans²⁹³). On peut aussi constater que le temps écoulé pour les demandes visant les additifs alimentaires et les préparations pour nourrissons a changé; les demandes visant les préparations pour nourrissons présentées il y a longtemps sont plus nombreuses, tandis que celles visant les additifs alimentaires sont moins nombreuses.

Table 3 Normes de rendement de la DA concernant les examens des demandes préalables à la mise en marché (en conformité avec les délais établis dans le RAD)

Type de demande	Normes de rendement (en jours civils)				
	Examen préliminaire ^{xxi}	Examen ^{xxii}	Deuxième examen préliminaire ^{xxiii}	Deuxième examen ^{xxiv}	AMP ^{xxv}
Additifs alimentaires	45	90	14	90	60
Préparations pour nourrissons	45	90	14	90	s.o.
Aliments nouveaux	45	45	14	90	s.o.

Table 4 Examens des demandes préalables à la mise en marché en cours (juin 2007 et décembre 2009 pour les demandes visées par les délais du RAD)

Date	Type de demande	Temps écoulé depuis la présentation de la demande				Total	
		Moins d'un an	De 1 an à 2 ans	De 2 ans à 3 ans	Plus de 3 ans		
21 juin 2007	Additifs alimentaires	25	13	11	10	59	51 %
	Préparations pour nourrissons	15	7	0	0	22	19 %
	Aliments nouveaux	11	6	3	15	35	30 %
	Total	51	26	14	25	116	100 %
		44 %	22 %	12 %	22 %	100 %	

^{xxi} Vérification dans les sept jours pour s'assurer que les renseignements scientifiques permettant de satisfaire aux exigences réglementaires sont inclus dans la demande afin que l'examen puisse être effectué.

^{xxii} À partir de la date d'acceptation de la demande aux fins d'examen afin de déterminer si tous les renseignements scientifiques soumis selon les exigences réglementaires montrent la salubrité, l'efficacité ou la qualité du produit alimentaire.

^{xxiii} Au besoin, pour répondre à un avis d'insuffisance lors de l'examen préliminaire qui présente des lacunes, des omissions ou des insuffisances empêchant l'examen de la demande.

^{xxiv} Au besoin, pour répondre à un avis d'insuffisance qui présente des lacunes majeures empêchant la poursuite de l'examen de la demande.

^{xxv} Au besoin, pour un avis d'AMP dans certains cas où la demande concerne une utilisation nouvelle ou plus grande d'un additif alimentaire autorisé.

Date	Type de demande	Temps écoulé depuis la présentation de la demande				Total	
		Moins d'un an	De 1 an à 2 ans	De 2 ans à 3 ans	Plus de 3 ans		
31 décembre 2009	Additifs alimentaires	24	6	4	7	41	33 %
	Préparations pour nourrissons	22	23	8	2	55	44 %
	Aliments nouveaux	21	5	2	2	30	24 %
	Total	67	34	14	11	126	100 %
		53 %	27 %	11 %	9 %	100 %	

La situation quant aux demandes visant des additifs alimentaires, des aliments nouveaux et des préparations pour nourrissons de 2007-2008 à 2012-2013 est présentée dans le **Table 5** (les données pour les années 2009-2010 et 2012-2013 sont partielles). La situation quant à six types d'évaluations des demandes préalables à la mise en marché en 2011-2012 et 2012-2013 est présentée dans le **Table 6**. Le nombre de demandes à la fin de chaque exercice comprend les demandes reportées; le nombre de telles demandes semble être élevé, mais on ne disposait pas de données pour tous les exercices^{221,222,205,225,226,227,266,275,276,298,299,300,306}.

Table 5 Situation quant aux examens des demandes préalables à la mise en marché (de 2007-2008 à 2012-2013 pour les demandes visées par les délais du RAD)^{xxvi,xxvii}

Demandes visant les additifs alimentaires, les aliments nouveaux et les préparations pour nourrissons	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011 ^{xxviii}	2011-2012	2012-2013
Nombre de nouvelles demandes reçues	69	78	55	74	87	73
Nombre de décisions ou d'opinions rendues ^{xxix,xxx}	85	72	49		84	63
Nombre de demandes totales à la fin de l'exercice	101	117	126		162	163

^{xxvi} Seules les demandes à la phase de la salubrité et de l'efficacité sont indiquées pour les additifs alimentaires, les aliments nouveaux et les préparations pour nourrissons.

^{xxvii} Seules les données des trimestres 1 à 3 étaient disponibles pour les exercices 2009-2010, 2010-2011 et 2012-2013.

^{xxviii} Aucune autre donnée n'était disponible.

^{xxix} Les décisions possibles comprennent l'approbation, le refus et le retrait d'une demande et les demandes visant les additifs alimentaires entrant dans la phase de réglementation.

^{xxx} De multiples décisions ou opinions peuvent être rendues pour toute demande.

**Table 6 État de six types d'examen des demandes préalables à la mise en marché^{xxxii}
(2011-2012 et 2012-2013)^{xxxii,xxxiii}**

Toutes les demandes	Additifs alimentaires		Aliments nouveaux		Préparations pour nourrissons		Emballage des aliments		Additifs indirects		Agents technologiques	
	2011-2012	2012-2013	2011-2012	2012-2013	2011-2012	2012-2013	2011-2012	2012-2013	2011-2012	2012-2013	2011-2012	2012-2013
Nombre de nouvelles demandes reçues	25	19	27	13	35	41	1 543	958	405	129	103	71
Nombre de décisions ou d'opinions rendues ^{xxxiv,xxxv}	27	12	24	18	33	33	1 227	1 030	205	297	113	75
Nombre de demandes totales à la fin de l'exercice	50	40	28	26	84	97	790	960	338	40	49	85
Évolution en pourcentage		-20 %		-7 %		15 %		22 %		-88 %		73 %

Les tableaux montrent qu'il y a de plus en plus de demandes visées par les délais du RAD qui ne sont toujours pas traitées à la fin de chaque exercice. Le nombre de demandes non traitées concernant des aliments nouveaux et des additifs alimentaires a diminué grandement de 2011-2012 au troisième trimestre de 2012-2013 (-7 % et -20 %, respectivement), mais le nombre de demandes concernant des préparations pour nourrissons en attente de traitement a augmenté de 15 % pendant la même période. De même, pour les demandes qui ne sont pas visées par les délais du RAD, le volume de demandes non traitées concernant des additifs indirects a diminué grandement (-88 %) en partie parce qu'il y a eu moins de nouvelles demandes reçues pendant les trois premiers trimestres de 2012-2013; cependant, le nombre de demandes non traitées concernant l'emballage d'aliments et des agents technologiques a augmenté grandement (22 % et 73 %, respectivement).

En ce qui concerne les demandes visant l'emballage d'aliments, l'augmentation indique que l'industrie alimentaire s'appuie de plus en plus sur les attestations de non-objection (ANO) de la DA. Le RAD n'exige pas l'approbation des produits d'emballage des aliments^{xxxvi}, mais il incombe au vendeur de l'aliment (fabricant, distributeur, etc.) de s'assurer que les matériaux d'emballage utilisés pour la vente satisfont à ces exigences³⁸⁴. Les matériaux d'emballage

^{xxxii} Le tableau n'inclut pas les autres demandes (p. ex. nouvelle fibre, allégations relatives à la santé, enrichissement alimentaire, irradiation des aliments) en raison d'un manque de données. Selon la DA, le nombre de ces types de demandes était négligeable en 2011-2012 et pendant les trois premiers trimestres de 2012-2013. On ne recevait pas les demandes concernant l'irradiation d'aliments pendant cette période.

^{xxxiii} Seules les demandes à la phase de salubrité et de l'efficacité sont indiquées pour les additifs alimentaires, les aliments nouveaux et les préparations pour nourrissons.

^{xxxiv} Seules les données des trimestres 1 à 3 étaient disponibles pour l'exercice 2012-2013.

^{xxxv} Les décisions possibles comprennent l'approbation, le refus et le retrait d'une demande et les demandes visant les additifs alimentaires entrant dans la phase de réglementation.

^{xxxvi} De multiples décisions ou opinions peuvent être rendues pour une demande.

³⁸⁴ La sécurité des matériaux utilisés pour l'emballage des aliments est contrôlée aux termes de l'article B.23.001 du titre 23 du RAD, qui interdit la vente d'un aliment dont l'emballage peut transmettre à son contenu une substance pouvant être nuisible à la santé du consommateur de l'aliment. Le RAD (articles B.23.002 à B.23.008) interdit également l'utilisation de certains ingrédients, comme le chlorure de polyvinyle contenant un produit chimique à base d'étain octylique, le chlorure de vinyle et l'acrylonitrile.

peuvent être volontairement soumis à la DA par le vendeur en vue d'une évaluation préalable à la mise en marché de la sécurité chimique; en retour, la DA peut délivrer une ANO présentant une opinion favorable, qui peut être utilisée par le vendeur pour assurer à ses clients que les produits ont été évalués par la DA et jugés acceptables³⁸⁴. Tous les matériaux d'emballage produits au Canada ou importés au pays pour être utilisés dans les établissements agréés par le gouvernement fédéral (ACIA)^{xxxvii} doivent faire l'objet du même processus d'approbation par l'ACIA tant et aussi longtemps qu'ils sont visés par les lois appliquées par l'ACIA^{xxxviii,xxxix}. En ce qui concerne les importations, selon le pays d'origine, il peut y avoir des exigences réglementaires ou normalisées semblables, et le Canada peut effectuer certaines vérifications quand les contrôles sont beaucoup moins stricts dans d'autres pays. L'ACIA propose de supprimer l'exigence d'approuver préalablement les matériaux d'emballage^{xl}.

Même si la DA recourt à une approche de collaboration pour l'évaluation des demandes (comme le montre la participation de multiples bureaux à l'évaluation de la plupart des demandes) en raison de la complexité et du caractère trans-sectoriel de nombreuses demandes, et en vue d'accroître l'efficacité et la rapidité du traitement de façon générale, l'évaluation a permis de relever plusieurs problèmes contribuant à l'arriéré des examens des demandes :

- Coordination insuffisante entre les bureaux et les divisions aussi récemment qu'en 2009, ce qui a entraîné des lacunes dans les processus et l'absence d'un mécanisme coordonné pour l'examen préliminaire des demandes et l'établissement de leur ordre de priorité. Dans le cadre du processus d'évaluation des demandes préalables à la mise en marché, les demandes étaient examinées selon la méthode du premier entré, premier sorti, sans processus officiel d'établissement des priorités axé sur le risque ni tri des demandes, mais il y avait des exceptions (p. ex. asparaginase).
- Jusqu'à récemment, la DA ne comptait sur aucune norme de rendement concernant le traitement des demandes relatives à des catégories de produits alimentaires non visées par le RAD (p. ex. agents technologiques, allégations relatives à la santé) et n'imposait pas aux demandeurs de répondre aux demandes de renseignements supplémentaires dans un délai donné^{315,151,190}.
- Le RAD ne prévoit pas de pénalités si Santé Canada ne respecte pas les normes de rendement (c.-à-d. des sanctions pour l'inciter à respecter les normes de rendement)¹⁰².
- Santé Canada ne reconnaît pas les évaluations des demandes préalables à la mise en marché concernant des aliments nouveaux et des additifs alimentaires effectuées et approuvées dans d'autres pays (même si elles sont examinées par le Comité des décisions sur les

xxxvii Établissement agréé aux termes de la *Loi sur l'inspection des viandes*, de la *Loi sur l'inspection du poisson* ou de la *Loi sur les produits agricoles du Canada* qui a l'autorisation d'expédier des produits alimentaires d'une province à l'autre ainsi qu'à l'extérieur du Canada.

xxxviii Une liste des polymères acceptables est présentée sur le site Web de Santé Canada³⁵⁵ et une liste des matériaux d'emballage acceptés figure sur le site Web de l'ACIA³⁶.

xxxix Règlements abrogeant le paragraphe 2(2) de l'annexe 1 du *Règlement sur l'inspection du poisson* et les alinéas 8(2)r) et 9(33)a) du *Règlement sur les œufs* (lesquels exigeaient l'enregistrement de certains matériaux et produits chimiques) sont entrés en vigueur le 26 avril 2013.

xl DA, communications personnelles, courriel, 15 février 2013.

aliments de la DA)^{xli}, alors que certains homologues internationaux les reconnaissent^{xlii}. Santé Canada a encouragé les intervenants de l'industrie à présenter des demandes conjointes pour accélérer le processus^{223,293}. La reconnaissance des demandes concernant les additifs alimentaires et les allégations relatives à la santé présentées dans d'autres pays est une question qui a été soulevée dans le cadre de réunions avec les intervenants de la chaîne d'approvisionnement alimentaire^{xliii}, tandis que d'autres sources ont indiqué que la reconnaissance des examens scientifiques crédibles d'autres pays constituait une question en suspens^{100,484,28,223,293}.

- Les délais établis dans le RAD ne semblent correspondre au degré d'efforts nécessaires à l'examen de certains types de demandes (p. ex. 45 jours et 90 jours pour les demandes concernant des aliments nouveaux et des additifs alimentaires, respectivement, ce qui est considéré comme insuffisant en raison de la complexité de ces demandes). Ces délais n'ont pas été comparés à ceux établis par d'autres organismes internationaux de réglementation des aliments.
- Le processus d'approbation ou de modification réglementaire est très long et il y a un manque de ressources humaines du domaine juridique (p. ex. avocats, aides juridiques) pour s'occuper des problèmes ou des changements d'ordre réglementaire (en 2010, il y avait plus de 90 modifications réglementaires en suspens; la DA les a regroupées en lots semblables afin d'accélérer leur traitement)^{223,87,99,98,190,227,269}.

xli Par exemple, le Guide de préparation des demandes d'autorisation concernant les additifs alimentaires de Santé Canada énonce ce qui suit : « Dans le cas où la substance aurait fait l'objet d'évaluations par d'autres organismes scientifiques canadiens, étrangers ou internationaux, les résultats de ces évaluations et leurs possibles implications juridiques doivent être indiqués dans la demande d'autorisation. Vous devez en particulier fournir les sommaires et des détails pertinents provenant d'évaluations menées par le Comité mixte FAO/OMS d'experts des additifs alimentaires (JECFA) et/ou d'autres organismes d'autres pays, comme la Food and Drug Administration des États-Unis, les organismes de l'Union européenne chargés de la sécurité des aliments et les Normes alimentaires Australie / Nouvelle-Zélande. Vous pouvez aussi indiquer le statut de l'additif alimentaire inscrit au Codex Alimentarius. Ces évaluations ne dispensent cependant pas de l'obligation de faire effectuer des évaluations par les autorités canadiennes. Cependant, ces informations sont versées dans les documents internes qui sont examinés par le Comité des décisions sur les aliments, un comité de la haute direction de la Direction des aliments, lorsqu'il s'agit de décider de l'utilisation de l'additif dans des aliments mis en vente au Canada [...]»³⁰⁷ »

xlii Par exemple, pour ce qui est des États-Unis, l'alinéa 201s) et l'article 409 de la *Federal Food, Drug, and Cosmetic Act* établissent que toute substance ajoutée intentionnellement à un aliment est un additif devant faire l'objet d'un examen préalable à la mise en marché et devant être approuvé par la FDA des États-Unis, à moins que les experts compétents ne reconnaissent généralement qu'il ait été prouvé que la substance est sûre selon les conditions de son usage prévu ou à moins que l'utilisation de la substance ne soit autrement exclue de la définition d'additif alimentaire¹¹⁹. De même, FSANZ indique que, pour les allégations relatives à la santé de haut niveau, des examens rigoureux adéquats qui portent sur les liens d'intérêt entre le régime alimentaire et les maladies peuvent être utilisés pour appuyer la justification de l'allégation, ce qui simplifie ce processus pour le demandeur. FSANZ considère les éléments suivants comme des sources d'information crédibles : rapports produits par des gouvernements étrangers, des organismes internationaux ou des organismes scientifiques reconnus à l'échelle internationale (p. ex. l'Organisation mondiale de la Santé), lorsque les évaluations ont été menées avec une rigueur comparable à celle appliquée selon le cadre de justification de FSANZ et qu'elles sont donc de bonne qualité (c.-à-d. fondées sur une analyse systématique ou structurée des données probantes convenables à la suite d'une évaluation de toutes les données probantes); ou publications nationales de politiques sur les régimes alimentaires⁵¹.

xliiii Réunions régulières tenues avec les intervenants de la chaîne d'approvisionnement alimentaire. Les réunions sont menées par Santé Canada, et d'autres représentants du gouvernement fédéral peuvent y prendre part (p. ex. l'ACIA).

- Manque de ressources humaines (p. ex. évaluateurs).
- Renseignements manquants des demandeurs.

Les questions liées aux renseignements manquants des demandeurs et à la rapidité du processus d'examen des demandes et aux communications connexes sont particulièrement préoccupantes pour les intervenants de l'industrie et elles contribuent aux retards^{293,223,294}. La DA a recours à des activités de mobilisation (p. ex. réunions, ateliers) pour communiquer avec les intervenants et a amélioré les efforts qu'elle déploie pour clarifier les processus (p. ex. en affichant les politiques, les directives et les listes de vérification sur le site Web de Santé Canada), mais l'efficacité de ces efforts demeure incertaine. À la lumière des entrevues, certains répondants de l'industrie étaient d'avis que les exigences scientifiques pour les demandes (exigences relatives aux données) n'étaient pas claires, ce qui nécessitait de présenter à nouveau des renseignements ou d'effectuer d'autres travaux de recherche (des problèmes précis ont été rencontrés quant aux allégations relatives à la santé et aux aliments nouveaux); par ailleurs, certains représentants de la DA croyaient que le rejet de certaines demandes découlait d'un manque de données scientifiques (p. ex. en ce qui concerne les additifs alimentaires) fournies par les demandeurs. D'autres problèmes liés à la clarté, notamment la distinction entre les additifs alimentaires et les agents technologiques ainsi que le fait qu'il n'existe pas de définition de falsification, peuvent également contribuer aux retards. Par exemple^{223,294} :

- Comme pour toutes les substances utilisées avec les aliments, le recours à un agent technologique^{xliv} est ultimement régi par l'article 4 de la partie I de la LAD¹⁹⁴. Cependant, « [il] n'existe aucune définition réglementaire d'un agent technologique alimentaire au Canada » et « [la] plupart des agents technologiques ne sont pas mentionnés dans le *Règlement*¹⁹⁴ ». Même si la DA a créé un arbre décisionnel pour différencier les additifs alimentaires des agents technologiques¹⁹⁴, « [la] définition réglementaire d'un "additif alimentaire" constitue la base principale pour différencier les additifs alimentaires des agents technologiques : une substance est un additif alimentaire si elle est utilisée d'une façon qui la ferait correspondre à cette définition » (c.-à-d. que « en soi, une substance n'est pas forcément un additif alimentaire ou un agent technologique »; « [ce] sont les conditions dans lesquelles elle est utilisée qui font en sorte qu'elle est, soit un additif alimentaire, soit un agent technologique »)¹⁹⁴. Même si la définition d'additif alimentaire comprend les agents technologiques, Santé Canada a pour pratique de ne pas assujettir les agents technologiques à l'autorisation préalable obligatoire¹⁹⁴.
- Même si la LAD ne présente pas de définition du terme « falsification », il est établi à l'alinéa 30(1)a) que le gouverneur en conseil peut, par règlement « déclarer qu'un aliment ou une drogue, ou une catégorie d'aliments ou de drogues, est falsifié si une substance ou catégorie de substances prévue par règlement s'y trouve, y a été ajoutée ou en a été extraite, ou en est absente¹⁰³ ». Selon le projet de loi C-28, qui a été déposé à la Chambre des communes par le ministre de la Santé en novembre 2004 et approuvé en octobre 2005, « un aliment ne peut être considéré comme falsifié que si la substance en question est réglementée et que si elle est présente dans des quantités qui ne respectent pas les niveaux prescrits³⁰ ». Le même projet de loi permet de vendre des aliments contenant un niveau de produits chimiques agricoles, de médicaments vétérinaires ou de pesticides excédant les

^{xliv} Substances utilisées pour la transformation et la fabrication des aliments.

limites permises s'ils sont visés par une AMP du ministre de la Santé, qui a conclu « que l'aliment ne sera pas nuisible à la santé de l'acheteur ou du consommateur³⁰ ».

Dans le cadre des efforts déployés pour s'attaquer à ces problèmes, la DA a commencé en 2007 un processus visant à intégrer et à normaliser le processus d'évaluation des demandes préalables à la mise en marché pour les préparations pour nourrissons, les aliments nouveaux et les additifs alimentaires²⁰⁷. Ce processus sera ensuite utilisé pour le traitement des autres demandes s'il apporte des améliorations. Un processus de consultation a eu lieu, et on a invité les intervenants de l'industrie à commenter un document intitulé *Projet de document d'orientation – Gestion des demandes préalables à la mise en marché (2007)*¹⁶⁹. Même si le document ne traitait pas de l'établissement de l'ordre de priorité des demandes, l'évaluation a révélé que le processus de coordination avait été amélioré grâce à la participation de l'ancien Bureau d'intégration de la politique alimentaire (BIPA), qui était responsable de communiquer les nouvelles demandes à tous les bureaux pertinents et de tenir des réunions avec les évaluateurs.

En 2010, la DA a mis sur pied une Unité de la gestion des demandes et de l'information (UGDI) pour les aliments nouveaux, les préparations pour nourrissons et les additifs alimentaires, puis a mis en œuvre un nouveau processus pour la surveillance des demandes présentées il y a longtemps^{227,225,226,228}. Santé Canada a également déployé des efforts pour réduire l'arriéré des modifications réglementaires liées aux demandes pour lesquelles des évaluations scientifiques avaient été effectuées, faisant ainsi progresser l'autorisation des applications alimentaires (substances et utilisations) pour lesquelles des modifications réglementaires étaient en suspens et retardant l'entrée sur le marché canadien de certains produits (du 1^{er} janvier 2009 au 31 mars 2012, 23 modifications réglementaires visant des additifs alimentaires ont été publiées dans la Partie II de la *Gazette du Canada* et 34 AMP concernant des additifs alimentaires ont été publiées dans la Partie I de la *Gazette du Canada*^{xlv}).

En 2011, la DA a mis sur pied un comité interne de la gestion des demandes pour élaborer des stratégies visant à réduire l'arriéré. La DA s'attendait à achever un document d'orientation sur le processus de gestion des demandes préalables à la mise en marché et à établir des normes de service réalistes pour les additifs alimentaires, les aliments nouveaux et les préparations pour nourrissons avant la fin de 2011²⁸⁵. La même année, la DA a commencé le projet de modernisation des systèmes liés à la salubrité des aliments et à la nutrition dans le but d'améliorer les fonctions, les capacités et les processus essentiels de la Direction au chapitre de la gestion de l'information (GI). Une partie du projet visait à moderniser les processus et les outils utilisés pour la gestion des demandes préalables à la mise en marché concernant les additifs alimentaires, les préparations pour nourrissons et les aliments nouveaux. Dans le cadre des travaux, la DA a entamé l'élaboration d'un système de suivi de la gestion des demandes à jour pour accroître la rapidité, la prévisibilité, la transparence et la prise en compte des besoins des intervenants dans le cadre de l'examen des demandes préalables à la mise en marché concernant des aliments²⁷⁵. La DA s'est engagée à diminuer l'arriéré de 25 % en 2012²⁹³; cependant, selon les données présentées dans le **Table 5** et le **Table 6**, la DA semble avoir été incapable d'atteindre cette cible.

^{xlv} DA, communications personnelles, 6 février 2013.

La DA a également commencé à mettre en œuvre un système administratif pour l'attribution de priorité et le traitement accéléré de certaines demandes. Ce système vise à ce que les demandes admissibles concernant les additifs alimentaires, l'irradiation des aliments, les aliments nouveaux et les agents technologiques alimentaires soient traitées plus rapidement dans le cadre de la phase d'évaluation de la salubrité préalable à la mise en marché et, dans la mesure du possible, de la phase d'autorisation. Afin qu'elles soient examinées, les demandes doivent montrer que le produit a la capacité d'accroître l'innocuité microbiologique des aliments, comme il est indiqué dans la politique de 2011 intitulée *Demandes dont l'objet a la capacité d'améliorer la salubrité des aliments – Attribution de priorité et traitement accéléré*^{277,266,269}. En raison de l'entrée en vigueur de cette nouvelle politique, Santé Canada a commencé à recevoir des demandes d'attribution de priorité et de traitement accéléré¹³³. En 2011, la DA a également achevé un document d'orientation sur la préparation des demandes d'approbation d'allégations relatives à la santé fondées sur des examens systématiques existants effectués par des organismes de réglementation ou des organisations scientifiques ayant des normes de preuve semblables à celles de Santé Canada^{269,285,286}.

Santé Canada a mis en œuvre d'autres stratégies de réglementation pour raccourcir les délais d'approbation des additifs sécuritaires ainsi que d'autres interventions concernant la salubrité des aliments. Une stratégie consistait à afficher les consultations sur le Web à propos des modifications envisagées, au lieu de publier ces intentions dans la Partie I de la *Gazette du Canada*, et à aviser les partenaires commerciaux pendant la rédaction du règlement¹³³.

Les efforts de la DA visant à accroître la transparence et à améliorer les communications et la collaboration avec l'industrie ont entraîné un certain nombre d'initiatives.

- La tenue de réunions régulières avec les intervenants de la chaîne d'approvisionnement alimentaire pendant lesquelles les processus préalables à la mise en marché sont examinés et des commentaires sur la façon de les améliorer sont recueillis^{293,223,294,295}.
- La publication du bulletin *La Chronique alimentaire*, qui vise à fournir régulièrement aux intervenants des mises à jour sur les activités de la DA, y compris des rapports sur les décisions relatives à la réglementation des aliments (surtout celles découlant des demandes préalables à la mise en marché)^{293,275,276,298,299,300,306}.
- La publication de la *Revue internationale d'analyse des risques alimentaires*, une entreprise conjointe de la DA et de Food Standards Australia New Zealand (FSANZ), utilisée pour la diffusion d'évaluations scientifiques, surtout celles liées à l'élaboration de normes majeures²⁹³.

La DA fournit des directives à l'industrie grâce à la délivrance d'ANO concernant les applications nécessitant des demandes préalables à la mise en marché (p. ex. agents technologiques et allégations relatives à la santé précises)^{102,228}.

ÉVALUATIONS DES RISQUES POUR LA SANTÉ

La DA mène des ERS découlant d'enquêtes internes ou d'autres sources de données disponibles sur les pathogènes microbiens et les contaminants dans les aliments. Elle mène également des ERS à la demande d'autres groupes faisant partie de Santé Canada et d'autres ministères et

organismes gouvernementaux, comme l'ACIA¹¹¹. Cette dernière utilise ces ERS pour prendre des décisions en matière de rappel d'aliments dans le cadre de ses responsabilités en ce qui concerne l'application des normes relatives aux aliments¹³³.

Les ERS déterminent si la présence de certaines substances ou de certains micro-organismes dans les aliments (p. ex. un contaminant chimique, une toxine naturelle, un allergène, un additif alimentaire non approuvé, une bactérie, un virus ou un parasite) constitue un risque pour la santé humaine. Plusieurs documents internes, ainsi que les Normes et lignes directrices sur l'innocuité microbiologique des aliments et les Lignes directrices pour la propreté générale des aliments (ou Compendium de méthodes), présentent les composantes d'un processus d'évaluation des risques (c.-à-d. la définition des risques, l'évaluation du degré d'exposition, la détermination des caractéristiques du danger et la définition des caractéristiques du risque) et fournissent des définitions pour chaque composante²⁰¹. L'élaboration de ces documents et d'autres compendiums (p. ex. le Recueil des méthodes d'analyse des allergènes alimentaires et le Compendium de méthodes d'analyse chimique des aliments) reflète l'intégration de principes scientifiques éprouvés dans le processus d'évaluation des risques et facilite la consultation des méthodes de la DGPSA par les intervenants de l'industrie.

Si l'on conclut qu'une substance ou un micro-organisme présente un risque pour la santé humaine, des mesures sont prises pour gérer les risques de façon à réduire, voire éliminer les risques que présente la consommation de l'aliment en question¹¹¹. Le Compendium de méthodes et la procédure normale d'exploitation de la Direction des aliments sur la réalisation d'évaluations des risques pour la santé à l'intention de l'ACIA dans le contexte des enquêtes sur la salubrité des aliments (2011) présentent trois catégories de caractérisation des risques pour la santé et des conseils sur la gestion des risques fondée sur le principe de précaution^{xlvi,255}. Les deux documents présentent les catégories de risques pour la santé ainsi que des conseils sur les mesures à prendre après la mise en marché²⁰¹. La procédure normale d'exploitation (PNE), mise à jour en 2011, décrit les délais associés aux normes de service que les bureaux de la DA doivent respecter pour fournir une réponse écrite à l'ACIA concernant les ERS, à savoir^{xlvii,255} :

- situations potentielles de risque pour la santé de niveau 1 : dans les 8 heures;
- situations potentielles de risque pour la santé de niveau 2 : dans les 24 heures;
- situations potentielles de risque pour la santé de niveau 3 : dans les 48 heures (jours ouvrables).

La détermination d'un risque pour la santé entraîne l'élaboration d'une approche de gestion des risques (c.-à-d. détermination et analyse des solutions, sélection et mise en œuvre de la stratégie et surveillance et évaluation des résultats) en consultation avec les participants clés du

^{xlvi} Les points de vue divergent sur le moment auquel il faut informer le public sur une éventuelle contamination des aliments. Certains privilégient le principe de précaution, fondé sur des preuves épidémiologiques, pour protéger le public contre de possibles effets néfastes. Autrement dit, cela signifie que, en l'absence d'une certitude absolue, il vaut mieux être prudent et s'appuyer sur des motifs raisonnables et probables¹⁴⁴.

^{xlvii} Ces délais sont fondés sur le moment où le bureau responsable détermine que les renseignements fournis par l'ACIA sont suffisants pour mener l'évaluation; si les renseignements fournis par l'ACIA sont incomplets, le bureau doit en informer l'ACIA dans les 24 heures. De plus, s'il faut plus de temps pour mener l'évaluation en raison de la complexité des données scientifiques, le bureau responsable doit en informer l'ACIA²⁵⁵.

programme (c.-à-d. l'ACIA et l'Agence de la santé publique du Canada). Les mesures à prendre dans le cadre de l'approche proposée cadrent avec le niveau de risque déterminé et tiennent compte de la gravité des dangers et de l'exposition potentielle²⁰¹.

En 2010, la DA a commencé à déclarer le nombre d'ERS effectuées en réponse aux demandes de l'ACIA dans le cadre des rapports trimestriels sur le rendement de la DGPSA. La DA indique un taux de conformité avec les normes de service de 100 % en ce qui concerne ces ERS, mais le nombre d'ERS relevées dans la documentation fournie par la Direction à cet égard n'est pas toujours le même^{xlviii}. Le **Table 7** présente un sommaire des ERS préparées par le BDM et le BIPC pour les exercices 2008-2009 à 2011-2012 (deux premiers trimestres) à la lumière de la documentation accessible^{225,226,227,266,269,285,267}. Le Plan stratégique du Programme sur les aliments et la nutrition 2012-2015 de Santé Canada présente l'achèvement en temps opportun des ERS comme une de ses activités continues³⁰⁵.

Table 7 ERS en réponse aux demandes de l'ACIA (de 2008-2009 à 2011-2012)

	Exercice				Total
	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012 ^{xlix}	
ERS	131	174	De 209 à 263	164	?

En 2011, la DA a mené un examen de ses activités d'ERS pour la période de 2008-2009 à 2010-2011. Dans le cadre de cet examen, la DA a tenté de déterminer les tendances (le cas échéant) concernant les demandes d'ERS et de définir et de surveiller les incidents liés à la salubrité des aliments pour déterminer s'ils avaient entraîné des demandes d'ERS ou simplement la prise en considération d'opinions relatives aux risques pour la santé. D'autres efforts sont déployés pour mieux suivre et analyser les données découlant des activités d'ERS menées par la DA.

Selon cette analyse des tendances, de 2008-2009 à 2010-2011, environ la moitié des ERS liées aux risques microbiens concernaient *L. monocytogenes* et « la viande et la volaille », les demandes ayant trait aux allergènes ont été plus nombreuses (en raison de la réglementation accrue sur l'étiquetage entrée en vigueur en août 2012) et les demandes de conseils techniques de l'ACIA (plans d'échantillonnage, interprétation de normes et de lignes directrices) ont augmenté. Les renseignements découlant de cette analyse ont été intégrés à des évaluations de nouvelles questions et de répercussions connexes qui touchent les bureaux de la DA²⁶⁷.

Dans la même analyse, plusieurs problèmes ont été relevés en ce qui concerne les activités d'ERS²⁶⁷ :

- absence d'un dépôt unique de données liées aux ERS au sein de la Direction;

^{xlviii} Certains documents d'examen trimestriels de la DGPSA présentent le nombre d'ERS effectuées et un énoncé concernant le taux de conformité aux normes de service, mais ce n'est pas toujours le cas. Par ailleurs, une analyse des tendances concernant les ERS menée par la DA en 2011 présente des résultats différents de ceux figurant dans les examens trimestriels de la DGPSA.

^{xlix} Seules les données des deux premiers trimestres étaient disponibles.

- ensembles de données et sources d'information complexes ainsi qu'absence d'outils de technologie de l'information (TI) pour appuyer le traitement des renseignements en temps réel;
- renseignements se trouvant principalement dans des documents papier;
- multiples intervenants.

Les recommandations formulées à la suite de l'écllosion de listériose de 2008^{206,484,28} et les engagements pris par la DA dans le cadre d'une demande de fonds dédiés ont entraîné des améliorations au chapitre des effectifs (embauches supplémentaires et formation continue et polyvalente) et des installations (laboratoire de statistique et de biologie computationnelle à capacité élevée – laboratoire de biostatistique) afin de pouvoir continuer d'effectuer rapidement et en tout temps des évaluations des risques pour répondre aux demandes de l'ACIA^{273,133,282,280,28,284,313,220,246}. De même, la DA a travaillé sur des outils, des méthodes et des approches concernant l'évaluation des risques pour veiller à ce qu'ils demeurent à jour, acceptés et validés et qu'ils respectent les normes internationales. Les travaux dans ce domaine ont été effectués dans le cadre de publications examinées par les pairs^{61,483}, d'évaluations conjointes (évaluation quantitative conjointe de la FDA et de Santé Canada sur le risque de listériose lié à la consommation de fromages affinés à pâte molle en Amérique du Nord) et de plusieurs forums nationaux et internationaux (Société statistique du Canada, International Symposium on Problems of Listeriosis et Society for Risk Analysis)^{437,281,438,250,317,321,318,324,325,326,440,441,312,322,375,268,236,374,117,436,118,139,435,477}.

DEGRÉ DE SALUBRITÉ DES ALIMENTS AU CANADA

Selon l'étude sur le classement mondial en matière de salubrité des aliments, une étude universitaire indépendante portant sur 17 pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), le Canada fait partie des cinq premiers pays au monde en ce qui concerne le rendement global au chapitre de la salubrité des aliments⁵⁷. Les chercheurs ont utilisé quatre catégories d'évaluation (consommationⁱ, biosécuritéⁱⁱ, gouvernance et rappels^{lii} et traçabilité et gestion^{liii}) pour donner une note de rendement globale (c.-à-d. rendement supérieur, moyen ou faible) à chaque pays. Le **Table 8** présente le classement et les notes globales pour le

ⁱ Pour la consommation, on a mesuré les politiques et les résultats permettant aux chercheurs d'évaluer la mesure dans laquelle les pays tenaient compte des besoins de leurs consommateurs; les principaux indicateurs étaient les efforts de surveillance, les pratiques d'hygiène et l'accessibilité de l'information.

ⁱⁱ Pour la biosécurité, on s'est penché sur la capacité du pays de limiter les risques pertinents liés à la salubrité des aliments, soit les mesures de biosécurité pour les végétaux et le bétail, y compris le taux d'utilisation de produits chimiques agricoles, le taux d'utilisation de médicaments vétérinaires et le recours à des données scientifiques.

^{lii} Pour la gouvernance et les rappels, on a évalué l'efficacité des règlements nationaux et de la gouvernance en ce qui a trait à la salubrité des aliments. Au nombre des paramètres considérés pour cette catégorie, mentionnons le nombre de partenariats public-privé, le nombre de projets financés par les entreprises, l'existence de plans de gestion des risques, le degré de clarté des programmes de rappel d'aliments et le nombre de rappels d'aliments.

^{liii} Pour la traçabilité et la gestion, on a mesuré la capacité du pays de déterminer l'emplacement antérieur ou actuel de denrées alimentaires et de connaître l'historique d'une denrée alimentaire donnée. La catégorie permettait de mesurer le degré d'harmonisation entre les administrations, l'existence de programmes reconnus mondialement et la portée des programmes de traçabilité.

rendement au chapitre de la salubrité de quatre pays membres de l'OCDE sélectionnés, établis dans le cadre de l'étude pour les années 2008 et 2010^{58,57}.

Table 8 Classement et notes globales pour le rendement au chapitre de la salubrité des aliments de pays membres de l'OCDE (2008 et 2010)

Pays	Rendement global		Consommation		Biosécurité		Gouvernance et rappels		Traçabilité et gestion	
	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010
Australie	4 Supérieur	2 Supérieur	7 Moyen	5 Moyen	1 Supérieur	11 Moyen	7 Moyen	2 Supérieur	2 Supérieur	7 Supérieur
R.-U.	1 Supérieur	3 Supérieur	4 Supérieur	7 Moyen	10 Supérieur	9 Moyen	4 Supérieur	6 Moyen	1 Supérieur	5 Supérieur
Canada	5 Supérieur	4 Supérieur	3 Supérieur	2 Supérieur	14 Moyen	11 Moyen	4 ; Supérieur	1 Supérieur	13 Moyen	15 Faible
États-Unis	7 Moyen	4 Supérieur	2 Supérieur	1 Supérieur	13 Moyen	9 Moyen	2 Supérieur	3 Supérieur	16 Faible	16 Faible

Parmi les 17 pays comparés, l'Australie venait au premier rang, et le Canada, au quatrième; globalement, il y a eu peu de changements dans les quatre pays comparés entre les années 2008 et 2010. Le Canada s'est le mieux classé dans les catégories Consommation et Gouvernance et rappels. Le Canada a reçu de faibles notes pour la biosécurité, en raison de son utilisation modérée, mais pas trop élevée, de produits chimiques et de son programme de lutte contre le bioterrorisme généralement raisonnable. La plus faible note que le Canada a obtenue était pour la catégorie Traçabilité et gestion; cette note a diminué depuis 2008, car le Canada ne dispose pas de systèmes bien établis de traçabilité des produits alimentaires de la ferme à la table, bien qu'il travaille à la création d'un tel système⁵⁷.

Résultat immédiat 2 : Connaissance et compréhension accrue des risques et des avantages pour la santé liés à la salubrité des aliments et à la nutrition

Dans quelle mesure la connaissance et la compréhension des risques liés à la salubrité des aliments et des avantages de la qualité nutritionnelle ont-elles augmenté en raison des activités du programme?

Le programme recourt à un vaste éventail de produits et d'activités de mobilisation dans le cadre de ses efforts visant à accroître les connaissances. On ne sait pas si le degré de connaissance et de compréhension a augmenté, car le programme ne compte pas sur un mécanisme permettant d'évaluer la réussite de ses efforts à ce chapitre (à l'exception d'une pratique exemplaire); cependant, on a relevé un certain nombre de secteurs nécessitant davantage d'information (p. ex. la nutrition et l'alimentation saine). Un certain nombre d'approches du programme liées à la diffusion d'information ne sont peut-être pas efficaces pour fournir l'information aux publics ou aux populations cibles.

Les participants clés du programme collaborent pour élaborer et mettre en œuvre des produits et des outils d'information visant à informer un vaste public sur des questions liées à la SQNA et sur les activités du programme. Les responsables pourraient changer selon la situation : Santé Canada est responsable d'informer les Canadiens sur les risques potentiels pour leur santé,

tandis que l'Agence de la santé publique du Canada est le premier point de contact à l'échelle fédérale pour les questions liées aux toxi-infections d'origine alimentaire réelles ou potentielles. En ce qui concerne la nutrition, Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada ont un rôle à jouer : Santé Canada en tant qu'organisme principal d'établissement de normes alimentaires pour la salubrité et la qualité nutritionnelle de tous les aliments vendus au Canada et l'Agence de la santé publique du Canada dans le cadre de son rôle consistant à promouvoir la santé.

SENSIBILISATION

Le nombre de produits d'information réalisés par le programme est élevé, et ceux-ci portent sur une multitude de sujets liés à la SQNA. Voici quelques-uns de ces produits (voir l'**annexe 3** pour obtenir de plus amples renseignements) :

- *Ça vous concerne* : Décisions de la DGPSA sur les priorités, les politiques et les programmes en matière de santé et renseignements connexes d'autres directions générales ayant des responsabilités semblables au chapitre de la réglementation.
- *Votre santé et vous* : Feuilles de renseignements destinés au grand public et rédigés par la DA en consultation avec des scientifiques ou des experts de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada.
- Rapports de C-EnterNet^{liv} : Rapports annuels fournissant un sommaire des cas déclarés de maladie entérique infectieuse touchant des humains.
- Fichier canadien sur les éléments nutritifs (FCEN)^{lv} : Base de données en ligne interrogeable portant sur la valeur nutritive de certains aliments.
- Brochures et affiches.
- Trousses d'outils : Trousse sur l'étiquetage nutritionnel à l'intention des éducateurs – version Premières Nations et Inuits.

Le programme élabore également des produits d'information en réaction à de nouvelles questions liées à la santé et à des préoccupations continues, par exemple :

- Acrylamide : Dans le cadre du programme, on a diffusé une description du mécanisme de formation de l'acrylamide dans les aliments pour mobiliser l'industrie et d'autres gouvernements afin qu'ils trouvent des méthodes de réduction de la formation d'acrylamide dans les aliments. Le bulletin *Ça vous concerne* a été utilisé pour fournir des renseignements sur des réunions proposées entre Santé Canada et des intervenants clés de l'industrie alimentaire en vue d'élaborer des stratégies sur la question et de traiter de la formation de l'acrylamide. Des pages de site Web ont été créées et mises à jour pour expliquer la question et la façon de diminuer le risque d'exposition dans les aliments^{5,6,147}.
- Fromage au lait cru : Selon un feuillet de conseils sur le lait cru²³⁰, les femmes enceintes, les jeunes enfants, les aînés et les personnes immunodéprimées devraient éviter de manger

^{liv} C-EnterNet reçoit des fonds de multiples sources, y compris du Cadre stratégique pour l'agriculture et du Plan d'action pour assurer la sécurité des produits alimentaires et de consommation (PASPAC).

^{lv} <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/fiche-nutri-data/index-fra.php>

du fromage au lait cru, y compris les fromages à pâte molle ou demi-ferme, car des bactéries alimentaires pourraient avoir de graves effets sur leur santé.

- o Dans le cadre du processus de consultation entamé en 2010 pour mettre à jour les exigences existantes visant la protection accrue de la santé des Canadiens qui consomment des fromages à pâte molle ou demi-ferme faits de lait cru, Santé Canada a élaboré un certain nombre de produits pour faciliter le processus de consultation auprès des organismes provinciaux des domaines de la santé et de l'agriculture, des experts ainsi que des intervenants intéressés et concernés^{250,311,309,317,323,325,327,440,441,312}.
- Listériose : À la suite de l'éclosion de listériose de 2008, Santé Canada a élaboré des brochures et des affiches destinées aux Canadiens en général et aux populations vulnérables ou à risque en particulier (c.-à-d. les aînés, les personnes ayant un système immunitaire affaibli, les femmes enceintes et les parents d'enfants âgés de moins de six ans)^{263,134}.
- Bisphénol A (BPA) : Santé Canada a fourni des mises à jour régulières sur les engagements clés pris dans le cadre du programme, notamment la communication de la progression des interventions alimentaires liées au Plan de gestion des produits chimiques (PGPC)^{lvi} du Canada (p. ex. mises à jour sur le BPA) sur le site Web de Santé Canada^{197,211,213,214,215,216,218,232,234,301,296,434,193}.

Voici des exemples de produits qui ont été élaborés pour accroître la transparence auprès des partenaires et des intervenants.

- Les responsables du programme ont collaboré avec des homologues internationaux (principalement de FSANZ) pour lancer en 2011 la *Revue internationale d'analyse des risques alimentaires*, publication en ligne visant à devenir le dépôt de tous les documents d'évaluation des risques du programme pour appuyer l'établissement de normes^{271,lvii}.
- En 2011, la DA a lancé *La Chronique alimentaire*, bulletin trimestriel envoyé par courriel à l'ensemble des intervenants nationaux et internationaux. *La Chronique alimentaire* comporte un sommaire (et un répertoire) des publications, des évaluations scientifiques, des décisions réglementaires, des autorisations préalables à la mise en marché, des avis sur les risques et des consultations de la DA ainsi que des renseignements sur les activités de mobilisation des intervenants à venir^{275,276,298,299,300,306}.

MÉCANISMES DE DIFFUSION

Les produits d'information sont diffusés au moyen de divers mécanismes (voir l'annexe 3), les plus courants étant les imprimés, les courriels, les sites Web et les médias sociaux.

- Imprimés.
- Courriels, en ligne (sites Web) et médias sociaux.

^{lvi} Le PGPC est mis en œuvre conjointement par Santé Canada et EC. Il a pour objet d'améliorer le degré de protection contre les produits chimiques dangereux au moyen d'un certain nombre de nouvelles mesures proactives assurant la gestion adéquate des substances chimiques. Un élément clé du PGPC est le contrôle et la surveillance du niveau de produits chimiques dangereux chez les Canadiens et dans leur environnement.

^{lvii} http://www.intechopen.com/journals/international_food_risk_analysis_journal

- Publications dans des ouvrages scientifiques examinés par les pairs (résumé de résultats de recherche ou d'activités de surveillance des aliments qui servent à l'évaluation des risques ou à l'établissement de normes^{275,276,298,299,300,306}).
- Participation à des initiatives auxquelles prennent part de multiples intervenants, comme À bas les BACTéries!^{lviii}, la campagne d'éducation sur le tableau de la valeur nutritive¹³⁴, la campagne Soyez prudents avec les aliments, la campagne sur la santé et la sécurité des enfants, la campagne sur les consommateurs en sécurité et informés, la campagne Halte-O-Risques et d'autres initiatives¹³⁵.
- Activités de mobilisation, notamment des réunions et des ateliers.

En ce qui concerne les médias imprimés (p. ex. articles et brochures), on a constaté que leur efficacité était limitée en ce qui a trait à la fourniture de renseignements sur la manipulation sécuritaire des aliments⁹⁰ :

- Articles détaillés
 - o Seulement 39 % des Canadiens croient que les articles détaillés sont une source d'information efficace.
 - Les aînés sont les plus susceptibles de considérer que ce produit est efficace, tandis que les parents ayant des enfants âgés de moins de six ans ne croient pas qu'il soit efficace.
 - o Au total, 44 % des Canadiens croient que les articles détaillés sont très efficaces ou modérément efficaces. Parmi ceux-ci :
 - 45 % sont d'avis que les sites Web sont le meilleur mécanisme de diffusion, tandis que 41 % croient que ce sont les journaux.
 - Les femmes enceintes et les parents ayant des enfants âgés de moins de six ans préfèrent les sites Web, tandis que les aînés préfèrent les journaux.
 - 12 % des Canadiens croient que le site Web de Santé Canada est le meilleur endroit pour obtenir des renseignements, surtout selon les femmes enceintes.
- Brochures
 - o Seulement 26 % des Canadiens croient que les brochures sont une source d'information efficace.
 - Les aînés et les parents ayant des enfants âgés de moins de six ans sont plus susceptibles de trouver ce produit efficace.
 - o Au total, 45 % des Canadiens croient que les brochures sont modérément efficaces. Parmi ceux-ci :
 - 57 % sont d'avis que les magasins de vente au détail et les épiceries sont le meilleur endroit où diffuser ces brochures, et 42 % préféreraient recevoir ces renseignements par courrier.
 - Les personnes ayant un système immunitaire affaibli sont les plus susceptibles de préférer ce type de produit.

lviii <http://www.canfightbac.org/fr/default.aspx>

En ce qui concerne les renseignements en ligne (diffusés au moyen d'un site Web), les responsables du programme ont établi une bonne présence en ligne (p. ex. le site Web de Santé Canada contient environ 45 000 pages²⁵²). Un examen des visites^{lix} et des consultations^{lxi} de cinq pages clés du site Web de Santé Canada (**Table 9**) pendant l'exercice 2008-2009^{lxi} révèle un usage limité par rapport au nombre de Canadiens ayant accès à Internet (c.-à-d. l'ensemble des utilisateurs)^{lxii, lxiii}.

Table 9 Visites et consultations de cinq pages du site Web de Santé Canada (anglais et français) pendant l'exercice 2008-2009

Page Web	Élément	Exercice 2008-2009
Avis, mises en garde et rappels	Visites	30 419
	Consultations	35 275
Alertes à l'allergie	Visites	7 164
	Consultations	7 695
Salubrité des fruits et légumes frais	Visites	3 224
	Consultations	3 845
Étiquetage des allergènes alimentaires	Visites	20 035
	Consultations	25 374
À bas les BACTéries!	Visites	4 635
	Consultations	5 695

Un examen plus approfondi de la section sur la salubrité des aliments (**Table 10**) pour l'exercice 2010-2011^{lxiii} révèle des résultats semblables^{253,439}.

Table 10 Visites et consultations de la section sur la salubrité des aliments de Santé Canada (anglais et français) pendant l'exercice 2010-2011

Page Web	Élément	Exercice 2010-2011
Safe Food Handling: Your Interactive Guide	Visites	6 419
	Consultations	8 318
Manipulation sécuritaire des aliments : Votre guide interactif - Santé Canada	Visites	1 938
	Consultations	2 866
Safe Food Handling: Your Interactive Guide (Flash Version)	Visites	2 158

lix Une visite consiste en une série d'actions qui commencent quand un visiteur consulte une première page sur le serveur et qui se terminent quand le visiteur quitte le site ou lorsqu'il demeure inactif au-delà du délai prévu (p. ex. 30 minutes).

lx Nombre de fois que la page a été vue par des visiteurs.

lxi Les données des autres exercices n'étaient pas disponibles.

lxii Selon l'Enquête canadienne sur l'utilisation d'Internet, en 2009, 80 % des Canadiens avaient accès à Internet partout, 77 % y avaient accès à la maison et 34 % y avaient accès au travail; 41 % des personnes âgées de 65 ans ou plus utilisaient Internet; 70 % des personnes utilisaient Internet pour chercher des renseignements médicaux ou liés à la santé^{446,444,447,445}.

lxiii Les données des autres exercices n'étaient pas disponibles.

Page Web	Élément	Exercice 2010-2011
	Consultations	3 299
Manipulation sécuritaire des aliments : Votre guide interactif (Version Flash)	Visites	799
	Consultations	1 468
Safe Food Handling in the Home	Visites	2 724
	Consultations	3 553
Les pratiques de manipulation sécuritaire des aliments à la maison	Visites	811
	Consultations	1 391
Safe Food Handling at the Grocery Store	Visites	828
	Consultations	1 404
Les pratiques de manipulation sécuritaire des aliments à l'épicerie	Visites	308
	Consultations	796

En ce qui concerne les populations vulnérables, le nombre de téléchargements de documents sur la manipulation sécuritaire des aliments pendant l'exercice 2010-2011^{lxiv} semble restreint (**Table 11**), surtout à la suite de l'écllosion de listériose de 2008^{264,129,265,131,253,130,439}.

Table 11 Téléchargements de documents sur la manipulation sécuritaire des aliments par les membres des populations vulnérables (anglais) pendant l'exercice 2010-2011

Document en ligne	Exercice 2010-2011 (téléchargements)
Safe food handling for adults 60+	521
Safe food handling for people with weakened immune systems	413
Safe food handling for pregnant women	1 052

Il importe également de mentionner que les données présentées dans les tableaux qui précèdent découlent non seulement d'un accès direct par les utilisateurs intéressés (p. ex. au moyen d'une recherche en ligne), mais également de renvois provenant de médias, d'intervenants ou de blogues et de liens dans d'autres sites Web. Selon la recherche, la popularité limitée des sources d'information en ligne sur la salubrité des aliments peut s'expliquer par les préférences des intervenants, par exemple :

- Les études commandées par Agriculture et Agroalimentaire Canada (AAC) en 2004 et en 2006 (n = 1 600) ont révélé ce qui suit^{331,332}.
 - o 59 %/38 % des répondants utilisent les médias traditionnels (p. ex. journaux, télévision et radio) comme source principale de renseignements sur la salubrité des aliments;
 - o 11 %/13 %^{lxv} des Canadiens utilisent Internet comme source d'information sur la salubrité des aliments;

^{lxiv} Les données des autres exercices n'étaient pas disponibles.

^{lxv} L'écart entre 2004 et 2006 est indiqué par deux pourcentages, un pour chaque année, séparés par une barre oblique (/).

- o 4 % des consommateurs se fient au gouvernement fédéral comme source d'information sur la salubrité des aliments.
- Selon une enquête de 2010 (n = 1 536^{lxvi})⁹⁰ :
 - o 42 % des Canadiens utilisent les médias traditionnels (p. ex. journaux, radio, télévision ou autres médias) comme source principale d'information sur les questions liées à l'alimentation.
 - 57 % des aînés et 32 % des parents obtiennent des renseignements sur les questions liées à l'alimentation par les médias traditionnels.
 - o 24 % des Canadiens utilisent les sites Web comme source principale de renseignements sur l'alimentation.
 - 40 % des femmes enceintes et 31 % des parents obtiennent des renseignements sur les questions liées à l'alimentation par des sites Web (40 %).
 - o Lors de toxi-infection d'origine alimentaire, 74 % des Canadiens se reportent aux médias traditionnels comme source d'information, tandis que seulement 16 % recourent aux sites Web.
 - Les aînés tendent à se fier davantage aux médias traditionnels (89 %).
 - o 25 % des Canadiens considèrent que le gouvernement fédéral est la source d'information sur la salubrité des aliments la plus digne de confiance.
- Selon une enquête menée en 2011 (n₁ = 1 003, n₂ = 1 001, n_{groupes de discussion} ~36)³⁴³ :
 - o la télévision est la principale source d'information sur les rappels (40 %), suivie par les nouvelles (16 %), la radio (12 %) et les journaux (11 %);
 - o au total, 9 % des Canadiens utilisent Internet en tant que source d'information sur la salubrité des aliments.

Voici d'autres facteurs qui limitent l'efficacité des communications du PSQNA et qui peuvent être liés au mécanisme de diffusion :

- Renseignements fragmentés présentés sur de multiples sites dont l'« aspect » n'est pas uniforme, et renseignements affichés n'étant pas tous d'actualité, ce qui fait en sorte que les consommateurs ont de la difficulté à trouver des renseignements pertinents. La création de nouveaux portails d'information (p. ex. Canadiens en santé, Salubrité des aliments) pourrait contribuer à la centralisation et à la normalisation des sources d'information en ligne.
- Selon les personnes interviewées dans le cadre de l'évaluation, le consommateur moyen et certains membres de sous-populations (p. ex. les aînés, les Premières Nations et les Inuits, etc.) pourraient considérer les renseignements comme trop techniques.
- À la lumière des entrevues effectuées dans le cadre de l'évaluation, bon nombre de collectivités inuites et des Premières Nations pourraient avoir un accès limité à Internet ou un accès limité aux périphériques requis auxquels a accès la population en général.

^{lxvi} Une enquête téléphonique visant quatre groupes cibles à risque et un groupe de référence composé de membres du grand public : aînés âgés de 65 ans et plus (n = 304), femmes enceintes et femmes qui comptent tomber enceintes dans l'année à venir (n = 300), parents d'enfants âgés de moins de six ans (n = 305), personnes ayant un système immunitaire affaibli (n = 323) et grand public (n = 304).

En ce qui concerne les activités de mobilisation, les évaluateurs n'ont pas pu obtenir le nombre exact d'activités menées pendant la période d'évaluation ni déterminer la réussite de ces activités (p. ex. le degré de participation des consommateurs); cependant, certaines personnes interviewées dans le cadre de l'évaluation (y compris des participants clés du programme, des partenaires et des intervenants) étaient d'avis que la participation des consommateurs avait augmenté. Les répondants de l'évaluation (participants clés du programme et intervenants) intervenant auprès des Premières Nations et des Inuits étaient d'avis que la participation des consommateurs avait augmenté en raison de l'amélioration des relations avec des organisations nationales et des représentants communautaires ainsi que de certaines initiatives, comme le Programme de lutte contre les contaminants dans le Nord (PLCN); certains croyaient également qu'il y avait eu un changement en raison d'organisations du gouvernement fédéral qui favorisaient et permettaient les communications entre les groupes intéressés (p. ex. chercheurs, collectivités, etc.).

DEGRÉ DE CONNAISSANCE ET DE COMPRÉHENSION

Selon les données de 2011, une grande proportion de Canadiens (64 %) étaient d'avis que le gouvernement fédéral avait fait du bon travail pour tenir les Canadiens informés de l'ensemble des questions pertinentes liées à la salubrité des aliments, mais 63 % auraient tout de même souhaité obtenir de plus amples renseignements sur la salubrité des aliments et la façon de se protéger contre les aliments qui présentent un risque pour la santé³⁴³. Plus précisément, un certain nombre de sujets nécessitent plus d'information ou doivent faire l'objet d'une plus grande sensibilisation, à savoir :

- Salubrité des aliments – Même si 94 % des Canadiens semblaient connaître les lignes directrices sur la salubrité des aliments^{331,332} et que, en 2011, 76 % d'entre eux étaient d'avis qu'ils disposaient de suffisamment de renseignements à cet égard (84 % chez les femmes enceintes)⁹⁰, cette connaissance peut ne pas se traduire par une compréhension. Selon une enquête réalisée en 2011 ($n_1 = 1\ 003$, $n_2 = 1\ 001$, $n_{\text{groupes de discussion}} \sim 36$), en règle générale, les Canadiens croient à tort que la contamination la plus facilement évitable survient à l'extérieur de la cuisine; lorsqu'ils ont été questionnés au sujet de la contamination des aliments, 52 % des Canadiens étaient également d'avis que la contamination survient avant que les aliments n'entrent dans leur cuisine³⁴³. Dans la même enquête, on souligne que certaines idées erronées concernant la manipulation des aliments sont plus répandues chez les groupes à risque (c.-à-d. femmes enceintes, personnes ayant un système immunitaire affaibli et aînés). Selon une enquête menée en 2010 ($n = 1\ 536$), seulement 60 % des Canadiens connaissent les maladies d'origine alimentaire, les personnes ayant un système immunitaire affaibli étant les plus sensibilisées à la question, et les parents ayant des enfants âgés de moins de six ans étant les moins sensibilisées⁹⁰.
- Nutrition et saine alimentation – Le nombre de Canadiens ayant confiance en leurs connaissances sur la nutrition a diminué de 2006 à 2008 (passant de 87 %³⁴ à 80 %³³) et, selon la *Stratégie de réduction du sodium pour le Canada* (2010), « la population canadienne manque de connaissances au sujet des calories et des éléments nutritifs, ce qui compromet sa capacité de choisir des aliments nutritifs » (p. ex. peu de connaissances sur le pourcentage de la valeur quotidienne et ce qui est considéré comme un apport « élevé » ou « faible » en éléments nutritifs)²²⁹.

- Étiquetage des aliments – Dans une enquête de 2005 (n = 1000), 40 % des Canadiens avaient de la difficulté à lire les étiquettes sur les emballages d'aliments¹⁵⁸; de même, une étude qualitative réalisée en 2007 a révélé que la population remarque les étiquettes sur les aliments, mais ne leur fait pas toujours confiance ou ne les comprend pas toujours¹⁸⁰. Le rapport *Pour un Canada au cœur qui bat* (2009) faisait valoir que, bien que le Canada soit un chef de file international au chapitre de l'étiquetage obligatoire des aliments emballés, seulement 61 % des femmes et 52 % des hommes lisent toujours ou habituellement le tableau de la valeur nutritive sur les étiquettes de produits, et ces personnes trouvent souvent que les renseignements prêtent à confusion⁴⁷. Selon le rapport *Vers de nouveaux sommets* (2007), « [en] l'absence d'un système pancanadien, des compagnies alimentaires et des organismes de santé ont créé leurs propres systèmes distincts d'étiquetage, ce qui porte à confusion pour les consommateurs³⁴⁴ ». Les auteurs du rapport *Pour un Canada au cœur qui bat* (2009) soulignaient que l'absence de portion normalisée constitue l'une des principales lacunes du tableau de la valeur nutritive au Canada, ce qui rend difficile pour les consommateurs de comparer la qualité nutritive de denrées alimentaires semblables⁴⁷.
- Gras trans – Selon une enquête de 2004 (n = 1 423), 36 % des Canadiens ont indiqué qu'ils ignoraient ce que l'expression « gras trans » signifiait¹⁵³; selon le rapport *Nutrition : évolution et tendances VII* (2008) du Conseil canadien des aliments et de la nutrition, 32 % des Canadiens savent que les gras trans ont le même effet que les gras saturés; 24 % des Canadiens croient que les gras trans n'ont pas le même effet que les gras saturés et 27 % des Canadiens ne le savent tout simplement pas³⁴.
- Aliments GM – Selon une enquête de 2004 (n₈ = 1 008 et n₁₁ = 1003), 17 % des Canadiens ne connaissaient pas bien les aliments GM, tandis que 41 % d'entre eux croyaient qu'ils en avaient une assez bonne connaissance; dans une cohorte de la même taille, 29 % et 12 % ont affirmé qu'ils avaient respectivement une bonne connaissance et une très bonne connaissance de ces aliments¹⁶⁰.

En ce qui concerne les Premières Nations, une enquête menée en 2007-2008 (n_I = 1 502 et n_{II} = 1 500 membres de Premières Nations vivant dans les réserves) a révélé que 46 % des membres des Premières Nations vivant dans les réserves connaissaient le document *Bien manger avec le Guide alimentaire canadien – Premières Nations, Inuit et Métis*, qui a été diffusé en 2007¹⁹⁶.

PRATIQUES EXEMPLAIRES

Les fonds reçus dans le cadre du Plan d'action pour assurer la sécurité des produits alimentaires et de consommation (PASAPAC) et d'une demande de fonds dédiés en vue de donner suite aux recommandations^{206,28,484} formulées à la suite de l'écllosion de listériose de 2008 ont mené les responsables du programme à élaborer une approche stratégique et coordonnée visant à combler plusieurs lacunes courantes au chapitre de la communication et de la diffusion des renseignements. La stratégie de marketing social concernant la bactérie *Listeria* visait à mieux faire connaître les risques pour la santé découlant des pratiques de manipulation non sécuritaire des aliments et des maladies d'origine alimentaire en améliorant les connaissances, les attitudes et les comportements du grand public et des groupes à risque. Son but immédiat était d'accroître le recours aux pratiques de manipulation sécuritaire des aliments, tandis que son but à long terme était de diminuer le nombre de maladies d'origine alimentaire au Canada. Pour réaliser les buts

visés, la stratégie reposait sur une approche ciblée à multiples volets relative à la diffusion des renseignements par divers moyens, outre le Web, notamment des publications annuelles, des encarts publicitaires, des médias imprimés, une campagne radiophonique et une alliance stratégique (pour obtenir de plus amples renseignements, voir l'**annexe 3**)^{49,263,403,74,72,73,237,238,239}.

Les principaux partenaires du programme (c.-à-d. Santé Canada, l'Agence de la santé publique du Canada et l'ACIA) ont travaillé ensemble afin d'harmoniser et d'intégrer les renseignements pour les rendre plus accessibles aux intervenants. Par conséquent, le gouvernement fédéral a lancé en 2010 plusieurs portails Web présentés à l' **annexe 3**. Les mêmes organisations ont également collaboré avec les gouvernements provinciaux et territoriaux par l'entremise du Conseil des médecins hygiénistes en chef pour élaborer le document *Prévention de la listériose : points à examiner dans le cadre de la préparation de messages sur la santé publique*, lequel « offre des renseignements généraux sur la listériose et fournit des conseils sur la prévention, qui peuvent être utilisés pour communiquer avec le grand public, les populations vulnérables et les fournisseurs de services alimentaires au service de ces populations¹³³ ». Le document a été offert aux gouvernements provinciaux et territoriaux en 2010 pour que chaque administration puisse l'utiliser pour orienter la création de ses messages.

La stratégie comportait également le Sondage sur les connaissances et le comportement des Canadiens en matière de sécurité alimentaire (2010) (n = 1 536), conçu pour établir des données de référence afin d'effectuer le suivi des effets de la campagne et fournir des renseignements de recherche pour aider Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada à élaborer des stratégies de communication axées sur des données probantes qui pourront être utilisées lors de toxi-infection d'origine alimentaire^{90,418}.

Résultat immédiat 3 : Contribution accrue aux normes internationales appuyées par des données scientifiques

Dans quelle mesure le programme a-t-il eu une incidence sur les normes internationales?

Les responsables du programme participent activement à l'élaboration de normes internationales grâce à un grand nombre d'ententes, de forums et d'initiatives. Les travaux de recherche scientifique et sur la réglementation menés dans le cadre du programme constituent une contribution importante pour la communauté internationale. Les responsables du programme ont joué un rôle dans plusieurs initiatives, en les dirigeant ou en y contribuant.

ACCORDS INTERNATIONAUX

L'évaluation a permis de recenser 22 protocoles d'entente, accords et engagements internationaux signés par les participants clés du programme pendant la période de l'évaluation. L'objet de ces accords internationaux est d'améliorer la collaboration et l'échange d'information afin d'accroître les connaissances organisationnelles et de compter sur des mécanismes d'intervention adéquats à l'égard des questions actuelles et nouvelles. Le degré de collaboration avec chacune des organisations nommées dans les documents (p. ex. Food and Drug Administration [FDA] des États-Unis, FSANZ, Food Standards Agency [FSA] du Royaume-Uni

et Centre européen de prévention et de contrôle des maladies [CEPCM]) permet également une plus grande harmonisation des approches et des normes.

FORUMS INTERNATIONAUX

L'évaluation a permis de recenser de nombreux forums internationaux auxquels les responsables du programme participent pour échanger des connaissances, obtenir un consensus et élaborer des normes soutenues par des données scientifiques en vue d'établir une harmonisation. Certains de ces forums sont traités ci-dessous.

Codex Alimentarius

Le Codex sert de cadre à l'élaboration de normes, de lignes directrices et de codes de pratique internationaux sur la SQNA. La participation du Canada au Codex est coordonnée par le Bureau du Contact central du Codex pour le Canada de la DA⁶⁷. Le comité interministériel du Codex Alimentarius (CIM/CODEX) est formé de représentants de Santé Canada, de l'ACIA, du ministère des Affaires étrangères, du Commerce et du Développement (MAECD) et d'AAC. La présidence du CIM/CODEX est assurée à tour de rôle par Santé Canada et l'ACIA. Le CIM/CODEX examine la participation au Codex et formule des recommandations connexes et sert de cadre à l'élaboration et à la fourniture de conseils stratégiques concernant l'acceptation des normes, des recommandations et des lignes directrices du Codex¹⁴⁶. Le Canada participe aux comités actifs du Codex en prenant part à dix comités examinant des sujets généraux (Santé Canada et ACIA), à cinq comités sur les denrées alimentaires (ACIA), à un comité de coordination régional (participation alternant entre Santé Canada et l'ACIA) et à un Groupe spécial intergouvernemental (ACIA). Plus précisément, au Canada, Santé Canada est responsable des comités et des groupes de travail suivants⁵⁰ :

- Comité du Codex sur les principes généraux;
- Comité du Codex sur l'hygiène alimentaire;
- Comité du Codex sur les résidus de médicaments vétérinaires dans les aliments;
- Comité du Codex sur les contaminants dans les aliments;
- Comité du Codex sur les additifs alimentaires;
- Comité du Codex sur les méthodes d'analyse et d'échantillonnage;
- Comité du Codex sur la nutrition et les aliments diététiques ou de régime.

L'évaluation a permis de relever un certain nombre d'initiatives menées par le Codex auxquelles les responsables du programme ont contribué de façon importante sur le plan de l'élaboration, soit en dirigeant l'initiative, soit en apportant une contribution scientifique importante :

- Norme pour les préparations destinées aux nourrissons et les préparations données à des fins médicales spéciales aux nourrissons¹⁶³.
- Document de travail sur l'application de l'analyse des risques aux travaux du Comité du Codex sur la nutrition et les aliments diététiques ou de régime¹⁶³.
- Avant-projet de Code de pratiques d'hygiène pour les préparations en poudre pour nourrissons et enfants en bas âge¹⁶⁸.

- Normes pour contrôler la présence de mélamine dans les produits destinés à la consommation humaine et à la consommation animale à l'échelle mondiale²²⁵.
- Teneur maximale en mélamine permise^{135,65}.
- Niveaux maximaux pour le désoxynivalénol (DON) et ses dérivés acétylés dans les céréales et les produits à base de céréales^{135,66}.
- Principes généraux pour l'adjonction d'éléments nutritifs essentiels aux denrées alimentaires.
- Directives pour l'emploi des allégations relatives à la nutrition et à la santé.
- Conseils en matière d'évaluation du risque des organismes d'origine alimentaire résistant aux antimicrobiens

Organisation mondiale de la Santé et Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture

Les travaux sur les additifs alimentaires sont menés par le Comité mixte FAO/OMS d'experts des additifs alimentaires (JECFA). Plus précisément, Santé Canada participe activement à l'examen de la question de l'acrylamide en raison des travaux de la DA sur la toxicologie de l'acrylamide et l'exposition à cette substance dans le cadre du régime alimentaire, qui ont contribué à la base de connaissances à l'échelle internationale (p. ex. isolement du principal mécanisme de création de l'acrylamide et des facteurs de contribution connexes) et orienté les mesures prises par Santé Canada (p. ex. méthode de mesure de l'acrylamide¹⁹⁹) et la mise en œuvre d'un programme de surveillance de l'acrylamide dans le cadre du PGPC. Voici d'autres contributions :

- Rédaction de deux monographies (normes) sur le furane et les glycosides cyanogènes²⁸⁵.
- Direction de la résolution en matière de promotion des initiatives sur la sécurité alimentaire¹³⁴.
- Réalisation de travaux de recherche sur l'interaction entre l'acrylamide et l'asparaginase.
- Consultation d'experts en vue de l'examen des aspects toxicologiques et liés à la santé du BPA (y compris les matériaux d'emballage des aliments)⁴⁸⁸.

L'Agence de la santé publique du Canada a participé à la surveillance des maladies d'origine alimentaire et aux interventions connexes coordonnées par l'OMS en collaboration avec la FAO. Voici quelques contributions :

- Participation au Réseau mondial des infections d'origine alimentaire (GFN) et au Réseau mondial d'information en santé publique (RMISP).
- Fourniture de lignes directrices sur l'évaluation et la gestion des risques pour plusieurs combinaisons aliments-pathogènes très prioritaires ayant une incidence sur les maladies d'origine alimentaire dans le cadre des réunions conjointes d'experts FAO/OMS sur l'évaluation des risques microbiologiques.
- Collaboration avec le Groupe de travail de référence sur l'épidémiologie des maladies d'origine alimentaire (FERG) en ce qui concerne les rapports d'estimation, les examens épidémiologiques, l'élaboration de modèles d'estimation et d'attribution des causes et le recours aux modèles du FERG pour la création d'outils d'étude⁴⁹¹.

- Contribution au groupe consultatif sur la surveillance intégrée de la résistance aux antimicrobiens pour soutenir et promouvoir l'élaboration de programmes à l'échelle internationale.

Accord de libre-échange nord-américain et Organisation de coopération et de développement économiques

Santé Canada et l'ACIA travaillent en collaboration pour traiter de questions précises concernant la réglementation des aliments entre le Canada, les États-Unis et le Mexique dans le cadre de la mise en œuvre de l'Accord de libre-échange nord-américain (ALENA). Certaines activités, comme celles liées à l'étiquetage des aliments, sont examinées par le Groupe de travail technique sur l'étiquetage, l'emballage et les normes alimentaires, qui a pour mandat d'améliorer l'harmonisation des dispositions liées à l'étiquetage des aliments⁴⁵⁷. D'autres efforts pour l'harmonisation des décisions relatives à la réglementation des aliments sont déployés par l'OCDE avec la participation de Santé Canada et de l'ACIA. Dans le cadre du Groupe d'étude sur la sécurité des nouveaux aliments destinés à la consommation humaine et animale de l'OCDE, des efforts ont été faits pour diriger l'élaboration d'une directive harmonisée sur l'évaluation des produits et des processus découlant de technologies modernes et novatrices, notamment les aliments nouveaux, les cultures GM ou les produits dérivés des nanotechnologies³⁷⁸.

Groupe international de liaison en matière de sécurité chimique des aliments et groupe international de liaison en matière d'innocuité microbiologique des aliments

En 2005, la DA a organisé une réunion internationale de pays aux vues similaires pour examiner la possibilité de déployer des efforts de collaboration en ce qui a trait aux alertes précoces et à l'échange ou à la diffusion de renseignements sur les incidents liés à la sécurité chimique des aliments. Le groupe international de liaison en matière de sécurité chimique des aliments a été mis sur pied pour réaliser ces objectifs avec la participation de la DA, de l'ACIA, du Center for Food Safety and Applied Nutrition (CFSAN) de la FDA des États-Unis, de l'Autorité européenne de sécurité des aliments (AESAs), de la FSA du Royaume-Uni, de la Commission de la salubrité des aliments du Japon et de FSANZ⁴⁵⁵. Ce groupe a joué un rôle fondamental dans la coordination des interventions visant un certain nombre de nouveaux enjeux depuis 2007, notamment la présence de semi-carbazide dans les pots de nourriture pour bébés, d'acrylamide dans les aliments et de BPA dans les aliments ainsi que la contamination par la mélamine de l'approvisionnement alimentaire.

Par ailleurs, dans le cadre de leur réponse aux recommandations formulées à la suite de l'écllosion de listériose de 2008, les responsables du programme ont établi le groupe international de liaison en matière d'innocuité microbiologique des aliments en 2011. Ce groupe vise à fournir un cadre informel aux organisations gouvernementales chargées de l'évaluation, de la gestion ou de la communication des risques touchant l'innocuité microbiologique des aliments afin qu'elles examinent les questions d'intérêt mutuel et collaborent à ce chapitre⁴⁵⁶. Le groupe a tenu sa première réunion en septembre 2011; y ont participé des organisations de l'Australie, du Canada, de l'Union européenne (UE), de la France, de l'Italie, du Japon, de la Nouvelle-Zélande, du Royaume-Uni et des États-Unis⁹.

INITIATIVES BILATÉRALES ET MULTILATÉRALES

L'échange de connaissances et l'élaboration de normes ont également lieu dans le cadre du programme par la participation aux ententes bilatérales et multilatérales suivantes :

- Réunions quadrilatérales : L'Australie, le Canada, la Nouvelle-Zélande et les États-Unis tiennent des réunions quadrilatérales sur la salubrité des aliments. Le pays qui préside et anime les réunions change tous les quatre ans. Les participants du Canada comprennent notamment des représentants de Santé Canada, de l'ACIA et de l'Agence de la santé publique du Canada. Ces réunions fournissent un cadre pour discuter de questions d'intérêt mutuel et collaborer à cet égard, ce qui favorise la communication, la compréhension et l'entente. Voici quelques résultats ayant découlé de ces réunions :
 - o Le leadership du Canada au chapitre des gras trans, ce qui a contribué à l'échange de méthodes analytiques et d'information sur les allégations, les solutions de rechange, la surveillance et la communication des risques^{420,421,1}.
 - o La création en 2008 du groupe quadrilatéral sur la salubrité des aliments en tant que forum sur la réglementation visant à favoriser la collaboration et l'échange de renseignements, à soutenir les efforts d'harmonisation quant aux pratiques et aux normes en matière de réglementation et à examiner des approches communes à la préparation et à l'intervention en cas d'urgence, entre autres¹⁰⁷.
 - o La mise sur pied d'un groupe de travail des affaires économiques et réglementaires liées à la salubrité des aliments dans le cadre des discussions quadripartites menées par la DA, qui tient des réunions depuis 2009 sur des questions liées à l'analyse économique de la réglementation sur la salubrité des aliments et à l'application de l'économie comportementale à la salubrité des aliments et à la nutrition^{423,83,84,422,108,85,86}.

National Academies des États-Unis

Dans le but d'harmoniser les recommandations canadiennes et américaines sur la nutrition, Santé Canada est devenu l'un des commanditaires d'un projet coordonné par le Food and Nutrition Board de l'Institute of Medicine des États-Unis pour synthétiser des données scientifiques pertinentes et fournir des recommandations à jour sur les éléments nutritifs, c'est-à-dire les apports nutritionnels de référence (ANREF). Des experts canadiens en matière de nutrition participent à l'établissement de ces valeurs nutritionnelles de référence mises à jour, qui remplacent les apports nutritionnels recommandés de 1990 au Canada et les *Recommended Dietary Allowance* de 1989 aux États-Unis⁴⁷³.

Conseil de coopération en matière de réglementation

Le Conseil de coopération en matière de réglementation a été créé en 2011; il a reçu un mandat de deux ans ayant pour objet d'accroître la coopération en matière de réglementation entre le Canada et les États-Unis et de se pencher sur les façons d'harmoniser la réglementation pour favoriser la circulation des biens entre les deux pays. Les résultats pertinents dans les domaines de l'agriculture et de l'alimentation comprennent les suivants^{4,428,429,430,427,32,458} :

- Évaluation des similitudes entre les systèmes d'assurance de la salubrité des aliments et renforcement des mécanismes bilatéraux d'harmonisation de la réglementation existants pour améliorer la salubrité des aliments, réduire au minimum le fardeau pour les intervenants et renforcer la coopération et l'échange de renseignements pendant l'élaboration de règlements.
- Élaboration de processus et d'outils communs pour assurer la reconnaissance conjointe des laboratoires, des résultats de tests et des méthodes dans le domaine de la salubrité des aliments.

CONFÉRENCES ET SYMPOSIUMS

Outre les organismes mentionnés ci-dessus, les responsables du programme collaborent également avec leurs homologues étrangers dans le cadre de plusieurs conférences et symposiums. Ces activités sont l'occasion d'échanger et de diffuser de l'information scientifique, par exemple :

- Travaux sur les méthodes d'évaluation et de modélisation des risques menés dans le cadre de la Conférence internationale sur la salubrité des coquillages, du symposium international sur les problèmes associés à la listériose et des activités de la Society for Risk Analysis.
- Diffusion du document *Poids de la preuve : Facteurs à considérer pour la prise de mesures appropriées et en temps opportun dans une situation d'enquête sur une éclosion de maladie d'origine alimentaire*, dans le cadre de la réunion annuelle de l'International Association for Food Protection.
- Participation aux réunions annuelles internationales de l'Association of Analytical Communities (AOAC) concernant la validation de méthodes d'analyse des aliments.
- Participation à des événements internationaux sur la recherche toxicologique, notamment les réunions annuelles de la Société de toxicologie du Canada et de la Society of Toxicology des États-Unis.
- Travaux d'élaboration d'un volet sur la salubrité des aliments dans le cadre du symposium international de 2009 sur la santé circumpolaire.

Résultat immédiat 4 : Meilleures connaissances servant de plus en plus à appuyer les politiques, les lignes directrices, les normes, les règlements, les stratégies ainsi que les évaluations et les inspections de l'ACIA

Dans quelle mesure la base de connaissances (recherche) et son utilisation ont-elles augmenté en raison des activités du programme?

Le programme a permis de produire des connaissances, notamment au moyen de la recherche visant à améliorer les méthodes d'analyse et de test et de l'élaboration de lignes directrices et de normes. Par ailleurs, l'échange de connaissances au moyen de divers médias contribue à l'amélioration des connaissances. Les responsables du programme utilisent ces connaissances améliorées pour soutenir l'élaboration de règlements et de politiques et les travaux de collaboration.

AMÉLIORATION DES CONNAISSANCES

Modernisation des connaissances

Santé Canada publie trois compendiums de méthodes sur son site Web. Ceux-ci renvoient aux méthodes évaluées de Santé Canada, qui peuvent être utilisées par les laboratoires de l'industrie et du gouvernement pour déterminer la conformité, évaluer la qualité et appuyer les enquêtes sur les maladies d'origine alimentaire. Ils comportent des méthodes de dépistage des allergènes alimentaires et d'analyse chimique et microbiologique des aliments (voir l'**annex 5**). Le **Table 12** présente le nombre de méthodes et les dates auxquelles elles ont été mises en œuvre ou mises à jour selon les données affichées sur le site Web de Santé Canada^{59,11,379,330,340,370,371}.

Santé Canada ne dresse plus de liste de méthodes liées aux éléments nutritifs sur son site Web depuis 2012; cependant, certains exemples de travaux dans ce domaine existent, notamment ceux menés par le BSN relativement à l'élaboration d'une méthode analytique pour mesurer les gras trans dans les aliments en vue de son acceptation par l'AOAC³³⁹.

Table 12 Compendiums de méthodes créés ou mis à jour de 1999 à 2012^{lxvii, lxviii, lxix}

Méthodes	Année														
	Avant 1999	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Dépistage des allergènes	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0	1	1	0	0
Analyse chimique	117	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3	0	0	0	0
Analyse microbiologique	41	2	2	12	3	11	4	3	19	6	3	5	10	16	12
Total des méthodes	158	2	2	12	3	11	6	3	22	7	6	6	11	16	12

L'activité globale plus importante associée aux méthodes d'analyse microbiologique peut s'expliquer par le fait qu'il y a plus d'incidents dans ce domaine (p. ex. éclosions, nouvelles menaces, etc.); par exemple, le BDM travaille activement à l'élaboration de méthodes liées à la bactérie *Listeria* (*spp.* et *monocytogenes*) depuis 1996⁴⁵⁹. L'accroissement des activités récentes (de 2009 à 2012) s'explique également par les efforts déployés pour donner suite aux recommandations découlant des rapports liés à l'éclosion de listériose de 2008 et par les fonds

^{lxvii} Les suppléments ne sont pas inclus.

^{lxviii} Les méthodes en cours d'examen, archivées ou supprimées ne sont pas incluses, car il n'y a pas de date de diffusion.

^{lxix} Les méthodes citées plusieurs fois (au moyen de renvois) ne sont comptées qu'une fois.

supplémentaires reçus par le programme à cet égard. Pendant cette période, la DA a validé et maintenu 17 méthodes et procédures de laboratoire pour l'isolement, l'identification, la description et l'essai Genequence de la bactérie *Listeria* et a parallèlement élaboré des lignes directrices et des normes sur les méthodes d'analyse microbiologique des aliments pour améliorer le processus d'examen des méthodes, par exemple :

- Lignes directrices pour la validation relative des méthodes microbiologiques qualitatives indirectes²⁸³.
- Normes de service pour l'évaluation des méthodes d'analyse microbiologique présentées par l'industrie, les laboratoires privés ou les laboratoires du gouvernement à des fins de publication dans le Compendium de méthodes : période de 180 jours (à l'exclusion des réponses comportant des données ou des clarifications supplémentaires du demandeur) accordée au Comité des méthodes microbiologiques (CMM)^{lxx} pour accepter ou refuser une méthode²⁷⁸.
- Méthode améliorée pour la confirmation de la présence de *Listeria* : fourniture de résultats dans un délai de trois à cinq jours (au lieu de l'ancien délai de sept à dix jours établi dans la méthode MFHPB^{lxxi}-30); la méthode a été validée dans le cadre d'une étude de validation gouvernementale approuvée par l'AOAC^{274,227}.
- Examen des effets du traitement par un procédé à haute pression hydrostatique sur la bactérie *Listeria* et des souches d'*Escherichia coli* (*E. coli*) pathogènes pour comprendre de quelle façon cette technologie influe sur la bactérie et déterminer dans quels domaines elle pourrait être utilisée (pour certains aliments ou dans certaines conditions pour contrôler ces bactéries)¹³³.

En ce qui concerne la sécurité chimique des aliments, le BIPC a également élaboré et diffusé cinq procédures de surveillance en laboratoire depuis 2006 portant sur la présence de benzène, d'acrylamide, de BPA et de mélamine dans divers aliments^{199,165,186,198,202}. Selon la DA, un exercice d'établissement des priorités est en cours concernant l'examen et la nouvelle validation potentielle des méthodes faisant actuellement partie du Compendium en fonction des critères suivants : statut en tant que méthode officielle, capacité d'utiliser la méthode avec les technologies actuelles (plutôt que les anciennes) et nécessité d'établir une harmonisation à l'échelle internationale²⁷². Des travaux connexes comprennent l'élaboration des éléments suivants :

- Méthodes rapides pour la purification et le dépistage de toxines prioritaires, y compris les mycotoxines, les phycotoxines et les toxines introduites par des procédés dans les aliments et les matières premières^{243,443,244,245}.
- Méthode améliorée de spectrométrie de masse à l'aide de la surveillance de multiples réactions permettant de détecter et de quantifier simultanément 16 ou 17 mycotoxines et métabolites dans un seul échantillon²⁴².

^{lxx} Le comité est composé d'un comité directeur et de groupes techniques comptant des représentants de Santé Canada et de l'ACIA²³⁵.

^{lxxi} Méthode de la DGPS (Compendium de méthodes de Santé Canada).

Voici d'autres exemples de méthodes mises à jour pour continuer à répondre aux besoins en évolution : méthodes de sous-typage et de l'analyse des empreintes génétiques du LNM utilisées pendant les toxi-infections d'origine alimentaire (pour lesquelles le laboratoire est reconnu comme le chef de file à l'échelle gouvernementale) et homologation^{lxxii} des essais en laboratoire de la Division de la recherche en santé environnementale (DRSE) de la DSSPSP, lesquels ont permis de dépister la présence de mercure dans les cheveux et ont aidé les responsables du programme à traiter la question de la contamination par le mercure dans plusieurs réserves.

Bon nombre de ces avancées sont réalisées grâce aux efforts de collaboration déployés par les participants clés du programme et les partenaires, par exemple :

- Mise sur pied d'un comité des méthodes de Santé Canada et de l'ACIA chargé d'examiner et d'approuver les méthodes de laboratoire utilisées pour l'élaboration et l'application de normes et de renouveler la gouvernance du CMM²²⁸.
- Travaux de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada sur la détection des pathogènes (p. ex. *Listeria*, *Salmonella* et *E. coli*), qui pourrait être renforcée par des travaux de recherche en collaboration avec le Centre de recherches sur les aliments de Guelph d'AAC sur les nouveaux processus et produits alimentaires^{133,136}.
- Études conjointes menées par Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada pour établir une base de données probantes dans le domaine de la génétique qui peuvent être utilisées dans le cadre d'enquêtes futures. Ces études recourent aux technologies génomiques et à des isolats de la bactérie *Listeria* pour étudier et comprendre la répartition et les caractéristiques des souches de la bactérie *Listeria* associées aux éclosions précédentes et aux produits alimentaires contaminés¹³³.
- Travaux menés par la DA, en collaboration avec le Centre national de recherches, en vue de créer un « laboratoire-sur-puce » pouvant effectuer l'isolement et la détection d'échantillons. Un prototype a été produit et mis à l'essai pour *L. monocytogenes*, et on s'attend à ce que la plateforme soit élargie pour comprendre d'autres pathogènes majeurs d'origine alimentaire (p. ex. campylobactérie, *Salmonella*, *E. coli*, parasites et virus entériques). On s'attend à ce que la puce passe des aliments aux colonies dans les 48 heures, avec un dépistage moléculaire de type « oui/non » ou « présence/absence » dans les six à huit heures suivant l'analyse de l'échantillon^{239,241,248}.

Échange de connaissances

Les données probantes recueillies dans le cadre de l'évaluation ont permis de relever des centaines de publications, de rapports, de travaux de conférence et d'exposés scientifiques liés à la SQNA et utilisés par les participants clés du programme pour l'échange de connaissances et la collaboration. On accède à la plupart de ces renseignements au moyen des sites Web de ministères ou d'organismes ou d'un certain nombre de réseaux ou de systèmes Web, par exemple les suivants (se reporter à l'**annexe 6** pour obtenir des renseignements sur chaque système) :

- Programme intégré canadien de surveillance de la résistance aux antimicrobiens (PICRA).

^{lxxii} Normes 17025 de l'Organisation internationale de normalisation.

- Service de référence sur la listériose (SRL) au Canada.
- Réseau canadien de renseignements sur la santé publique (RCRSP).
- Fichier canadien sur les éléments nutritifs (FCEN).
- C-EnterNet.
- Site Web de l'Étude sur l'alimentation, la nutrition et l'environnement chez les Premières Nations (EANEPN)^{lxxiii}.
- Réseau mondial des infections d'origine alimentaire (GFN).
- Réseau mondial d'information en santé publique (RMISP).
- Programme national de surveillance des maladies entériques (PNSME).
- Réseau de recherche et de communication sur la salubrité de l'environnement des Premières Nations^{lxxiv}.
- Maladies à déclaration obligatoire en direct.
- PulseNet Canada.

Bon nombre de ces systèmes sont axés sur des technologies de surveillance Web pour la détection des maladies; Santé Canada est reconnu comme un pionnier mondial dans ce domaine⁴⁸⁷.

UTILISATION DES CONNAISSANCES

Le recours à des données scientifiques et à des analyses risques-avantages pour la prise de décisions concernant la gestion des risques fait partie du Cadre décisionnel de Santé Canada pour la détermination, l'évaluation et la gestion des risques pour la santé¹⁴⁵. Le document de la DA intitulé *Élaboration des politiques de sécurité alimentaire et de nutrition à la Direction des aliments – Manuel de référence* (2003) prévoit l'élaboration de politiques fondées sur les directives fournies dans ce cadre¹⁵⁰, tandis que le Plan de renouveau de la DGPSA présente les approches en matière de réglementation axées sur les risques pour améliorer la clarté, l'adaptabilité et l'uniformité du système^{161,175}. L'évaluation a permis de relever un certain nombre de lignes directrices, de normes, de cadres et de politiques concernant des secteurs hautement prioritaires qui ont été touchés ou élaborés en raison des avancées de la recherche sur la réglementation et de la recherche scientifique ou à la suite de consultations, ce qui cadre avec les documents d'orientation ci-dessus; certaines de ces données probantes sont présentées dans le **Table 13**.

lxxiii www.fnfnesc.ca

lxxiv Maintenant appelé le réseau d'innovation en matière de salubrité de l'environnement des Premières nations.

Table 13 Répercussions de la recherche sur la réglementation et de la recherche scientifique sur les politiques et les règlements

Secteur	Période	Élément déclencheur	Répercussions
Acrylamide dans les aliments; asparaginase en tant qu'agent technologique alimentaire	De 2002 à 2012	<p>Communication du JECFA sur le danger potentiel de la présence d'acrylamide dans les aliments.</p> <p>Demandes concernant l'asparaginase en tant qu'additif alimentaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Isolement du principal mécanisme de création de l'acrylamide et des facteurs de contribution connexes (2002). • Ajout de l'acrylamide à la Liste de substances toxiques de l'annexe 1 de la <i>Loi canadienne sur la protection de l'environnement (1999)</i> (2007). • Mise à jour du plan d'action et de l'approche de gestion des risques du Canada (2009) concernant l'acrylamide. • Proposition pour permettre l'utilisation de l'enzyme asparaginase dans la transformation de certains groupes alimentaires en l'incluant au tableau V du titre 16 du RAD (2009). • Modification du RAD et version révisée de l'évaluation de l'exposition à l'acrylamide dans les aliments (2012).
BPA	2008	ERS du BPA dans les matériaux d'emballage des aliments	<ul style="list-style-type: none"> • Code de pratique en cours d'élaboration avec la FDA des États-Unis et l'industrie pour les préparations pour nourrissons. • Proposition de décret d'inscription de substances toxiques à l'annexe 1 de la <i>Loi canadienne sur la protection de l'environnement (1999)</i> publiée dans la Partie I de la <i>Gazette du Canada</i> dans le cadre du PGC (2009). • Bisphénol A – Fiche de renseignements. • Information pour les consommateurs – Innocuité des contenants en plastique d'usage courant.
Activités liées à la salubrité des aliments de l'ACIA	Depuis 1999	Évaluations des activités liées à la salubrité des aliments de l'ACIA menées par le BESA	<ul style="list-style-type: none"> • Conseils techniques (2002-2004) au BDM et au BIPA concernant l'élaboration de politiques et de normes liées à la salubrité des aliments. • Examen (2004-2005) de la ligne directrice n° 12 (saucisson sec) révisée du BDM et recommandation d'une ligne directrice distincte sur le contrôle de la salubrité de la charque. • Recommandation (2005-2006) sur la question des lignes directrices provisoires pour le contrôle de la bactérie <i>E. coli</i> productrice de vérotoxines dans les produits du bœuf séchés (politique sur <i>E. coli</i> 0157.H7). • Conseils (2008-2009) sur la détermination des risques liés à la salubrité des aliments et le renforcement des politiques de Santé Canada (mise à jour de la politique sur <i>Salmonella</i>).

Secteur	Période	Élément déclencheur	Répercussions
PASPAC (additifs alimentaires, allergènes; toxines naturelles; pathogènes d'origine alimentaire et substances bioactives)	Depuis 2008	Initiatives liées au PASPAC pour établir des instruments (réglementaires et non réglementaires)	<ul style="list-style-type: none"> • Règlement touchant l'amélioration de l'étiquetage des aliments au chapitre des allergènes, des sources de gluten et des sulfites ajoutés. • Modifications des tableaux des additifs alimentaires, y compris neuf AMP. • Modifications (trois) visant les additifs alimentaires, pour un total de 13 demandes. • Modification concernant l'approbation de l'additif alimentaire <i>Carnobacterium maltaromaticum</i> CB1 ou « Micocin », additif alimentaire visant à prévenir la prolifération de <i>Listeria</i> dans les produits de viande ou de volaille prêts à manger (PAM). • Modifications pour approuver 14 additifs alimentaires. • Diffusion de 11 AMP. • Directive de Santé Canada concernant la révision de la réglementation sur l'étiquetage sans gluten du Canada. • Directives (13) et normes, cadres ou politiques (4). • Directives sur la caféine, les allergènes, les fruits et légumes et les préparations en poudre pour nourrissons. • Document de communication des risques sur l'innocuité microbiologique des fruits et légumes. • Évaluation du risque que présente la toxine naturelle DON et de l'exposition à cette toxine pour élaborer une ligne directrice concernant sa présence dans les aliments canadiens.
Enrichissement alimentaire	De 1998 à 2005	Consultation sur la demande de l'industrie alimentaire concernant l'enrichissement facultatif	<ul style="list-style-type: none"> • Politiques relatives à l'adjonction de vitamines et de minéraux aux aliments : Projet de recommandations (2000) et plans de mise en œuvre.
Listériose	Depuis 2008	ERS relativement à l'écllosion de listériose de 2008 à l'échelle nationale et enquête ultérieure	<ul style="list-style-type: none"> • Mises à jour des méthodes. • Mise à jour de la Politique sur la présence de <i>Listeria monocytogenes</i> dans les aliments PAM de 2004 (2011). • <i>Poids de la preuve : Facteurs à considérer pour la prise de mesures appropriées et en temps opportun dans une situation d'enquête sur une écllosion de maladie d'origine alimentaire (2011)</i>^{lxxv}.
Présence de mercure dans le poisson	2007	Évaluations des risques pour la santé des humains liés à la présence de mercure dans le poisson et des avantages pour la santé entraînés par la consommation de poisson	<ul style="list-style-type: none"> • Mise à jour de la stratégie actuelle de gestion des risques en matière de présence de mercure dans le poisson vendu au détail (2007). • Consigne de consommation à l'égard du mercure présent dans le poisson : Choisir en toute connaissance de cause (2008).

^{lxxv} Document d'orientation pour évaluer la qualité et la pertinence des données probantes recueillies dans le cadre des enquêtes sur les toxi-infections d'origine alimentaire^{133,140,269}.

Secteur	Période	Élément déclencheur	Répercussions
Fromage au lait cru	Depuis 2000	Projet pluriannuel pour recueillir des données en vue de l'évaluation des risques liés à la salubrité au Canada pour le fromage au lait cru d'ici et d'ailleurs Multiples ERS	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation quantitative de <i>Salmonella</i>, de <i>Listeria</i> et de la bactérie <i>E. coli</i> vérotoxigène dans le fromage au lait cru (2003). • Politique sur le fromage au lait cru (2005). • Ébauche du code de pratique fédéral sur le fromage au lait cru (2006). • Résumé analytique de la question (2010). • Document de travail sur le fromage à pâte molle ou demi-ferme fait de lait cru ou non pasteurisé (2011). • Ébauche de l'évaluation quantitative conjointe de la FDA et de Santé Canada sur le risque de listériose lié à la consommation de fromages affinés à pâte molle en Amérique du Nord (2012).
Graines et fèves germées	De 2001 à 2006	Évaluation qualitative du risque pour la santé que présentent les graines et fèves germées	<ul style="list-style-type: none"> • Politique sur la gestion du risque pour la santé lié à la consommation de graines et de fèves germées (2006). • Ligne directrice à l'intention de l'industrie : Prélèvement et analyse de pousses et de l'eau d'irrigation usée (2006). • Code d'usage sur la production hygiénique des graines germées de l'ACIA (2007). • Santé Canada rappelle aux Canadiens les risques liés à la consommation de germes – mise à jour de l'information. • Votre santé et vous – Risques associés aux germes.
Gras trans	Depuis 2002	Résumé de l'étude d'impact de la réglementation sur l'étiquetage nutritionnel obligatoire, y compris la déclaration des gras trans Modifications proposées au RAD concernant la réduction des gras trans dans l'approvisionnement alimentaire du Canada	<ul style="list-style-type: none"> • Modifications réglementaires obligeant les fabricants à indiquer les calories et l'apport en 13 éléments nutritifs de base, y compris les gras trans, sur les étiquettes de la plupart des aliments préemballés (2007). • Programme de surveillance des gras trans de Santé Canada (2007). • Votre santé et vous – Gras trans. • Santé Canada, analyse coûts-avantages de la réduction des gras trans dans l'approvisionnement alimentaire du Canada (2009).
Jus de fruits non pasteurisés	2000	Évaluation qualitative des risques liés à la consommation de jus de fruits non pasteurisés	<ul style="list-style-type: none"> • Code d'usages pour la production et la distribution de jus de pommes et de jus d'autres fruits non pasteurisés au Canada de l'ACIA. • Votre santé et vous – Jus de fruits non pasteurisés • Les jus de fruits non pasteurisés... Connaissez ce que vous buvez – document. • Jus de fruits non pasteurisés – Fiche de renseignements.

Les exemples ci-dessus font état de l'amélioration des connaissances et de l'utilisation de ces dernières, mais les personnes interviewées dans le cadre de l'évaluation se sont montrées préoccupées concernant la nécessité d'accroître les capacités des laboratoires pour répondre aux demandes actuelles et nouvelles, rester au courant des avancées scientifiques et accroître l'expertise interne dans un certain nombre de domaines (p. ex. biostatistique, épidémiologie, microscopie électronique, biologie computationnelle, etc.). Les responsables du programme tiennent compte de certaines de ces préoccupations dans le cadre des efforts plus vastes déployés à la suite de l'éclosion de listériose de 2008, par exemple :

- La DA a engagé des employés supplémentaires de 2009 à 2011 pour renforcer sa capacité de répondre en tout temps aux ERS et de fournir des interprétations des politiques et renforcer les capacités d'intensification lors de toxi-infections d'origine alimentaire à l'échelle nationale; cependant, plus de la moitié des personnes embauchées n'étaient pas des employés permanents, y compris les cinq personnes affectées à l'élaboration ou à l'amélioration de méthodes d'analyse microbiologique et chimique²⁷².
- Les capacités d'intensification fédérale est mise à niveau grâce à des embauches, à des séances de formation, à l'agrément de laboratoires et à des partenariats au sein de Santé Canada, ainsi qu'avec l'Agence de la santé publique du Canada et l'ACIA¹³³.
- La DA a achevé la mise sur pied d'une structure informatique d'intensité élevée pour soutenir les activités liées à la statistique et à la surveillance (laboratoire de statistique)²⁶⁹.
- Santé Canada, l'ACIA et l'Agence de la santé publique du Canada travaillent à créer un inventaire des capacités des laboratoires fédéraux (p. ex. niveaux de dotation, expertise scientifique ainsi qu'équipement et technologies offerts) et à déterminer les partenariats qui ont été établis en vue de renforcer les capacités de détection rapide des toxi-infections d'origine alimentaire potentielles et les capacités d'intervention connexe¹³³.

Résultat immédiat 5 : Plus grande collaboration avec les intervenants et les partenaires FPT

Dans quelle mesure la collaboration avec les intervenants et les partenaires FPT s'est-elle améliorée?

Les responsables du programme coordonnent les priorités et les approches de gestion des risques au sein du système de SQNA du Canada et contribuent à l'amélioration de la collaboration par un certain nombre d'initiatives et de comités auxquels prennent part les participants clés du programme, les partenaires et les intervenants. Même si les efforts des responsables du programme à cet égard sont satisfaisants, il y a toujours des problèmes à régler en ce qui concerne les communications et les procédures liées aux évaluations de la salubrité des aliments (ESA) et aux ERS.

EFFORTS DE COLLABORATION

Participation au moyen de comités

Les comités jouent un rôle important dans les initiatives de collaboration puisqu'ils permettent de réunir les participants clés du programme, les partenaires et les intervenants. Le **tableau 14** présente une liste de certains des comités relevés pendant l'évaluation qui favorisent la participation et la discussion dans des domaines pertinents.

Table 14 Comités sur la salubrité et la qualité nutritionnelle des aliments

Comité	Participants	Réunions	Objectifs
Sous-comité sur la salubrité des aliments de l'agriculture et de l'agroalimentaire	AAC, Santé Canada, ACIA, Agence de la santé publique du Canada, représentants de l'industrie	Initialement, quatre par année (2003), au besoin par la suite	Renforcer les relations entre les partenaires fédéraux de la salubrité des aliments et l'industrie pour veiller à ce que les rôles et les responsabilités soient compris et contribuer à l'amélioration des politiques et des normes liées à la salubrité des aliments.
Comité directeur interministériel et interorganismes canadien sur les ANREF	Santé Canada (DA, BPPN, Direction des produits de santé naturels, DGSPNI), Agence de la santé publique du Canada, IRSC, AAC, ACIA, ministère de la Défense nationale, Service correctionnel du Canada	Au besoin (environ deux par année)	Coordonner la participation du gouvernement fédéral aux activités d'examen des ANREF et l'application de ces derniers dans les politiques et les programmes.
Comité FPT sur la salubrité des aliments ^{lxvii} (CFPTSA)	Ministres de la Santé et de l'Agriculture partout au Canada (p. ex. Santé Canada et ACIA), représentants provinciaux et territoriaux	Deux par année ou au besoin, réunions supplémentaires au besoin	Coordonner l'élaboration d'options nationales en ce qui concerne les politiques sur la salubrité des aliments, mettre en œuvre des initiatives visant à réaliser les buts et les priorités du pays dans le domaine de la salubrité des aliments et accroître la responsabilisation.
Groupe FPT sur la nutrition (GFPTN)	Santé Canada (DA, BPPN, DGSPNI), représentants provinciaux et territoriaux de la santé	Une par année et téléconférences au besoin	Assumer un leadership pour favoriser la prise de mesures et assurer le bien-être des Canadiens sur le plan nutritionnel en échangeant des renseignements sur les questions techniques liées aux aliments et à la nutrition, les programmes, les politiques et les ressources humaines.
Groupe de travail du système de surveillance alimentaire et nutritionnelle	Santé Canada, autres ministères et organismes gouvernementaux, gouvernements provinciaux et territoriaux par l'entremise du GFPTN	Au besoin	Rédiger la description d'un système national de surveillance alimentaire et nutritionnelle, chercher à obtenir l'engagement et le soutien financier de ministères pour assurer sa mise en œuvre et agir en tant qu'organisme consultatif pour l'exploitation du système national de surveillance alimentaire et nutritionnelle.
Groupe de référence sur la sécurité alimentaire	Inuit Tapiriit Kanatami, Assemblée des Premières Nations, Santé Canada, Affaires autochtones et Développement du Nord Canada (AADNC), experts	Quatre par année (maximum), téléconférences avec les sous-groupes au besoin	Contribuer à cibler les efforts collectifs vers l'amélioration de la sécurité alimentaire des Premières Nations et des Inuits et à orienter les travaux de la DGSPNI.

^{lxvii} Le CFPTSA regroupait trois comités gouvernementaux FPT dont le mandat visait à faciliter la communication de la DA avec ses partenaires FPT sur les questions liées à la salubrité des aliments : le Comité FPT des politiques sur l'innocuité des aliments, le Groupe de mise en œuvre du Système canadien d'inspection des aliments et le Comité FPT d'inspection agro-alimentaire.

Comité	Participants	Réunions	Objectifs
Comité sur l'innocuité des aliments et la nutrition de Santé Canada et de l'ACIA	Santé Canada, ACIA	Au besoin	Fournir une orientation et un leadership à l'égard des politiques et des orientations stratégiques relatives au système fédéral de réglementation sur l'innocuité des aliments et la nutrition.
Comité consultatif sur les sciences et les politiques (CCSP) concernant l'innocuité des aliments et la nutrition de Santé Canada et de l'ACIA	Santé Canada, ACIA	Trois ou quatre par année	Soutenir le Comité directeur sur l'innocuité des aliments et la nutrition de Santé Canada et de l'ACIA et contribuer à la coordination des activités pertinentes menées par Santé Canada et l'ACIA.
Sous-comité de recherche et de surveillance (SCRS) sur l'innocuité des aliments et la nutrition de Santé Canada et de l'ACIA	Santé Canada, ACIA	Trois ou quatre par année	Soutenir le CCSP et servir de cadre pour l'élaboration de stratégies de coordination et de planification conjointes dans les domaines de la recherche et de la surveillance et l'échange de renseignements.
Comité directeur sur l'innocuité des aliments et la nutrition de Santé Canada et de l'ACIA	Santé Canada, ACIA	Deux par année	Appuyer le Comité sur l'innocuité des aliments et la nutrition de Santé Canada et de l'ACIA par la fourniture de conseils stratégiques, la résolution de problèmes et la surveillance des activités fédérales de réglementation sur l'innocuité des aliments et la nutrition.
Comités sur la salubrité des aliments (CSA) aux échelons des directeurs généraux (CSA-DG), des sous-ministres adjoints (CSA-SMA) et des sous-ministres (CSA-SM) de Santé Canada, de l'Agence de la santé publique du Canada et de l'ACIA	Santé Canada, Agence de la santé publique du Canada et ACIA. D'autres partenaires sont invités, au besoin : AAC (participant permanent), Environnement Canada (EC), Pêches et Océans Canada, le MAECD et d'autres organisations apportent leur contribution sur les questions relatives à leur mandat	Une toutes les deux semaines (CSA-DG) Une par mois (CSA-SMA) Une par année (CSA-SM)	Coordonner et soutenir les efforts concertés en ce qui concerne les programmes de salubrité des aliments élaborés et mis en œuvre par les partenaires fédéraux.
Comité de coordination de l'enquête sur l'éclosion	Santé Canada, Agence de la santé publique du Canada, ACIA, représentants provinciaux et territoriaux	Au besoin	Permettre aux partenaires d'utiliser les MITIOA en tant que guide pour échanger des renseignements et formuler et coordonner les stratégies d'enquête et d'intervention à la suite d'une éclosion afin d'atténuer ou de contenir les effets d'une toxi-infection d'origine alimentaire touchant plusieurs administrations de façon rapide et efficace, pour ainsi protéger la santé des Canadiens.

Comité	Participants	Réunions	Objectifs
Comité consultatif national de la nutrition	DGSPNI et nutritionnistes des territoires	Deux par année; téléconférences prévues tout au long de l'année	Servir de cadre aux discussions sur les questions liées aux aliments et à la nutrition propres aux Premières Nations et aux Inuits pour orienter les politiques et les programmes nationaux; permettre l'échange de renseignements régionaux et territoriaux sur les aliments et la nutrition propres aux Premières Nations et aux Inuits.

En 2009, la DA a créé un comité de l'intégration des politiques alimentaires et des sciences en tant que principal organisme consultatif interne pour examiner et recommander des options en vue de traiter les questions importantes liées à la salubrité des aliments et à la nutrition²¹⁷. Au nombre des membres titulaires, mentionnons la DA et la DPPAI au sein de la DGPSA, et d'autres participants peuvent être informés des points à l'ordre du jour qui pourraient les intéresser et peuvent participer aux discussions sur ces points s'ils le désirent. Au nombre des autres participants, mentionnons la DMV, le BPPN, l'Agence de la santé publique du Canada et l'ACIA²¹⁷. Buts du comité : servir de cadre de discussion et fournir des conseils sur la gestion des risques et les nouveaux risques, la prise de décisions en matière de réglementation, les dossiers scientifiques et stratégiques horizontaux et les questions découlant de réunions internationales auxquelles participent de multiples organismes; superviser l'élaboration d'une intervention coordonnée aux problèmes liés à la salubrité des aliments et veiller à ce que les politiques alimentaires soient fondées sur des données scientifiques; déterminer les mesures recommandées pour la DA; cerner les questions relatives à la prise de décisions pour la DGPSA, la haute direction ou le Ministère; fournir des mises à jour à la haute direction sur les projets scientifiques et de surveillance majeurs et passer en revue l'harmonisation des travaux de laboratoire pour soutenir l'élaboration de politiques alimentaire et l'établissement de normes; assurer la transparence des processus et de la prise de décisions au moyen d'une documentation continue, de rapports d'étape et du suivi des questions et des initiatives liées à la gestion des risques.

En 2009, la DA a également entamé la mise sur pied d'un comité consultatif sur la réglementation des aliments afin de réunir des membres ayant une expertise dans des domaines scientifiques relatifs au mandat de la Direction : chercheurs et universitaires, professionnels de la santé ou spécialistes de la réglementation en matière de santé, représentants de l'industrie et groupes de patients et de consommateurs. Le comité a tenu sa première réunion en septembre 2010. Plus tard en 2011, il a été renommé Comité consultatif d'experts sur les aliments (CCEA) pour bien illustrer les secteurs de son mandat qui allaient au-delà des questions liées à la réglementation des aliments.

Dans le cadre de l'intervention du gouvernement lors de l'éclosion de listériose de 2008, le Comité spécial d'administrateurs généraux (CSAG) a été mis sur pied pour améliorer la coordination et la collaboration entre les ministères et organismes fédéraux ayant des responsabilités liées au système canadien d'assurance de la salubrité des aliments, afin que les partenaires soient en meilleure position pour échanger des renseignements et collaborer lors d'éventuelles toxi-infections d'origine alimentaire. Le comité compte des représentants d'AAC, de Santé Canada, de l'Agence de la santé publique du Canada et de l'ACIA, ainsi que du sous-comité sur la salubrité des aliments de l'agriculture et de l'agroalimentaire, au besoin.

À la suite de l'examen de la structure de gouvernance fédérale concernant la salubrité des aliments et la nutrition et de la mise en œuvre des leçons apprises de l'éclosion de listériose de 2008, les structures ont été mises à jour et elles sont maintenant fondées sur le CSA-SM, le CSA-SMA et le CSA-DG. Le CSA-SM est considéré comme la structure continue remplaçant le CSAG.

Collaboration dans le cadre d'initiatives

Les participants clés du programme, les partenaires et les intervenants collaborent également à l'élaboration de politiques, de protocoles et de PE pour examiner certains secteurs de réglementation pertinents, notamment les suivants :

- Gouvernance
 - o PE entre Santé Canada, l'Agence de la santé publique du Canada et l'ACIA sur les rôles et les responsabilités de chaque organisation relativement à des questions communes qui ont une incidence sur la santé humaine, y compris la salubrité des aliments et la nutrition, la gestion des éclosions de maladies infectieuses et les nouvelles zoonoses³⁶³.
- ERS
 - o PE (1999 et 2007) avec l'ACIA et la DGSPNI définissant les rôles et les responsabilités quant à l'élaboration des ERS^{179,190}.
 - o ERS (2010 et 2011 [deuxième partie en 2012]) élaborées dans le cadre des travaux stratégiques continus pour mettre à jour les exigences du RAD relativement au fromage à pâte molle ou demi-ferme fait de lait cru.
- Toxi-infections d'origine alimentaire
 - o Modalités canadiennes d'intervention lors de toxi-infection d'origine alimentaire (MITIOA) en cas d'éclosion multijuridictionnelle¹⁴¹ et leur révision récente¹⁴² dirigée par l'Agence de la santé publique du Canada en consultation avec Santé Canada, l'ACIA et leurs homologues provinciaux et territoriaux « en vue de renforcer la collaboration et l'efficacité globale de l'intervention en cas d'éclosion de maladie d'origine alimentaire d'ampleur multijuridictionnelle¹³³ ».
 - o PE entre Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada (2008) pour veiller à ce que les deux organisations soient bien préparées à fournir continuellement des analyses d'échantillons de *L. monocytogenes* (à l'appui du SRL) en cas d'événement majeur touchant la salubrité des aliments et clarifier leurs responsabilités et rôles respectifs à la lumière des leçons apprises pendant l'éclosion de listériose de 2008³⁶⁴.
 - o Plan d'intervention d'urgence en cas de maladie d'origine alimentaire, élaboré par l'Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada « [pour] ces situations où l'éclosion d'une maladie d'origine alimentaire nécessite une intervention allant au-delà [des] MITIOA¹³³ ».
 - o Directives fournies par la DA, l'Agence de la santé publique du Canada et l'ACIA dans le document *Poids de la preuve : Facteurs à considérer pour la prise de mesures appropriées et en temps opportun dans une situation d'enquête sur une éclosion de maladie d'origine alimentaire* pour évaluer la qualité et la fiabilité des

données probantes recueillies pendant les enquêtes sur les éclosions de maladies d'origine alimentaire¹⁴⁰.

Voici quelques autres initiatives contribuant à la collaboration menées dans le cadre du programme^{173,476,133,135} :

- Réunions de préparation préalables à la présentation des demandes de l'industrie.
- Initiatives de partenaires, comme le PLCN et le Programme national sur les contaminants de l'environnement chez les Premières nations auxquels participent l'Assemblée des Premières Nations, la DGSPNI et l'Université des Premières Nations du Canada; l'Étude sur l'alimentation, la nutrition et l'environnement chez les Premières Nations, à laquelle participent l'Université du Nord de la Colombie-Britannique, l'Université de Montréal, l'Assemblée des Premières Nations et la DGSPNI; Lifeline^{lxxvii}; le Programme Aliments-poste, qui a été remplacé par Nutrition Nord Canada en avril 2011.
- Initiatives de participants clés du programme, notamment les travaux de la DGSPNI et de l'Agence de la santé publique du Canada concernant l'initiative sur la sensibilisation relative à la sécurité alimentaire (2009-2012) pour démontrer la valeur des approches communautaires pour guider les mesures et les programmes à l'échelle communautaire^{lxxviii}.
- Ateliers, notamment celui sur la stratégie nationale en matière de salubrité des aliments, auxquels participent des ministères et des organismes du gouvernement fédéral œuvrant dans le domaine de la salubrité des aliments, des gouvernements provinciaux, des représentants de l'industrie, des universitaires, ainsi que des associations commerciales, de producteurs et de consommateurs.
- Travaux dans le cadre de comités consultatifs (p. ex. le Groupe d'étude sur les gras trans [GEGT]) auxquels participent Santé Canada, l'ACIA, l'Agence de la santé publique du Canada, AAC, des universitaires, des représentants de l'industrie et des associations de consommateurs.
- Travaux dans le cadre de comités consultatifs d'experts (p. ex. le Comité consultatif sur la gestion et le Comité consultatif d'experts sur l'évaluation des risques de résistance aux antimicrobiens).
- Réunions bilatérales avec des intervenants (p. ex. les réunions des SMA de la DGPSA et le Forum d'échanges avec les intervenants québécois sur les aliments)^{lxxix}.

^{lxxvii} La DGSPNI et l'ARLA collaborent avec le LifeLine Group (organisme sans but lucratif des États-Unis) pour étudier les questions de recherche sur la santé environnementale, les évaluations des risques des aliments traditionnels et les préoccupations sur le plan nutritionnel concernant les collectivités des Premières Nations et les collectivités inuites au Canada.

^{lxxviii} Un des projets de cette initiative consistait à mettre à l'essai un modèle d'évaluation de l'environnement alimentaire axé sur des solutions dans une collectivité des Premières Nations et une collectivité inuite. Les évaluations de l'alimentation dans les collectivités étaient prometteuses pour aider à accroître l'accès à des aliments locaux, à nouer des partenariats entre des secteurs clés et à orienter les mesures dans les collectivités avoisinantes. Ces connaissances ont été intégrées aux politiques et aux programmes communautaires de la DGSPNI, notamment l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones.

^{lxxix} Mobilisation de certains groupes de consommateurs et de certaines organisations professionnelles de la santé pour participer à un projet pilote à l'échelle provinciale, surtout au Québec.

- Réunions bilatérales avec les provinces et territoires (p. ex. conférences téléphoniques trimestrielles entre Santé Canada et la Colombie-Britannique^{lxxx} et réunions pour examiner certaines questions (p. ex. fromage au lait cru)^{250,317,318,323,325,326,327,440,441,312}.
- Consultations auprès des intervenants, notamment celles sur la question de la mise à jour des exigences existantes pour accroître la protection de la santé des Canadiens qui consomment des fromages à pâte molle ou demi-ferme faits de lait cru^{250,317,321,442,318,323,324,325,326,327,440,441,312}.
 - o Santé Canada a mis en œuvre une stratégie de consultation en trois phases : 1) les organismes provinciaux de la santé et de l'agriculture ont été mobilisés en 2010 et en 2011 afin d'établir une compréhension commune de la question; 2) un processus de consultation auprès d'un vaste éventail d'intervenants (experts, intervenants intéressés et concernés, y compris le public) sur les solutions concernant la gestion des risques que présentent les fromages à pâte molle ou demi-ferme faits de lait cru était prévu pour 2012; 3) Santé Canada comptait diffuser son projet de politique sur son site Web pour obtenir des commentaires sur les modifications réglementaires proposées à l'hiver ou au printemps 2013, puis effectuer une publication préalable dans la Partie I de la *Gazette du Canada* au printemps 2014^{lxxxii}.
- Réunions auxquelles participent plusieurs organismes (p. ex. le Groupe de travail mixte sur les éclosions d'origine alimentaire et les rappels d'aliments en Ontario)^{lxxxii,380,382}.
- Vaste mobilisation de l'industrie (p. ex. réunions régulières des intervenants de la chaîne d'approvisionnement alimentaire).
- Mobilisation ciblée de l'industrie (p. ex. stratégies de gestion des risques proposées pour diminuer l'exposition à la toxine naturelle ochratoxine A présente dans les aliments).
- Mobilisation internationale (p. ex. évaluation des solutions pour les outils d'établissement de profils de risques et échange de renseignements avec le département de l'Agriculture et la FAD des États-Unis).

SATISFACTION À L'ÉGARD DE LA COLLABORATION

Les personnes interviewées dans le cadre de l'évaluation se sont dites relativement satisfaites des efforts déployés dans le cadre du programme en ce qui a trait à la collaboration et à la consultation, surtout avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et les bureaux régionaux (p. ex. dans le cadre du GFPTN, du GEGT et du CFPTSA), avec les représentants de l'industrie et les associations de consommateurs (p. ex. dans le cadre du GFPTN et du GEGT), avec d'autres partenaires fédéraux (p. ex. dans le cadre du GFPTN, du GEGT, du CFPTSA et de

^{lxxx} Réunions bilatérales pour discuter de dossiers d'intérêt commun concernant la salubrité des aliments et la nutrition et pour communiquer des mises à jour réglementaires et en discuter. Des réunions entre Santé Canada et la Colombie-Britannique ont lieu chaque trimestre.

^{lxxxii} Au troisième trimestre de 2013, Santé Canada n'avait pas encore publié son projet de politique⁴¹⁷.

^{lxxxii} Le groupe de travail cherche à améliorer l'efficacité de l'intervention de multiples organismes en cas d'éclosions d'origine alimentaire ou de rappels d'aliments en Ontario. Il est composé de représentants de l'Association of Supervisors of Public Health Inspectors (Ontario), de l'ACIA, de l'Institut canadien des inspecteurs en santé publique (région de l'Ontario), de Santé Canada, du ministère de l'Agriculture, de l'Alimentation et des Affaires rurales de l'Ontario, du ministère de l'Environnement de l'Ontario, du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, du ministère des Ressources naturelles de l'Ontario, de l'Agence de la santé publique du Canada et de Santé publique Ontario.

réunions fédérales de la haute direction sur la salubrité des aliments auxquelles participent Santé Canada, l'Agence de la santé publique du Canada et l'ACIA) et avec les Premières Nations et les Inuits (p. ex. dans le cadre du GFPTN, du Comité consultatif national de la nutrition et du Groupe de référence sur la sécurité alimentaire).

Certaines personnes interviewées ont mentionné qu'il y avait un manque de planification stratégique intégrée et de liens avec AAC, mais les efforts récents pour accroître la collaboration entre les partenaires de la salubrité des aliments (p. ex. dans le cadre du CSAG et du CSA, du consortium d'évaluation des risques pour la santé et de la salubrité des aliments et de l'intégration récente de l'ACIA au portefeuille de la Santé) pourraient déjà résoudre cette préoccupation.

L'évaluation a également porté sur les liens entre Santé Canada et l'ACIA en ce qui concerne les ESA et les ERS, comme il est présenté dans les sous-sections qui suivent.

Évaluations de la salubrité des aliments

Le paragraphe 11(4) de la Loi sur l'ACIA prévoit ce qui suit : « Le ministre de la Santé est chargé de l'élaboration des politiques et des normes relatives à la salubrité et à la valeur nutritive des aliments vendus au Canada et de l'évaluation de l'efficacité des activités de l'Agence relativement à la salubrité des aliments³⁵. » L'annexe du Protocole d'entente conclu entre Santé Canada et l'ACIA sur la disposition concernant l'évaluation de la salubrité des aliments énoncée au paragraphe 11(4) de la *Loi sur l'Agence canadienne d'inspection des aliments* présente les principes généraux et les procédures opérationnelles pour l'exécution des ESA¹³. La Politique d'évaluation – Programme d'évaluation de la salubrité des aliments (PESA) permet d'évaluer « la raison d'être et la conception des activités de l'ACIA; leur mise en œuvre; leurs succès dans la réalisation des objectifs et l'atteinte de résultats y compris la conformité aux normes de santé et de salubrité¹⁵⁴ ». Pour favoriser les liens entre Santé Canada et l'ACIA, un Comité consultatif sur l'ESA a été créé afin de fournir une orientation organisationnelle concernant les ESA relatives aux activités de l'ACIA, y compris surveiller le processus de planification du PESA, fournir des conseils, au besoin, tout au long de l'exécution d'une ESA et examiner les rapports d'évaluation finaux.

L'évaluation a permis de relever un certain nombre de problèmes ayant une incidence sur la collaboration et le niveau de satisfaction à l'égard de cette activité :

- Délais de réalisation des ESA trop long en raison de plusieurs facteurs, notamment des exigences opérationnelles contradictoires au sein de l'ACIA, le long processus d'examen et d'approbation mené par plusieurs intervenants et le fardeau perçu de l'ACIA découlant des vérifications ou des évaluations effectuées par de multiples organisations^{lxxxiii}. Le BESA a produit sept ESA, deux cadres d'évaluation et un document (évaluation partielle) sur une

^{lxxxiii} L'ACIA fait l'objet de vérifications ou d'évaluations par le BVG [Bureau du vérificateur général du Canada], par ses propres équipes de vérification et d'évaluation internes, occasionnellement par le BCG [Bureau du contrôleur général du Canada], par des partenaires commerciaux majeurs (É.-U. et UE) et par le BESA³⁷².

période de dix ans^{lxxxiv} et estimait qu'il avait traité 57 % des programmes d'inspection de l'ACIA pendant cette période³⁷².

- Difficultés au chapitre de la planification et de l'établissement de priorités dues à l'absence de consensus sur une approche axée sur les risques pour la sélection des évaluations et au manque de participation au Comité consultatif sur l'ESA. Même si un classement des risques liés à la salubrité des aliments a été effectué par le Comité scientifique de la salubrité des aliments de l'ACIA et de Santé Canada en 2008 et qu'on a dressé une liste des évaluations proposées pour la période de 2010 à 2015^{184,187,167,177,178,183,208,37,219,233}, seulement six réunions du Comité consultatif sur l'ESA ont eu lieu de 2001 à 2007, et aucune réunion officielle n'a eu lieu depuis la fin de 2007^{261,247,372}.
- Problèmes liés à l'approche et à la méthode utilisées pour les ESA en raison d'un manque de clarté concernant l'harmonisation avec les pratiques d'évaluation ou de vérification. Selon la Politique d'évaluation et le PE conclu entre le BESA et l'ACIA, « [les] termes "évaluation de l'efficacité" dans la *Loi sur l'Agence canadienne d'inspection des aliments* ont été délibérément choisis pour refléter une approche d'évaluation telle que décrite dans la Politique d'évaluation du Conseil du Trésor^{154,13} ».
- Mise en œuvre non uniforme des recommandations en raison d'une surveillance insuffisante des Réponses et plans d'action de la direction avant 2007^{lxxxv,187}. L'ACIA a mené davantage d'activités de suivi par la suite, et l'ensemble des recommandations ont été mises en œuvre pour les évaluations terminées^{lxxxvi}.

Afin de s'attaquer à ces questions, le PESA a commencé un examen en 2010 pour évaluer sa pertinence, sa gouvernance, ses processus et son rendement à la lumière d'un examen effectué par Santé Canada portant sur l'expérience liée aux ESA (de 1999 à 2009) et compte tenu de l'orientation stratégique future du PESA dans le contexte plus global de l'élaboration et de la mise en œuvre de politiques alimentaires^{226,266}. Par conséquent, le début du cycle d'évaluation suivant et l'achèvement de l'ébauche du plan d'évaluation pluriannuel axé sur les risques ont été mis en suspens en attendant le résultat de l'examen externe^{226,266,285}. Santé Canada a également commencé un projet de méta-examen sur la salubrité des aliments en vue de déterminer les thèmes globaux entourant l'amélioration de la salubrité des aliments ainsi que les pratiques exemplaires et les leçons apprises connexes. Le projet était fondé sur un examen de documents, notamment les rapports sur les ESA du BESA, les rapports d'évaluation de l'ACIA et des rapports nationaux (p. ex. Bureau du vérificateur général du Canada) et internationaux (p. ex. Australie, UE, Nouvelle-Zélande, R.-U. et É.-U.) pertinents sur la salubrité des aliments publiés de 1999 à 2010^{226,266,285}.

Un certain nombre d'événements, notamment le changement du rapport hiérarchique entre l'ACIA et le ministre de la Santé³⁸¹ et le démantèlement du comité consultatif du PESA, sont également susceptibles d'avoir une incidence sur l'exécution des ESA.

^{lxxxiv} Les rapports sur les couvoirs et les œufs frais ne sont pas inclus; les RPAD pour ces évaluations ont été approuvés par le Comité d'évaluation de l'ACIA en 2011.

^{lxxxv} ACIA, communications personnelles, courriel, 1^{er} et 6 septembre 2011.

^{lxxxvi} ACIA, communications personnelles, courriel, 8 novembre 2013.

Évaluations des risques pour la santé

Après l'écllosion de listériose de 2008, la DA s'est engagée à apporter des améliorations pour accroître l'efficacité et la fiabilité des enquêtes de l'ACIA et de la prise de décisions connexes. La procédure normale d'exploitation mise à jour de la Direction des aliments sur la réalisation d'évaluations des risques pour la santé à l'intention de l'ACIA dans le contexte des enquêtes sur la salubrité des aliments (2011) comportait les délais confirmés prescrits par les normes de service, la procédure pour mieux faire connaître les décisions dans le cadre des ERS au sein du bureau du SMA de la DGPSA, les modèles d'ERS propres au BIPC, au BDM et au BSN et le numéro de personnes à joindre en tout temps en cas d'urgence pour répondre aux demandes de l'ACIA présentées en dehors des heures normales de bureau. Même si elle s'applique à l'ACIA, cette PNE vise également à fournir des directives pour répondre aux demandes d'ERS présentées par d'autres organisations gouvernementales (p. ex. provinces ou territoires)^{273,133,255}. La même année, Santé Canada, l'Agence de la santé publique du Canada et l'ACIA ont créé un consortium d'évaluation des risques pour la santé et de la salubrité des aliments afin d'effectuer des évaluations des risques en collaboration. L'objectif de ce consortium est de modifier l'approche relativement indépendante de l'évaluation des risques, qui a entraîné des lacunes au chapitre des données et le chevauchement des efforts, en réunissant des experts FPT et de l'industrie de même que des universitaires. On s'attend à ce que cela permette d'élaborer une plateforme opérationnelle par laquelle les questions prioritaires pourraient être sélectionnées pour les études de collaboration, y compris les travaux conjoints effectués par Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada^{279,249,260}.

Même si les personnes interviewées considéraient que les relations de travail entre l'ACIA et la DA et les délais de réponse aux demandes de l'ACIA étaient satisfaisants, une analyse des ERS effectuée par la DA en 2011 a révélé trois secteurs où les communications et les procédures propres aux demandes de l'ACIA pourraient être améliorées, à savoir²⁶⁷ :

- Les communications par courriel concernant les ERS
 - o Les courriels ne pouvaient être acheminés en raison de la taille imposante des pièces jointes^{lxxxvii}.
- La continuité des activités
 - o Panne de Bureau Web Office^{lxxxviii}.
 - o Accès en tout temps à l'immeuble Sir Frederick G. Banting, où se trouvent les installations principales de la DA.
 - o Transferts de dossiers et de courriels sécurisés.
 - o Solution PosteCSMC^{lxxxix}.

^{lxxxvii} Selon l'ACIA, les restrictions à venir concernant la taille des boîtes de courriel en raison de l'Initiative de transformation des services de courriel auront probablement pour effet d'accroître le nombre de problèmes liés aux communications.

^{lxxxviii} Bureau Web Office est un service Web qui permet aux employés d'accéder aux ressources de Santé Canada à distance et à tout moment. Ce service héberge les applications normales et opérationnelles de Santé Canada et permet un accès aux données des employés²⁵.

^{lxxxix} PosteCS^{MC} est un service Web de livraison de documents offert par Postes Canada permettant d'envoyer de façon sécurisée, rapide et pratique des documents électroniques à quiconque ayant une adresse courriel et un navigateur Web⁴⁰¹.

- Les protocoles de communication et les personnes-ressources pour les ERS^{xc}
 - o Réunions bilatérales tenues en 2011 entre la DA et le Bureau de la salubrité et des rappels des aliments de l'ACIA pour poursuivre le dialogue sur les aspects suivants :
 - échange de renseignements;
 - entente sur les protocoles de communication concernant les questions liées aux ERS;
 - entente sur un point de contact unique pour les questions liées aux ERS.

Il importe de mentionner que certaines de ces améliorations ont trait à l'infrastructure de TI de la DA et de Santé Canada et au fait que Santé Canada et l'ACIA ne partagent pas la même plateforme de TI.

4.4.2 Dans quelle mesure les résultats intermédiaires ont-ils été atteints?

Résultat intermédiaire 1 : Choix plus sains en matière d'alimentation faits par les consommateurs

Dans quelle mesure les consommateurs ont-ils fait des choix plus sains en matière d'alimentation en raison des activités du programme?

Il n'a pas été possible d'établir si les consommateurs ont fait des choix plus sains en matière d'alimentation en raison des efforts déployés dans le cadre du programme. Selon les données disponibles, il y a des préoccupations concernant l'alimentation de la population générale (p. ex. apport calorique élevé provenant de lipides, apport en sodium excédant les limites recommandées) et des membres des collectivités inuites et des Premières Nations (p. ex. consommation de certains aliments en deçà des niveaux recommandés). L'étiquetage nutritionnel est considéré comme un outil important pour aider les consommateurs à faire des choix éclairés, mais il est difficile de déterminer l'efficacité de cet outil.

Les évaluateurs n'ont pas été en mesure de trouver des données probantes concluantes établissant un lien entre les changements dans les choix alimentaires des consommateurs et les contributions du programme (p. ex. produits d'information). Une connaissance et une compréhension accrues des risques liés à la salubrité des aliments et à la nutrition et des avantages pour la santé devraient contribuer à la réalisation de ce résultat, mais les responsables du programme n'ont pas évalué ces aspects. L'évaluation a toutefois permis de relever des secteurs où la sensibilisation ou la compréhension des consommateurs comporte des lacunes (p. ex. la nutrition et l'alimentation saine, l'étiquetage des aliments, les gras trans et les aliments GM; voir le résultat immédiat 2).

Un examen des données provenant de plusieurs sources n'a permis de brosser qu'un portrait partiel des choix actuels en matière d'alimentation, mais a permis de reconnaître les points de vue divergents, par exemple :

^{xc} Selon une des conclusions, il faut mettre en place de meilleurs protocoles de communication et des procédures uniformes en conformité avec l'ébauche de PNE de la DA²⁶⁷.

- « Les Canadiens se situent généralement dans les fourchettes acceptables pour ce qui est des portions des quatre groupes alimentaires et des pourcentages de calories provenant des lipides, des protéines et des glucides [...] Cette constatation s'applique aux deux sexes, à tous les groupes d'âge, peu importe la région et le revenu du ménage¹¹⁴. »
- « [...] la majorité des Canadiens consomment moins de cinq portions de légumes et fruits par jour¹¹⁴. »
- « Plus du quart des hommes et des femmes dans la trentaine et la quarantaine tirent des lipides plus de 35 % de leur apport calorique », seuil à partir duquel les risques pour la santé augmentent¹¹⁴.
- Les collations^{xcii} représentent plus de calories que les déjeuners et environ autant que les dîners pour la plupart des Canadiens¹¹⁴.
- « Plus du tiers des enfants de 4 à 9 ans ne consomment pas les deux portions de produits laitiers recommandées par jour, et cette proportion dépasse 70 % chez les personnes de 71 ans et plus¹¹⁴. »
- En ce qui a trait aux enfants âgés de moins de 9 ans, bon nombre d'entre eux ne consomment pas les quantités minimales quotidiennes recommandées de fruits et de légumes (70 % des enfants âgés de 4 à 8 ans)¹¹⁴.
- « Les Canadiens de tous âges tirent des "autres aliments" plus du cinquième de leur apport calorique et, pour une journée donnée, le quart des Canadiens – adultes comme enfants – consomment des aliments ayant été préparés en restauration rapide¹¹⁴. »
- Chez les Canadiens âgés de 19 à 70 ans, plus de 85 % des hommes et 60 % des femmes ont un apport en sodium excédant l'apport maximal tolérable (AMT) recommandé^{xcii,47}.
- « [...] parmi les gens âgés de 9 à 70 ans, l'apport en sodium chez plus de 85 % des personnes de sexe masculin et chez 63 à 83 % des personnes de sexe féminin dépassait l'AMT. De même, l'apport en sodium dépassait l'AMT chez 77 % des jeunes enfants âgés de 1 à 3 ans et chez 93 % de ceux âgés de 4 à 8 ans. L'AMT était dépassé chez 97 % des adolescents et chez 82 % des adolescents²²⁹. »
- « Ce sont les aliments préparés vendus sur le marché qui contribuent le plus à l'apport en sodium alimentaire, entre autres, ceux qui sont servis dans les restaurants et par les établissements de services alimentaires [...] Au total, on estime que les aliments de préparation commerciale sont responsables de 77 % de l'apport en sodium²²⁹. »

En ce qui concerne les membres des Premières Nations vivant dans les réserves et ceux des collectivités inuites, les personnes interviewées dans le cadre de l'évaluation étaient d'avis qu'il était bien de connaître le document *Bien manger avec le Guide alimentaire canadien – Premières Nations, Inuit et Métis*¹⁹⁶, mais que cela ne se traduisait pas nécessairement par un changement de comportement au chapitre de l'alimentation. Ces personnes étaient aussi d'avis que les membres des Premières Nations et les Inuits, en particulier, avaient de la difficulté à faire des choix alimentaires sains. Certaines personnes interviewées croyaient également que les lignes directrices sur la salubrité des aliments, les risques pour la santé et les étiquettes sur les aliments n'étaient pas bien compris. Il importe de mentionner que certaines décisions en matière d'alimentation prises par les membres des Premières Nations vivant dans les réserves et ceux des

xcii Les aliments et les boissons consommés entre les repas.

xcii 2 300 mg par jour²²⁹.

collectivités inuites peuvent être influencées par l'insécurité alimentaire et les facteurs qui y contribuent, notamment la pauvreté, le coût élevé des aliments, les changements environnementaux et les restrictions gouvernementales :

- Pour les enfants, les adolescents et les adultes autochtones, la consommation de fruits et légumes ainsi que de produits laitiers et substituts est en deçà des recommandations figurant dans le *Guide alimentaire canadien*^{96,341,304,448,336,56,55,97,23}.
- Les enfants et les adultes ne limitent pas adéquatement leur consommation de « collations » peu nutritives et de boissons sucrées, ce qui fait que, dans la plupart des cas, ils tirent de ces aliments de 10 à 20 %, voire jusqu'à 35 %, de leur apport énergétique^{341,342,23,448,336,55,56,383}.
- La consommation d'aliments traditionnels est moindre que dans les années antérieures, même si le nombre de personnes qui consomment de tels aliments demeure élevé dans bon nombre de collectivités inuites et des Premières Nations^{448,56,55}. Au nombre des raisons pouvant expliquer la diminution de la consommation d'aliments traditionnels, notons le manque d'aliments traditionnels, les préoccupations à l'égard de la pollution et le changement du mode de vie^{464,149}. Certaines collectivités signalent une diminution de la consommation de certains aliments (p. ex. certains types de poissons) en réaction aux avis de santé publique concernant la consommation limitée de contaminants potentiellement dangereux (mercure, cadmium, etc.)^{143,334,113}.
- Selon une recherche sur l'opinion publique menée en 2008, les membres des Premières Nations vivant dans les réserves indiquent que la restauration rapide (24 %) et une mauvaise alimentation (12 %) sont les deux principales causes de l'obésité dans leurs collectivités¹⁹⁶.

Les étiquettes sur les aliments sont une des façons dont le programme peut aider le consommateur à faire des choix plus sains en matière d'alimentation; cependant, les données sur l'efficacité de cet outil varient. Selon le document *Nutrition : évolution et tendances VII* (2008), 95 % des Canadiens qui lisent les étiquettes sur les aliments sont capables de trouver les renseignements dont ils ont besoin et de les utiliser pour déterminer l'apport nutritionnel et calorique des aliments, de comparer les aliments et de déterminer si l'aliment contient un ingrédient donné. Le rapport indique également que 68 % des Canadiens obtiennent des renseignements nutritionnels en lisant les étiquettes et que les facteurs ayant la plus grande incidence sur les choix alimentaires sont le faible apport en gras trans (80 %), la présence de grains entiers (78 %), le faible apport en sucre (72 %) et le faible apport en sel ou en sodium (71 %)³⁴. D'autres sources fournissent des renseignements différents :

- Seulement 61 % des femmes et 52 % des hommes lisent « toujours ou habituellement » le tableau de la valeur nutritive sur les étiquettes. Une des principales lacunes du tableau de la valeur nutritive au Canada est le fait qu'il n'y a pas de portion normalisée, ce qui fait qu'il est difficile pour les consommateurs de comparer la qualité nutritionnelle de produits alimentaires semblables⁴⁷.
- « La population canadienne manque de connaissances au sujet des calories et des éléments nutritifs, ce qui compromet sa capacité de choisir des aliments nutritifs » (p. ex. peu de connaissances sur le pourcentage de la valeur quotidienne et ce qui est considéré comme un apport « élevé » ou « faible » en éléments nutritifs)²²⁹.

- Les étiquettes sur les produits alimentaires présentent des problèmes pour les consommateurs, notamment en ce qui a trait à l'interprétation du pourcentage de la valeur quotidienne et de la portion figurant sur l'étiquette²²⁹. La taille de la portion contribue grandement au problème d'obésité³⁴⁴.
- La compréhension des gras trans varie d'un groupe de personnes interviewées à l'autre (p. ex. une enquête menée en 2004 (n = 1 423) indiquait que 36 % des Canadiens ne savaient pas ce que signifiait l'expression « gras trans » et que seulement 46 % d'entre eux avaient une bonne connaissance des gras trans¹⁵³; selon une autre enquête (n = plus de 12 000 ménages canadiens) menée la même année, 79 % des ménages canadiens connaissaient les risques pour la santé associés aux gras trans¹⁵⁹).

Le manque d'information continue a entraîné des problèmes. Selon le dossier d'analyse sur le système de surveillance alimentaire et nutritionnelle de 2005, aucune donnée nationale sur la consommation alimentaire de la population, ni aucune mesure physique et biologique connexe, n'avait été recueillie au cours des trois décennies précédentes. Le document révélait également l'absence au Canada d'un système de surveillance alimentaire et nutritionnelle viable, efficace et exhaustif et l'absence d'une infrastructure à Santé Canada pour soutenir un tel système. Cette lacune comprend la capacité de gérer les données provenant de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2.2^{xciii}, tandis que de tels systèmes sont répandus à l'échelle internationale¹⁵⁵. De même, la collecte de données sur l'apport alimentaire des Canadiens a été inégale (avant 2004, une collecte exhaustive de données sur la consommation alimentaire avait été effectuée de 1970 à 1972), et, même si le FCEN contient des renseignements utiles, son système de classification des aliments n'est pas conforme au *Guide alimentaire canadien* (ce qui a nui à l'analyse des données de l'ESCC 2.2 par rapport au *Guide alimentaire canadien* de 2007)^{xciv,xcv}. De récents efforts déployés par Statistique Canada et Santé Canada règlent peut-être certains problèmes liés à la collecte de données, notamment en répétant continuellement l'ESCC, mais la prochaine enquête nationale sur la nutrition est prévue pour 2015 et la capacité des parties intéressées (p. ex. gouvernements FPT, groupes du secteur de la santé, établissements de recherche et industrie) de traiter les données de l'ESCC semble limitée en raison de questions de confidentialité. Ces problèmes peuvent influencer sur l'élaboration de politiques et de programmes.

Résultat intermédiaire 2 : Diminution de l'exposition aux dangers microbiens, chimiques et physiques et aux risques nutritionnels

Dans quelle mesure l'exposition aux dangers et aux risques microbiens, chimiques et physiques a-t-elle diminué et les avantages associés à la nutrition ont-ils augmenté?

^{xciii} La collecte de données dans le cadre de l'ESCC 2.2 a été effectuée en 2004.

^{xciv} Il a fallu apporter des changements touchant de multiples partenaires internes au système de classification des aliments du FCEN aux fins d'harmonisation avec le Guide alimentaire. Ce processus devait être achevé au printemps 2012.

^{xcv} L'interprétation des données est limitée par les différentes méthodes de collecte de données employées pour chaque enquête ou rapport : la collecte de données pour l'enquête nationale Nutrition Canada 1970-1972 a été effectuée manuellement par des diététistes ou nutritionnistes, tandis que pour l'ESCC 2.2, des intervieweurs formés ont utilisé un système automatisé; le taux de réponse dans le cadre de la première enquête (47 %) était beaucoup moins élevé que celui de la deuxième enquête (77 %); etc.¹¹⁴.

Le nombre de cas déclarés de maladie entérique semble avoir fléchi pendant la dernière décennie (passant de 793 à 409, ou 48 %, selon les données de C-EnterNet, et de 36 544 à 21 132, ou 42 %, selon Maladies à déclaration obligatoire en direct), tandis que les taux de conformité en matière de dépistage de résidus chimiques sont, dans l'ensemble, demeurés élevés (95 % ou plus). Les efforts déployés par les responsables du programme pour traiter les nouvelles questions (p. ex. listériose, acrylamide) et les initiatives visant à réévaluer les produits déjà sur le marché (p. ex. réévaluation de pesticides) peuvent contribuer à la diminution de l'exposition aux dangers microbiens et chimiques. Même si le changement au chapitre de l'exposition aux risques nutritionnels n'a pu être évalué en raison de la quantité insuffisante de données, certaines initiatives du programme, notamment les campagnes de sensibilisation, la diminution des gras trans et l'enrichissement alimentaire, semblent contribuer à la réduction du risque dans certains domaines.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer le changement au chapitre de l'exposition aux dangers microbiens et chimiques :

- Amélioration des mécanismes d'évaluation et de détection dans le cadre du programme (p. ex. ERS ou méthodes de laboratoire).
- Politiques nouvelles ou modifiées qui reflètent l'apprentissage dans le cadre du programme, notamment l'amélioration des activités de surveillance, de contrôle, de conformité et d'application de la loi.
- Changements apportés de manière proactive par l'industrie (p. ex. producteurs, fabricants et distributeurs), notamment la mise en œuvre de nouvelles méthodes de détection.
- Changement dans la façon dont les consommateurs manipulent les aliments, par exemple meilleures connaissances et compréhension des risques liés à la salubrité des aliments.
- Changements apportés de manière proactive par les consommateurs pour tenir compte des nouvelles questions (p. ex. changements au chapitre de l'alimentation).

De même, le changement au chapitre de l'exposition aux risques nutritionnels peut s'expliquer par de multiples facteurs liés au comportement des consommateurs, aux mesures prises par l'industrie et aux initiatives du programme.

CHANGEMENT DANS L'EXPOSITION AUX DANGERS MICROBIENS

Les données de C-EnterNet sur les maladies entériques recueillies par le site sentinelle 1 de l'Agence de la santé publique du Canada montrent une diminution générale de 48 %^{xcvi} du nombre de cas déclarés pour 11 maladies entériques de 1990 à 2011^{407,408,410,415,416}. Une tendance semblable est signalée par la base de données Maladies à déclaration obligatoire de l'Agence, qui indique une diminution à l'échelle nationale de 42 %^{xcvii} pour les neuf maladies entériques surveillées de 1990 à 2004⁴⁰⁶. Les cas les plus nombreux sont liés à la campylobactériose, à la salmonellose et à la giardiase.

Ces tendances fournissent un aperçu global positif en ce qui concerne les dangers microbiens, même si certaines préoccupations persistent quant à certains produits. Par exemple, les risques que présente la consommation de fromage fait de lait cru ou non pasteurisé (également appelé « fromage au lait cru ») ont fait l'objet d'enquêtes dans le cadre du programme pendant plus d'une décennie.

En 2001, après qu'un examen mené par Santé Canada et l'ACIA ait déterminé que l'application par l'industrie française des directives de l'UE axées sur les résultats pour le fromage au lait cru comportait des exigences considérées comme aussi strictes ou plus strictes que celles du Canada, certains fabricants français se sont vu octroyer une « dispense spéciale » leur permettant d'importer et de vendre des fromages au lait cru à pâte molle au Canada, en violation du RAD. Plus tard, en 2008, après un examen mené par Santé Canada, le Québec a modifié sa réglementation pour autoriser la vente et la production de fromages au lait cru à pâte molle ou demi-ferme qui ne respectent pas les exigences d'entreposage du RAD^{xcviii}, pour autant que le fromage soit produit en conformité avec les normes établies^{xcix,250,317,321,318,324,325,326,440,441,312,236,353,354}.

Pendant ce temps, Santé Canada a mené un certain nombre d'ERS, y compris une évaluation quantitative conjointe avec la FDA sur le risque de listériose lié à la consommation de fromages affinés à pâte molle en Amérique du Nord⁴⁷⁷, et examiné un certain nombre de stratégies pour accroître la salubrité du fromage au lait cru (voir le **Table 13**) en raison de préoccupations concernant l'efficacité des exigences du RAD. Les avancées récentes dans les domaines de la salubrité des aliments et des bonnes pratiques de fabrication, si elles sont réalisées par les fabricants de fromages au lait cru à pâte molle ou demi-ferme, peuvent aider à réduire au minimum les risques que présentent ces fromages; toutefois, des travaux de recherche récents révèlent que des bactéries pathogènes, comme *L. monocytogenes*, *E. coli* O157:H7 et *Salmonella*, peuvent survivre aux conditions de production de ces fromages et que, pour certains

^{xcvi} Diminution de 51% pour les sous-ensembles de maladies pour lesquels des rapports ont été continuellement produits au cours des 22 années de la collecte de données, soit l'amibiase, la campylobactériose, la giardiase, la salmonellose, la shigellose, l'infection à *E. coli* vérotoxigène et la yersiniose.

^{xcvii} Diminution de 41 % pour les sous-ensembles de maladies pour lesquels des rapports ont été conservés pendant les 15 années de la collecte de données, soit la campylobactériose, la giardiase, l'hépatite A, la salmonellose, la shigellose et l'infection à *E. coli* vérotoxigène.

^{xcviii} Selon les exigences du RAD relatives à l'entreposage, la période d'entreposage est de 60 jours à 2 °C.

^{xcix} La réglementation insiste sur l'atténuation de la contamination microbiologique potentielle du fromage pendant la production.

types de fromages, la concentration de certains pathogènes, comme *L. monocytogenes*, peut en fait augmenter pendant l'entreposage, selon les exigences établies dans le RAD. Par conséquent, Santé Canada a déterminé que les critères microbiologiques actuels du RAD concernant les fromages à pâte molle ou demi-ferme faits de lait non pasteurisé ne sont plus à jour et ne reflètent pas les données scientifiques actuelles sur l'atténuation des risques que présentent les pathogènes d'origine alimentaire, notamment *L. monocytogenes* ou *E. coli* O157:H7. En 2009, Santé Canada a envoyé une lettre d'autorisation de mise en marché temporaire (LAMT)^c à un fabricant canadien lui permettant de vendre du fromage au lait cru à pâte molle qui ne respecte pas les exigences d'entreposage du RAD, mais qui est produit selon la réglementation du Québec, afin de produire des renseignements qui seront utilisés pour la modification du RAD^{ci}. Par ailleurs, à la suite d'un Résumé analytique de la question produit en 2010, Santé Canada a cerné un certain nombre d'éléments à intégrer à une politique révisée pour gérer les risques associés à la consommation de ces fromages. Comme certains de ces éléments requièrent des modifications réglementaires, Santé Canada a commencé en 2011 à tenir des consultations avec des intervenants et des experts. On s'attend à ce que la publication préalable du projet de politique dans la Partie I de la *Gazette du Canada* ait lieu en 2014^{250,319,317,321,442,318,323,324,325,326,327,440,441,312,477}.

CHANGEMENT DANS L'EXPOSITION AUX DANGERS CHIMIQUES

Les tests de l'ACIA sur divers produits pour trouver des résidus chimiques^{cii} ont révélé des taux de conformité généraux élevés, comme le montre le **Table 15**, à l'exception possible des œufs frais et du miel^{39,40,41,42,43,44,45,46}. Le taux de conformité établi par l'ACIA doit être d'au moins 95 % pour que le rendement soit adéquat.

Table 15 Produits alimentaires canadiens et importés – Taux de conformité des tests de résidus chimiques, par programme alimentaire

Programme alimentaire de l'ACIA	Taux de conformité ^{ciii}										
	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	
										Canadienne	Importations
Viande	100 %	100 %	100 %	96 %	97 %	96 %	97 %	96 %	97 %	96 %	99 %
Poissons et fruits de mer				98 %	96 %	95 %	96 %	95 %	95 %	98 %	84 %
Poissons, fruits de mer et production (canadienne)			98 %								
Poissons, fruits			86 %								

^c Le RAD permet à Santé Canada d'envoyer une LAMT à un fabricant ou à un distributeur afin qu'il puisse vendre un produit autrement interdit afin de produire des renseignements à l'appui d'une modification de la réglementation.

^{ci} La LAMT a été envoyée de nouveau récemment et est en vigueur jusqu'en 2015.

^{cii} Les tests visent habituellement les nouveaux produits ou les produits qui pourraient présenter des risques pour la santé.

^{ciii} CFIA only reported individual chemical residue testing compliance by domestic and imported products in 2004-2005 for fish and seafood and in 2011-2012 for all products.

Programme alimentaire de l'ACIA	Taux de conformité ^{ciii}										
	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	
										Canadienne	Importations
de mer et production (importations)			(non-ciblé) ^{civ}								
			78 % (ciblé) ^{cv}								
Fruits et légumes frais	98 %	99 %	100 %	99 %	97 %	95 %	97 %	97 %	97 %	97 %	95 %
Produits transformés	98 %	99 %	100 %	99 %	100 %	99 %	99 %	99 %	99 %	94 %	95 %
Œuf frais	100 %	100 %	100 %	93 %	87 %	97 %	97 %	97 %	94 %	93 %	99 %
Produits laitiers	99 %	99 %	96 %	99 %	99 %	97 %	98 %	96 %	98 %	96 %	90 %
Miel	95 %	98 %	99 %	94 %	92 %	84 %	76 %	61 %	70 %		

L'Étude sur l'alimentation totale^{cvi} montre également une diminution des contaminants chimiques dans les aliments dans certains cas (p. ex. concentrations traces de plomb dans le lait entier); cependant, cette observation ne peut être extrapolée pour soutenir l'hypothèse selon laquelle la présence de contaminants chimiques a été réduite dans tous les aliments, pour les raisons suivantes : 1) les données dont on dispose ne sont pas continues (c.-à-d. que les données n'ont pas été continuellement recueillies pour tous les endroits^{cvi} et pour toutes les années)^{cvi}; 2) les données varient grandement selon les aliments analysés (p. ex. concentrations traces de zinc dans le lait entier par rapport à celles dans le bifteck).

Certaines initiatives ciblées du programme contribuent peut-être à la réduction de l'exposition aux dangers chimiques, notamment ceux liés à la présence de benzène dans les boissons gazeuses^{19,453,166,192,329}, d'acrylamide dans les aliments^{138,302,303,7,8} et de BPA dans les matériaux d'emballage des aliments^{197,21,301,296,193}. Dans le cas précis de l'acrylamide, une fois que le danger potentiel a été communiqué par l'entremise du JECFA au début de 2002, Santé Canada a commencé à effectuer des travaux de recherche pour déterminer les risques potentiels pour la santé qu'entraîne la présence d'acrylamide dans la chaîne d'approvisionnement alimentaire ainsi que les mécanismes de formation de l'acrylamide dans les aliments. En septembre 2002, Santé Canada avait isolé le mécanisme majeur de création de l'acrylamide et ses facteurs de contribution. À la suite d'une enquête sur les sources alimentaires de l'acrylamide au Canada, l'article « Acrylamide in Foods: Occurrence, Sources, and Modelling » a été publié dans le

^{civ} Since most testing of imported fish and seafood products targets products with a poor compliance history, or none at all, separate compliance rates are provided for targeted and non-targeted testing for 2004-05. Past compliance rates were not calculated in the same manner and are, therefore, not comparable to the 2004-05 rates.

^{cv} Idem.

^{cvi} L'étude fournit des niveaux estimatifs d'exposition aux produits chimiques chez les Canadiens des deux sexes de différents groupes d'âge par l'approvisionnement alimentaire. Elle est menée depuis 1969 et couvre six périodes distinctes (c.-à-d. 1969 et 1973, de 1976 à 1978, de 1985 à 1988, de 1992 à 1999, de 2000 à 2004 et la plus récente étude a commencé en 2005). Chaque étude est effectuée dans plusieurs grandes villes canadiennes pendant la période de l'enquête (habituellement une ville par année) au moyen de tests visant chaque denrée alimentaire (environ 210 denrées alimentaires sont visées dans le cadre de l'étude actuelle).

^{cvii} Toronto, Montréal, Winnipeg, Halifax, Vancouver, Ottawa, Whitehorse, Calgary, Québec et St. John's.

^{cvi} De 1993 à 2009.

Journal of Agricultural et Food Chemistry en 2002¹⁷; plus tard, en 2004, le sujet a fait l'objet d'un article intitulé « Acrylamide in French Fries: Influence of Free Amino Acids et Sugars »¹⁸. En 2007, l'acrylamide a été désigné produit chimique visé par le Défi du PGPC, et il a été ajouté à la Liste des substances toxiques de l'annexe I de la *Loi canadienne sur la protection de l'environnement (1999)*⁹². En raison de cette classification de l'acrylamide dans le PGPC, la DA a reçu des fonds pour poursuivre l'analyse de résidus d'acrylamide dans les aliments vendus au Canada²⁰⁹. Le Canada a mis à jour en conséquence son approche à l'égard du plan d'action et de la gestion des risques (2009) concernant l'acrylamide, ce qui contribuera à diminuer l'exposition des Canadiens à l'acrylamide par les sources alimentaires, a proposé d'ajouter l'acrylamide à la Liste critique des ingrédients dont l'utilisation est restreinte ou interdite dans les cosmétiques⁶⁰ et a fourni aux Canadiens des recommandations sur la façon de diminuer la présence d'acrylamide dans les aliments. En 2009 et 2010, Santé Canada a tenu des consultations sur sa proposition de modifier le RAD pour permettre l'utilisation de l'asparaginase dans certains produits alimentaires en tant qu'agent technologique pour réduire la formation d'acrylamide^{210,424,452}. En mars 2012, Santé Canada a modifié le RAD à la lumière des consultations⁴³² et a révisé son évaluation de l'exposition à l'acrylamide dans les aliments³⁰³.

Grâce au financement fourni par la DGSPNI pour évaluer la SQNA, on produit pour la première fois des données probantes sur l'exposition potentielle aux dangers chimiques des membres des Premières Nations qui consomment des aliments traditionnels. Dans le cadre de l'EANEPN, initiative de collaboration de 10 ans entamée en 2008, des données de base sur les régimes alimentaires modernes des membres des Premières Nations et les résidus dans les aliments traditionnels sont établies pour la première fois. On s'attend à ce que cette étude permette d'évaluer les changements au chapitre de l'exposition. Jusqu'à maintenant, les résultats de l'étude ont permis d'orienter les activités d'évaluation et de communication des risques pour les collectivités des Premières Nations. L'EANEPN est l'étude sur les Premières Nations équivalant aux études sur l'alimentation totale menées depuis les quatre dernières décennies au sein de la population canadienne générale, mais pas dans les collectivités des Premières Nations.

Activités de réévaluation des pesticides

Le programme de réévaluation des pesticides de l'ARLA s'applique aux matières actives de qualité technique ainsi qu'aux matières actives utilisées dans les préparations commerciales homologuées avant le 31 décembre 1994. Le processus de réévaluation tient compte des méthodes d'évaluation scientifique actuelles, des critères réglementaires, des tendances au chapitre de l'utilisation des matières actives (y compris les rapports d'incident), de la diversité des préparations commerciales et de la présence sur le marché. Ce processus permet également d'évaluer les risques d'exposition pour certains groupes sensibles, comme les enfants; l'exposition accumulée en raison de la combinaison des sources alimentaires et résidentielles et de l'eau potable; le risque d'exposition cumulative aux produits chimiques ayant un mécanisme commun de toxicité.

Le programme de réévaluation a pour objet de déterminer si l'utilisation de ces produits demeure acceptable lorsqu'on les évalue par rapport aux normes scientifiques modernes³⁸⁷. Selon la Directive d'homologation DIR2001-03, les responsables du programme avaient l'intention de réévaluer l'acceptabilité continue de 405 matières actives et de leurs préparations commerciales

connexes en vertu de l'article 19 du *Règlement sur les produits antiparasitaires*. Le nombre est ensuite passé à 401, car quatre de ces matières actives étaient des désinfectants qui n'étaient plus visés par la LPA^{391,388}. En vertu de la nouvelle LPA (2006), tous les pesticides doivent faire l'objet d'une réévaluation tous les 15 ans en fonction des normes scientifiques et des normes d'évaluation des risques en vigueur³⁹³.

Afin d'achever^{cix} les réévaluations de ces matières actives en temps opportun, d'utiliser de façon efficiente les ressources de l'Agence affectées aux réévaluations et d'être équitable envers les produits commerciaux traités avec des pesticides au Canada et aux États-Unis, l'ARLA a décidé d'intégrer des examens étrangers aux réévaluations, surtout ceux menés par l'EPA des États-Unis, lorsqu'ils sont disponibles et convenables. Plus précisément, comme certains pesticides sont utilisés partout en Amérique du Nord, l'ARLA a collaboré avec l'EPA des États-Unis pour la réévaluation de ces pesticides grâce à une approche axée sur le partage du travail et les examens conjoints. En fonction de cette approche, l'ARLA comptait initialement achever toutes les réévaluations au plus tard en 2006; cependant, des changements apportés au calendrier des réévaluations de l'EPA des États-Unis et l'accessibilité des examens de cette dernière ont entraîné plusieurs retards. Par ailleurs, l'ARLA a éprouvé d'autres difficultés concernant la complexité de certaines évaluations, le nombre restreint de produits de rechange, la nécessité d'effectuer une gestion des risques et les stratégies de transition. Selon l'ARLA, en date du 31 mars 2012, il y avait 18 réévaluations en cours, comme le montre le **Table 16**^{338,395,388,389,390,392,393,396,397,398}. Cependant la proportion de pesticides liés aux aliments des nombres totaux figurant dans le tableau n'était pas connue.

Table 16 Activités de réévaluation de l'ARLA en date du 31 mars 2012

Décision finale – Résultats ^{cx}	Nombre de décisions								
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Cessation des ventes ou retrait du produit par le titulaire	58	72	79	79	83	83	84	85	106
Demande d'abandon graduel à la suite de l'examen de l'ARLA	6	6	5	5	5	7	7	10	12
Maintien de l'homologation avec modification de l'étiquette	14	31	48	61	104	153	169	190	207
Maintien de l'homologation sans modification de l'étiquette	2	4	4	6	8	9	10	10	18
Nombre cumulatif de décisions finales	80	113	136	151	200	252	270	295	343
Nombre de décisions proposées et dont la publication est à venir, à la fin de l'exercice ^{cxii}	55	69	97	93	74	78	90	78	40

^{cix} L'ARLA considère qu'une réévaluation est achevée lorsqu'une décision de réévaluation finale est rendue, qu'une décision de réévaluation est proposée ou qu'une note de réévaluation pour une matière active est donnée³³⁸.

^{cx} L'ARLA a rendu des décisions de réévaluation pour ces produits (habituellement publiées dans une Décision de réévaluation ou une Note de réévaluation), ou les titulaires ont indiqué leur intention de cesser la vente de tous les produits contenant ce pesticide.

^{cxii} Décision proposée : L'ARLA a publié les décisions proposées (habituellement un Projet d'acceptabilité d'homologation continue ou une décision de réévaluation proposée). Décision dont la publication est à venir :

Décision finale – Résultats ^{cx}	Nombre de décisions								
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Total – Décisions finales, proposées et dont la publication est à venir	135	182	233	244	274	330	360	373	383

CHANGEMENT DANS L'EXPOSITION AUX RISQUES NUTRITIONNELS

L'évaluation n'a pas permis de cerner de données probantes concluantes quant au changement dans l'exposition aux risques nutritionnels (voir le résultat intermédiaire 1 pour connaître les difficultés liées aux données existantes). Néanmoins, l'évaluation a permis de relever certaines initiatives qui ont eu ou pourraient avoir une incidence sur l'exposition à certains avantages nutritionnels, soit :

- Gras trans
 - o En 2003, le Canada est devenu le premier pays à obliger la déclaration de l'apport en gras trans sur les étiquettes de la plupart des aliments préalablement emballés¹⁷⁶.
 - o Selon les données recueillies dans le cadre du Programme de surveillance des gras trans de deux ans de Santé Canada, la réglementation de l'étiquetage nutritionnel a été considérée comme un incitatif efficace pour que les entreprises de l'industrie reformulent leurs produits, car bon nombre d'entre elles avaient diminué l'apport en gras trans dans leurs produits, qui respectaient ainsi la limite maximale de 5 % de gras trans de la teneur totale en gras, y compris dans de nombreux aliments ethniques^{cxii,465,467,468,466}.
 - o Une étude canadienne a révélé que les niveaux de gras trans dans le lait maternel au Canada avaient diminué et a attribué cette tendance aux exigences liées à l'étiquetage établies par Santé Canada, qui ont entraîné une diminution de l'exposition aux gras trans dérivés de la déshydrogénation partielle des huiles végétales¹¹².
 - o Une analyse coûts-avantages commandée par Santé Canada a révélé une diminution de l'apport moyen en gras trans au Canada chez les personnes de tous les groupes d'âge de 2004 à 2008, passant d'environ 4,9 g/jour à 3,4 g/jour, respectivement¹³⁷.
 - o La même analyse a montré que, sur une période d'étude de 20 ans, la réglementation de l'étiquetage nutritionnel produirait « un avantage net important pour les Canadiens et les Canadiennes¹³⁷ ».
- Enrichissement alimentaire
 - o Le Canada a mis en œuvre en 1998 une politique obligeant l'enrichissement de la farine blanche, des pâtes alimentaires enrichies et de la semoule de maïs en acide folique. Plusieurs documents ont conclu que l'enrichissement des aliments en acide folique était associé à une diminution importante du taux d'anomalies du tube neural au Canada^{77,426,62}.

Les évaluations ont été achevées et les décisions, proposées, mais l'ARLA n'a pas encore publié les décisions proposées.

^{cxii} Les données s'appliquent seulement à un sous-ensemble d'aliments considérés par Santé Canada comme les aliments les plus couramment consommés pouvant avoir un apport élevé en gras trans.

Ces initiatives donnent des exemples de changements positifs au chapitre de l'exposition aux risques nutritionnels, mais d'autres risques demeurent, par exemple :

- Gras trans
 - o Selon l'analyse coûts-avantages mentionnée précédemment, même si la conformité avec la réglementation de l'étiquetage nutritionnel est assez élevée, de 20 à 25 % des aliments (p. ex. produits de boulangerie préalablement emballés) contiennent encore des niveaux élevés de gras trans et il y a un risque de recul, surtout pour les produits non étiquetés¹³⁷.
 - o Même si les membres du CCEA ont indiqué qu'ils appuyaient les efforts visant à continuer à favoriser les activités volontaires de réduction des gras trans et à rétablir la surveillance des niveaux de gras trans dans l'approvisionnement alimentaire canadien grâce à la collecte de données, à l'évaluation de l'exposition et à la publication des conclusions pour respecter l'apport maximal en gras trans recommandé par l'OMS (1 % de l'apport énergétique total)^{251,257,258,256}, Santé Canada a décidé de maintenir l'approche de réduction volontaire et d'avoir recours à d'autres méthodes de collecte de données, en collaboration avec l'industrie, pour surveiller l'évolution de la réduction des gras trans dans les régimes alimentaires des Canadiens.
- Sodium
 - o Selon des données auxquelles nous avons fait référence précédemment (voir le résultat intermédiaire 1), l'apport en sodium des Canadiens excède l'AMT recommandé.
 - o Dans le cadre de discussions du CCEA sur la Stratégie de réduction du sodium, les membres ont indiqué qu'il fallait créer un outil pour aider les consommateurs à faire des choix éclairés en matière d'alimentation et répondre aux besoins de la population générale et de certains groupes en particulier²⁵⁹.
 - o En 2010, les ministres de la Santé du Canada ont appuyé l'objectif provisoire visant à diminuer d'ici 2016 l'apport en sodium quotidien à 2 300 mg^{251,256}. Également en 2010, Santé Canada a décidé d'obtenir des conseils du CCEA concernant les plans gouvernementaux de réduction du sodium, en y ajoutant d'autres membres experts de la question.

Résultat intermédiaire 3 : Adoption plus répandue des normes internationales par le Canada et d'autres pays

Dans quelle mesure les normes internationales ont-elles été adoptées par le Canada et d'autres pays?

Il y a des processus en place au sein du programme concernant l'adoption de normes internationales. Même s'il n'a pas été possible de cerner de changement au chapitre de l'adoption des normes internationales, des données indiquent que le Canada s'y conforme. En ce qui concerne le respect des normes internationales par d'autres pays, cela n'a pu être déterminé, mais on présume que la participation aux travaux d'organisations d'établissement de normes internationales dénote un intérêt en matière d'harmonisation.

Les processus du programme liés aux normes internationales sont fondés sur les approches à la coopération internationale et les objectifs établis par le Ministère, les agences et les directions générales (voir l'**annexe 7**), qui portent sur ce qui suit^{161,162,170} :

- Échanger des renseignements et effectuer des travaux en collaboration dans le cadre de relations de travail bilatérales ou multilatérales avec d'autres organismes de réglementation internationaux.
- Collaborer avec des organisations internationales pour établir des normes et assurer une harmonisation.
- Collaborer avec d'autres pays afin d'élaborer des systèmes de réglementation en renforçant les capacités et en fournissant une aide technique pour accroître l'harmonisation.

Comme il a été mentionné dans la section portant sur le résultat immédiat 3, les responsables du programme ont conclu un certain nombre de PE, d'ententes et d'engagements internationaux pour améliorer l'échange de connaissances et d'expertise afin d'accroître les connaissances organisationnelles et de compter sur des mécanismes d'intervention adéquats pour les questions actuelles et nouvelles. Ces ententes permettent d'examiner des questions d'intérêt mutuel liées à la réglementation des aliments avec des organisations partenaires en s'appuyant sur une approche de collaboration en ce qui a trait, entre autres, à ce qui suit : élaboration de politiques et approches en matière de réglementation; systèmes de surveillance et de contrôle; mécanismes d'intervention en cas d'urgence; santé des Autochtones; sécurité chimique et innocuité microbiologique des aliments; aliments nouveaux et allégations relatives à la santé; nutrition et enrichissement alimentaire.

De plus, les responsables du programme prennent activement part à des forums internationaux (p. ex. Codex, FAO/OMS, etc.) et participent directement aux activités d'autres organismes de réglementation internationaux (p. ex. réunions quadrilatérales, groupe international de liaison en matière d'innocuité microbiologique des aliments) pour favoriser l'échange systématique de renseignements sur la recherche, l'évaluation des risques, l'élaboration de politiques, l'établissement de normes et les activités de réglementation et d'application de la loi. Cela permet d'examiner les questions actuelles et nouvelles liées à la salubrité des aliments et de favoriser l'harmonisation des normes, de la surveillance, du contrôle et des systèmes d'inspection et d'homologation au chapitre de la salubrité des aliments.

À la lumière de toutes ces activités, l'évaluation a permis de relever plusieurs exemples du respect des normes internationales par le Canada.

- Étiquetage nutritionnel
 - o Le renforcement de la compatibilité avec le système d'étiquetage nutritionnel des États-Unis était un des objectifs de la réglementation de l'étiquetage nutritionnel ayant modifié le RAD en 2003. Par conséquent, les tableaux de la valeur nutritive du Canada et des États-Unis ont un aspect et une forme semblables et présentent les mêmes éléments nutritifs essentiels^{431,188}.
- Innocuité microbienne
 - o Le Canada respecte une décision prise en juillet 2009 par le Codex concernant les niveaux tolérables de *L. monocytogenes* dans les aliments PAM selon laquelle un

AMT (100 cfu/g^{cxiii}) a été établi pour certains aliments dans lesquels la bactérie ne peut croître. Dans les produits PAM où la croissance est possible (p. ex. fromage au lait cru), la présence de la bactérie *L. monocytogenes* ne sera pas permise (tolérance zéro)⁴⁶³.

- Sécurité chimique
 - o Santé Canada a accepté les recommandations du JECFA consistant à diminuer l'exposition à l'acrylamide. Santé Canada a décidé de coordonner ses efforts de gestion des risques concernant la présence d'acrylamide dans les aliments avec des partenaires clés responsables de la réglementation des aliments en Australie, en Europe, au Japon, en Nouvelle-Zélande et aux États-Unis¹³⁸.
 - o Santé Canada continue de travailler avec la communauté internationale dans la recherche sur l'acrylamide en participant au JECFA⁴⁹⁰.
 - o Les évaluations scientifiques de Santé Canada à l'égard des demandes concernant les additifs alimentaires et les matériaux d'emballage sont conformes aux principes d'analyse des risques élaborés par l'OMS/FAO¹⁰¹.

L'évaluation a permis de cerner des cas où le Canada a été incapable de respecter les normes internationales en raison de problèmes liés au long processus d'approbation réglementaire ou à des préoccupations à l'égard d'approches internationales qui peuvent ne pas refléter entièrement la position du programme (découlant de considérations scientifiques et stratégiques), par exemple l'approbation de l'asparaginase en tant qu'agent technologique alimentaire pour diminuer la formation d'acrylamide dans les aliments. Même si le principal mécanisme de création de l'acrylamide et ses facteurs de contribution ont été établis au Canada en 2002, Santé Canada n'a conclu qu'en 2010 le processus de consultation publique sur la proposition visant à modifier le RAD pour permettre l'utilisation de l'asparaginase dans certains aliments²¹⁰, et le RAD a été modifié à la lumière de ces consultations⁴³². Santé Canada a ensuite révisé en 2012 son évaluation de l'exposition à l'acrylamide dans les aliments^{cxiv,303}. Par contre, l'utilisation de l'asparaginase dans les aliments avait déjà été permise aux États-Unis, en Australie, en Nouvelle-Zélande et au Danemark, et le JECFA en avait fait une évaluation positive.

En ce qui concerne le respect des normes internationales par d'autres pays, la participation à des organisations d'établissement de normes internationales (p. ex. Codex) dénote un intérêt quant aux travaux de collaboration à l'échelle internationale et à l'harmonisation potentielle, malgré l'existence de limites semblables à celles présentes au Canada. On s'attend à ce que l'adoption des normes du Codex et de textes connexes, surtout par des pays en développement, entraîne l'amélioration de la salubrité des aliments à l'échelle mondiale et permette aux organismes de réglementation canadiens de s'assurer que les aliments importés au Canada à partir de ces pays satisfont aux exigences réglementaires.

^{cxiii} Unité formatrice de colonies par gramme : dénombrement des organismes vivants dans les aliments.

^{cxiv} Les changements apportés aux exigences législatives ont facilité le processus d'approbation des additifs alimentaires.

Résultat intermédiaire 4 : Approche plus intégrée à l'égard des priorités et des activités FPT liées à la salubrité des aliments et à la nutrition

Dans quelle mesure le programme a-t-il augmenté l'intégration des priorités et des activités liées à la SQNA?

Les responsables du programme collaborent avec des intervenants et des partenaires FPT dans le cadre de plusieurs comités et initiatives. Même si cette approche apporte une certaine satisfaction, des préoccupations ont été soulevées quant à la communication entre les participants clés du programme ainsi qu'entre les responsables du programme et les intervenants (p. ex. transparence et regroupement des renseignements) et les partenaires provinciaux et territoriaux (p. ex. en ce qui concerne les ERS, les ESA, les rôles et les responsabilités).

Comme il est indiqué dans la section portant sur le résultat immédiat 5, les participants clés du programme collaborent les uns avec les autres ainsi qu'avec des intervenants et des partenaires FPT dans le cadre d'un grand nombre de comités et d'initiatives. Les responsables du programme font appel à cette approche à multiples volets pour échanger des renseignements, favoriser le dialogue, tenir des consultations et coordonner les priorités et les approches de gestion des risques.

Certaines personnes interviewées dans le cadre de l'évaluation considéraient que cette approche était adéquate puisqu'elles ont indiqué qu'il n'y avait aucun secteur où il y avait chevauchement des efforts à l'échelle fédérale et que les rôles et les responsabilités étaient clairement définis. On considérait que la conclusion de PE (p. ex. entre Santé Canada, l'Agence de la santé publique du Canada et l'ACIA^{362,363}) était une façon efficace de définir clairement les rôles et les responsabilités. En ce qui a trait aux relations FPT, certaines personnes interviewées dans le cadre de l'évaluation n'avaient pas observé de chevauchement des efforts ni de double emploi, car, même si certaines responsabilités étaient partagées, les rôles étaient considérés comme complémentaires. Cette situation était favorisée par l'existence de protocoles, de forums et de systèmes utilisés pour assurer la coordination entre les administrations et fournir une approche uniforme pour les questions communes.

Néanmoins, certaines personnes interviewées dans le cadre de l'évaluation ont également exprimé des préoccupations concernant l'efficacité des communications entre les participants clés du programme et entre les responsables du programme et les partenaires provinciaux et territoriaux, soit :

- L'incertitude continue des représentants des gouvernements provinciaux et territoriaux concernant les rôles de Santé Canada et de l'ACIA quant à la préparation des ERS.
- Les communications et le consensus inadéquats à l'égard de l'établissement des priorités entre le BESA et l'ACIA au sujet des ESA.
- La planification stratégique intégrée et les liens avec AAC limités.
- La nécessité que les partenaires provinciaux et territoriaux comprennent mieux les fonctions du gouvernement fédéral et des gouvernements provinciaux et territoriaux, et leurs limites, ainsi que le rôle de leadership assumé par chaque organisation (p. ex. en ce

qui a trait à la réglementation des additifs alimentaires, à l'étiquetage, à la qualité nutritionnelle et aux gras trans).

- Le fait que les partenaires et les intervenants auxquels on fait appel en cas d'urgence ne comprennent pas clairement le rôle des systèmes (p. ex. PulseNet), le rôle des parties FPT (surtout en ce qui a trait aux communications avec le public) et le rôle des laboratoires (LNM et laboratoires du BDM).

On s'attend à ce que des activités récentes permettent d'atténuer certaines de ces préoccupations.

- Les ministres de la Santé FPT ont déterminé qu'il était nécessaire pour les portefeuilles de la Santé et de l'Agriculture de collaborer afin que le système canadien d'assurance de la salubrité des aliments soit plus intégré¹³³.
- « [Les] sous-ministres de la Santé ont décidé de donner suite à trois priorités : le renforcement et l'intégration de la surveillance des aliments et des maladies humaines, la prévention des risques d'origine alimentaire grâce à des interventions ciblées, et la préparation d'une intervention en cas d'éclosion¹³³. »
- Les ministres de l'Agriculture FPT travaillent à donner suite à trois priorités en matière de salubrité des aliments, notamment « une cohérence accrue entre les renseignements en matière de surveillance de la salubrité des aliments et des sources de données sur la santé humaine afin d'encourager des interventions ciblées et une gestion plus efficace des éclosions de maladies d'origine alimentaire¹³³ ».
- L'Agence de la santé publique du Canada mène les discussions au sein du Réseau pancanadien de santé publique concernant la salubrité des aliments^{cxv,cxvi}.
- Intégration récente de l'ACIA au portefeuille de la Santé.

D'autres personnes interviewées ont exprimé les préoccupations suivantes concernant les communications avec les intervenants (la question des communications avec les intervenants a été examinée précédemment – voir les résultats immédiats 2 et 5) :

- Approche apparemment non coordonnée à l'égard de la production et de la diffusion de renseignements destinés aux consommateurs par les participants clés du programme.
- Nécessité d'avoir des communications améliorées et plus structurées avec le public concernant les renseignements du programme liés aux secteurs examinés, aux travaux menés (p. ex. sur les questions pertinentes, comme le sodium) et aux principaux rôles (c.-à-d. Santé Canada, Agence de la santé publique du Canada et ACIA).

^{cxv} ASPC, communications personnelles, 22 septembre 2011

^{cxvi} Le Réseau a été créé en 2005 par les ministres de la Santé FPT en tant que mécanisme intergouvernemental visant à renforcer les capacités du Canada au chapitre de la santé publique et des activités quotidiennes et à améliorer les interventions en cas d'incidents et de menaces touchant la santé publique.

4.4.3 Dans quelle mesure les résultats à long terme ont-ils été atteints?

Résultat à long terme 1 : Amélioration de l'état nutritionnel des Canadiens

Dans quelle mesure l'état nutritionnel des Canadiens s'est-il amélioré en raison des activités du programme?

Selon les données probantes dont on dispose, l'état nutritionnel des Canadiens ne semble pas s'être amélioré au cours de la période visée par l'évaluation. Parmi la population générale, il y a un certain nombre de préoccupations relatives à l'apport énergétique et en lipides élevé, aux carences en nutriments, à l'apport en sodium qui se traduit par un risque accru d'effets néfastes sur la santé et à l'augmentation de l'IMC. On dispose de peu de renseignements sur les membres des Premières Nations vivant dans les réserves et ceux des collectivités inuites, mais les données probantes semblent indiquer qu'ils ont un apport faible en certaines vitamines et certains minéraux importants, un apport en sodium élevé et des taux d'obésité élevés.

ÉTAT NUTRITIONNEL GLOBAL

Selon l'OMS, « la nutrition c'est l'apport alimentaire répondant aux besoins de l'organisme^{cxvii} ». L'état de l'organisme en réaction à cet apport peut être utilisé pour décrire l'état nutritionnel. À la lumière des sources examinées, les données canadiennes sur la nutrition semblent limitées et contradictoires (voir le résultat intermédiaire 1); par ailleurs, les analyses des tendances nécessaires pour analyser les changements au fil du temps étaient limitées. Selon les données fournies dans la section sur le résultat intermédiaire 1 et d'autres données récentes de Santé Canada présentées ci-dessous^{287,288,289}, il semble y avoir un certain nombre de préoccupations liées à la nutrition au sein de la population canadienne générale.

- Enfants (âgés de 1 à 8 ans)
 - L'apport énergétique est supérieur aux besoins énergétiques chez 20 % des enfants.
 - Chez une proportion importante d'enfants âgés de 1 à 3 ans, l'apport total en lipides est inférieur à la limite recommandée.
 - On retrouve des quantités adéquates de la plupart des vitamines et minéraux dans l'alimentation des enfants, à l'exception de la vitamine D et du calcium (chez les enfants âgés de 4 à 8 ans seulement).
 - Bien que l'utilisation de l'apport suffisant (AS)^{cxviii} permette une interprétation plutôt limitée d'un apport adéquat en nutriments, on s'inquiète du fait que les enfants ne combrent peut-être pas leurs besoins en potassium et en fibres.

cxvii <http://www.who.int/topics/nutrition/fr/>

cxviii Apport quotidien moyen recommandé en fonction d'estimations ou d'approximations observées ou déterminées expérimentalement de l'apport de nutriments observé chez un groupe de personnes apparemment en bonne santé, dont l'état nutritionnel est présumé adéquat. On fixe un AS lorsqu'on ne dispose pas de données probantes suffisantes pour calculer la distribution des besoins et fixer un besoin moyen estimatif (BME)^{287,288,289}.

- o L'apport en sodium observé chez les enfants est associé à un risque accru d'effets indésirables sur la santé.
- Adolescents (âgés de 9 à 18 ans)
 - o L'apport énergétique est supérieur aux besoins énergétiques chez 30 % des adolescents.
 - o L'apport en lipides saturés chez les adolescents pourrait être réduit davantage.
 - o De nombreux adolescents ont un apport insuffisant en magnésium, en vitamine A, en vitamine D, en calcium et en phosphore.
 - o Bien que l'utilisation de l'AS permette une interprétation plutôt limitée d'un apport adéquat en nutriments, on s'inquiète du fait que les adolescents ne combent peut-être pas leurs besoins en potassium et en fibres.
 - o L'apport en sodium observé chez les adolescents est associé à un risque accru d'effets indésirables sur la santé.
- Adultes (âgés de 19 ans et plus)
 - o L'apport énergétique est supérieur aux besoins énergétiques chez 70 % des hommes et 50 % des femmes.
 - o L'apport en lipides est supérieur à l'étendue des valeurs acceptables pour les macronutriments^{cxix} chez 25 % des hommes et 23 % des femmes.
 - o L'apport de glucides est inférieur à l'étendue des valeurs acceptables pour les macronutriments chez 32 % des hommes et 21 % des femmes.
 - o De nombreux adultes ont un apport insuffisant en magnésium, en calcium, en vitamine A et en vitamine D.
 - o Bien que l'utilisation de l'AS permette une interprétation plutôt limitée d'un apport adéquat en nutriments, on s'inquiète du fait que les adultes ne combent peut-être pas leurs besoins en potassium et en fibres.
 - o L'apport en sodium observé chez les adultes est associé à un risque accru d'effets indésirables sur la santé.

Une étude sur l'adaptation de l'American Healthy Eating Index aux recommandations figurant dans le *Guide alimentaire canadien* et l'analyse de données provenant de l'ESCC 2.2 pour déterminer une mesure de la qualité globale de l'alimentation des Canadiens ont donné les résultats qui suivent^{cxx,116}.

- Note moyenne de 65 et plus : enfants âgés de 2 à 8 ans (notes moyennes les plus élevées).
- Note moyenne de 59 : personnes âgées de 2 ans et plus. Environ 17 % de la population a obtenu une note inférieure à 50, et moins de 1 % a obtenu une note supérieure à 80.

^{cxix} Intervalle des apports recommandés pour chacune des sources d'énergie alimentaire (c.-à-d. lipides, protéines, glucides) qui est associé à une diminution du risque de maladies chroniques tout en assurant une quantité adéquate de nutriments essentiels^{287,288,289}.

^{cxx} Les catégories de la qualité de l'alimentation du Healthy Eating Index de 1995 (plus de 80 points = alimentation de bonne qualité; de 50 à 80 points = alimentation devant être améliorée; moins de 50 points = alimentation de faible qualité) ont été utilisées dans le cadre de l'étude pour définir les notes faibles, moyennes et élevées dans l'adaptation canadienne.

- Note moyenne inférieure à 50 : moins de 3 % des enfants âgés de 2 à 8 ans, plus de 25 % des adolescents âgés de 14 à 18 ans (des deux sexes) et des hommes âgés de 19 à 30 ans, ainsi que 16 % des hommes et 7 % des femmes âgés de 71 ans et plus.

Dans l'ensemble, les notes des femmes sont supérieures à celles des hommes, et ce, pour tous les groupes d'âge. En général, la note moyenne diminue (c.-à-d. que la qualité de l'alimentation se détériore) au début de l'adolescence et se stabilise à environ 55 de 14 à 30 ans. Par la suite, la note moyenne augmente (c.-à-d. que la qualité de l'alimentation s'améliore) jusqu'à environ 60 pour les personnes de 71 ans et plus. La consommation de produits céréaliers, de viandes et substituts et de gras non saturés avait un impact positif sur les notes, tandis que la faible consommation de légumes vert foncé et orange, de fruits et de grains entiers ainsi que le pourcentage de calories provenant d'« autres aliments » avaient un impact négatif.

La même étude a conclu que les questions de l'ESCC sur la fréquence de la consommation de légumes et de fruits pourraient être utilisées pour faire une approximation de la qualité de l'alimentation¹¹⁶. Selon des données récentes⁴⁴⁹, le pourcentage de Canadiens âgés de 12 ans et plus qui indiquent consommer des fruits et des légumes au moins cinq fois par jour a augmenté de 2003 à 2009, mais a diminué depuis. Les hommes de tous les groupes d'âge ont tendance à consommer moins de fruits et de légumes.

Une façon courante de déterminer l'évolution de l'état nutritionnel consiste à examiner l'indice de masse corporelle (IMC)^{cxxi} au fil du temps. Le changement de l'IMC (poids insuffisant, embonpoint et obésité^{cxxii}) peut être attribuable à une piètre nutrition et à d'autres facteurs, comme les comportements liés à la santé (habitudes alimentaires et activité physique quotidienne) et les déterminants sociaux, environnementaux et biologiques plus globaux qui influent sur ces comportements. Selon les données de l'ESCC⁴⁴⁹, le nombre de Canadiens âgés de 18 ans et plus faisant de l'embonpoint est demeuré relativement stable au cours des 10 dernières années. Pendant cette période, le taux d'obésité a toutefois légèrement augmenté chez les hommes et les femmes, en partie en raison de la tendance mondiale que l'OMS a décrite comme une épidémie¹¹⁵.

^{cxxi} L'indice de masse corporelle (IMC) est calculé en divisant le poids du répondant (exprimé en kilogrammes) par le carré de la taille (exprimée en mètres). L'IMC est une façon de classer le poids corporel selon le risque pour la santé. D'après les lignes directrices de l'OMS et de Santé Canada, les risques suivants sont associés à chaque catégorie de l'IMC : poids normal = moindre risque; poids insuffisant et embonpoint = risque accru de développer des problèmes de santé; obésité, classe I = risque élevé; obésité, classe II = risque très élevé; obésité, classe III = risque extrêmement élevé. La définition a été modifiée en 2004 pour rendre la classification du poids corporel conforme aux nouvelles normes de l'OMS et de Santé Canada. L'indice s'applique aux personnes de 18 ans et plus, sauf aux femmes enceintes et aux personnes de moins de 3 pieds (0,914 mètre) ou de plus de 6 pieds 11 pouces (2,108 mètres).⁴⁴⁹

^{cxxii} D'après les nouvelles normes de l'OMS et de Santé Canada pour la classification du poids corporel, l'indice est : inférieur à 18,50 (poids insuffisant); 18,50 à 24,99 (poids normal); 25,00 à 29,99 (embonpoint); 30,00 à 34,99 (obésité, classe I); 35,00 à 39,99 (obésité, classe II); 40,00 et plus (obésité, classe III)⁴⁴⁹.

Selon le rapport *Obésité au Canada*, les données mesurées et autodéclarées^{cxxiii} indiquent que la prévalence de l'obésité chez l'adulte a augmenté de 1978-1979 à 2004, le quart des Canadiens étant désormais obèses (obèse, classe I : augmentation, de 11 % à 15 %; obèse, classe II : augmentation, de 2 % à 5 %; obèse, classe III : augmentation, de 1 % à 3 %)⁴⁰⁵. Pendant cette même période :

- Enfants et jeunes (âgés de 2 à 17 ans) : La prévalence de l'obésité mesurée a augmenté de 2,5 fois⁴⁰⁵. Selon le rapport *Des enfants en santé : une question de poids* (2007), « le Canada a l'un des taux [d'obésité juvénile] les plus élevés des pays développés, se classant au cinquième rang parmi 34 pays de l'OCDE », puisque « 26 % des jeunes Canadiens de 2 à 17 ans ont un surpoids ou sont obèses²⁹. » Le rapport *Pour un Canada au cœur qui bat* (2009) indique que, au moins un enfant sur quatre au Canada a un surpoids ou est obèse⁴⁷.
- Adolescents (âgés de 12 à 17 ans) : Le taux d'obésité a triplé, passant de 3 à 9 %⁴⁰⁵.
- Même si l'obésité mesurée a augmenté au cours des dernières décennies, de 2000 à 2008 l'obésité autodéclarée chez les jeunes âgés de 12 à 17 ans a été relativement stable. Comme c'est le cas chez les adultes, la prévalence de l'obésité autodéclarée est généralement plus faible que les estimations mesurées⁴⁰⁵.
- Personnes âgées : L'obésité est plus fréquente jusqu'à l'âge de 65 ans environ et, même s'il y a une plus grande prévalence chez les hommes que chez les femmes, cette observation est influencée par le groupe d'âge et la méthode de déclaration (autodéclaration ou mesure). Par ailleurs, les femmes sont plus susceptibles que les hommes de se retrouver dans les catégories d'obésité de classe II et de classe III⁴⁰⁵.

ÉTAT NUTRITIONNEL DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS

Les évaluateurs ont eu beaucoup plus de difficultés à déterminer l'évolution de l'état nutritionnel des membres des Premières Nations vivant dans les réserves et de ceux des collectivités inuites (voir le résultat intermédiaire 1). Ils ont déterminé que l'insécurité alimentaire et les facteurs qui y contribuent (p. ex. pauvreté, coût élevé des aliments, changements environnementaux et restrictions gouvernementales) ont une incidence sur les choix alimentaires des Premières Nations et des Inuits et donc sur l'état nutritionnel^{cxxiv}. Les données semblent indiquer que ces populations ont un apport faible en certaines vitamines et certains minéraux importants et un apport en sodium élevé; cela va de pair avec une consommation de fruits et légumes et de lait et substituts en deçà de l'apport recommandé dans le *Guide alimentaire canadien* et une consommation accrue d'« aliments à consommer en quantités limitées » :

- À la lumière des données existantes, de nombreux adultes ont un apport insuffisant en calcium, en vitamine A et en vitamine D^{448,56,55}.
- On s'inquiète du fait que les adultes ne comblent peut-être pas leurs besoins en potassium et en fibres⁵⁵.

^{cxxiii} Selon le rapport, les taux d'obésité autodéclarée sont inférieurs (17 %) aux estimations mesurées.

^{cxxiv} Les habitudes alimentaires observées chez les Autochtones peuvent être étroitement liées à l'insécurité alimentaire et à un statut socioéconomique faible, ce qui touche en général beaucoup plus les Autochtones que les non-Autochtones au Canada. Selon l'étude et la sous-population autochtone, l'insécurité alimentaire est de trois à six fois plus élevée dans les ménages autochtones que dans les ménages non autochtones, et le problème touche particulièrement les collectivités du Nord et les collectivités isolées^{55,56,89,304}.

- L'apport en sodium observé chez les adultes est associé à un risque accru d'effets indésirables sur la santé⁵⁵.

En ce qui a trait à l'IMC, les sources examinées ont permis de cerner un certain nombre de préoccupations :

- Selon les estimations découlant des analyses de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations 2002-2003, 37 % des adultes âgés de 18 ans et plus faisaient de l'embonpoint et 36 % étaient obèses; 28 % des adolescents âgés de 12 à 17 ans faisaient de l'embonpoint et 14 % étaient obèses; 29 % des enfants âgés de 9 à 11 ans faisaient de l'embonpoint et 26 % étaient obèses; 13 % des enfants âgés de 3 à 5 ans faisaient de l'embonpoint et 49 % étaient obèses⁹⁶.
- Selon l'Enquête régionale sur la santé des Premières nations 2008-2010, 34 % des adultes faisaient de l'embonpoint et 35 % étaient obèses; 30 % des adolescents faisaient de l'embonpoint et 13 % étaient obèses; 20 % des enfants âgés de 2 à 11 ans faisaient de l'embonpoint et 42 % étaient obèses⁹⁷.
- Selon la recherche sur l'opinion publique menée en 2008, les membres des Premières Nations vivant dans les réserves considéraient que le manque d'exercice (30 %), la restauration rapide (24 %) et la mauvaise alimentation (12 %) étaient les principales causes de l'obésité dans leurs collectivités¹⁹⁶.
- Selon l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2006, 24 % des adultes inuits et 26 % des enfants âgés de 6 à 14 ans étaient obèses⁴⁰⁵.
- Les résultats de l'Enquête sur la santé des Inuits 2007-2008, menée dans cinq régions inuites, montraient que 28 % des Inuits de ces régions faisaient de l'embonpoint et que 35 % étaient obèses⁸⁸. Selon la Nunavik Inuit Health Survey, 30 % des Inuits faisaient de l'embonpoint et 28 % étaient obèses³⁷⁶.
- Les résultats de la Nunavut Inuit Child Health Survey 2007-2008 ont permis d'estimer que 39 % des enfants inuits âgés de 3 à 5 ans faisaient de l'embonpoint et que 28 % étaient obèses⁸⁹. Chez les enfants, 35 % de l'apport énergétique provenaient d'aliments peu nutritifs, notamment les jus en poudre, les jus et les boissons de fruits, les produits de boulangerie très sucrés et les collations très grasses ou salées; 15 % de l'apport énergétique provenait de boissons très sucrées³³⁶.

Résultat à long terme 2 : Diminution des maladies d'origine alimentaire et nutritionnelle

Dans quelle mesure les activités du programme ont-elles contribué à la diminution des maladies d'origine alimentaire et nutritionnelle?

Le nombre de cas de maladie d'origine alimentaire semble avoir diminué au cours de la dernière décennie. Les données établissant un lien direct entre la nutrition et les maladies étaient limitées. Au sein de la population générale, les taux d'hypertension et de diabète, deux affections chroniques liées à la nutrition, ont augmenté au cours de la dernière décennie. En ce qui concerne les membres des Premières Nations vivant dans les réserves, le taux de diabète est élevé comparativement à celui de la population canadienne générale, mais il ne semble pas avoir augmenté au cours des dernières années, tout comme le taux d'hypertension. Les taux de diabète et d'hypertension chez les populations inuites ressemblent à ceux enregistrés chez la population canadienne générale.

MALADIES D'ORIGINE ALIMENTAIRE ET NUTRITIONNELLE AU SEIN DE LA POPULATION GÉNÉRALE

Comme il a été expliqué dans la section portant sur le résultat intermédiaire 2, les données de C-EnterNet et de Maladies à déclaration obligatoire en direct de l'Agence de la santé publique du Canada semblent indiquer que le nombre de cas de maladie entérique faisant l'objet d'un suivi a diminué; cette tendance semble correspondre à une légère diminution du nombre d'enquêtes sur la salubrité des aliments et de rappels d'aliments effectués par l'ACIA au cours de la même période, comme il est indiqué dans le **Table 17**^{39,40,41,451,450}.

Table 17 Enquêtes sur la salubrité des aliments et rappels d'aliments effectués par l'ACIA de 2000-2001 à 2011-2012

Mesure	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Total	TCAC ^{cxxv}
Enquêtes (tous les types)	3 889	4 462	4 961	4 526	4 223	2 675	3 104 ^{cxxvi}	3 040	3 439	2 904	2 956	2 808	42 987	-3 %
Rappels	353	481	381	343	253	259	246	218	236	212	264	301	3 547	-1 %

Bon nombre de maladies d'origine nutritionnelle sont des affections chroniques, comme l'hypertension, le diabète et les maladies du cœur, et, bien qu'elles puissent être causées par une mauvaise nutrition, elles peuvent également être liées à de nombreux autres facteurs, y compris les comportements liés à la santé et des déterminants sociaux, environnementaux et biologiques plus globaux. Même si les évaluateurs ont trouvé peu de données probantes établissant un lien direct entre la nutrition et les affections chroniques (p. ex. enrichissement de certains aliments en acide folique associé à une diminution du taux d'anomalies du tube neural au Canada), on présume que la nutrition joue un rôle et que les personnes ayant un poids insuffisant, faisant de l'embonpoint ou qui sont obèses sont plus à risque sur le plan de la santé et peuvent développer ces maladies. Comme il a été mentionné précédemment, le quart des Canadiens étaient obèses en 2004; cependant, 36 % des Canadiens faisaient de l'embonpoint, c'est-à-dire qu'environ 60 % des Canadiens « se trouvaient donc dans une fourchette de poids qui augmentait le risque de manifester des problèmes de santé^{47,462,405} ». Même si la question de l'obésité a été traitée dans la section portant sur le résultat à long terme 1, la prévalence de trois affections chroniques en 2004

^{cxxv} Taux de croissance annuel composé.

^{cxxvi} Les données différaient selon les sources : 2 915⁴¹ et 3 104⁴⁵¹. Les données de *Statistiques : Enquêtes sur la salubrité des aliments* ont été utilisées.

chez les Canadiens âgés de 18 ans et plus^{cxxvii} relativement aux catégories de l'IMC continue de soulever des préoccupations⁴⁶². Globalement, plus l'IMC augmente, plus la prévalence d'affections chroniques chez les femmes et les hommes augmente : le taux d'hypertension allait de 10 % chez les personnes ayant un poids normal à 28 à 30 % chez les personnes obèses (classe III); le taux de diabète allait de 2 % chez les personnes ayant un poids normal à 11 à 14 % chez les personnes obèses (classes II et III); les maladies du cœur touchaient 3 % des personnes ayant un poids normal et de 6 à 8 % des personnes obèses (classes II et III).

Le nombre de Canadiens âgés de 12 ans et plus ayant eu le diabète ou ayant fait de l'hypertension de 2003 à 2012 est également préoccupant⁴⁴⁹. La prévalence de ces deux affections chroniques a augmenté au cours de cette période. Encore une fois, la prévalence des deux affections chroniques a augmenté chez les femmes et les hommes pendant cette période, passant de 14 à 17 % pour l'hypertension et de 5 à 7 % pour le diabète.

MALADIES D'ORIGINE ALIMENTAIRE ET NUTRITIONNELLE DANS LES COLLECTIVITÉS INUITES ET DES PREMIÈRES NATIONS

Il existe peu de sources de données concernant les membres des Premières Nations vivant dans les réserves et ceux des collectivités inuites du Nord. Par contre, les données sur les populations vivant hors réserve étaient plus facilement accessibles, notamment grâce à l'ESCC et à l'Enquête auprès des peuples autochtones. Récemment, le nombre de sources de données semble avoir augmenté; cependant, leur portée et la stratification n'ont pas été examinées dans le cadre de l'évaluation.

Les problèmes d'obésité ont été examinés précédemment dans le présent rapport, mais d'autres maladies d'origine nutritionnelle touchent les membres des Premières Nations vivant dans les réserves et ceux des collectivités inuites, notamment le diabète et l'hypertension.

Selon l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations 2002-2003, 20 % des adultes des Premières Nations vivant dans les réserves avaient le diabète^{cxxviii}, le diagnostic étant associé à un surplus de poids⁹⁶. Dans l'Enquête régionale sur la santé des Premières nations 2008-2010, la prévalence normalisée selon l'âge du diabète chez les adultes des Premières Nations âgés de 25 ans et plus était presque demeurée la même depuis la dernière enquête, soit 21 %⁹⁷. En ce qui concerne les populations inuites, l'Enquête sur la santé des Inuits 2007-2008 a révélé que la prévalence globale était de 5 % pour les adultes inuits dans les cinq régions visées par l'enquête et que la prévalence était semblable dans les différentes régions⁸⁸.

L'hypertension est un facteur de risque des maladies du système circulatoire, comme les accidents vasculaires cérébraux et les maladies du rein, et peut être liée directement à l'apport en sodium dans le régime alimentaire. Selon l'Enquête régionale sur la santé des Premières nations 2002-2003, 20 % des adultes des Premières Nations vivant dans les réserves faisaient de

^{cxxvii} Excluant les territoires.

^{cxxviii} La prévalence du diabète était la plus faible chez les personnes âgées de 18 à 29 ans (3 %) et a augmenté chaque décennie jusqu'à atteindre un sommet de 36 % chez les personnes âgées de 55 à 64 ans (35 % chez les personnes âgées de 65 ans et plus).

l'hypertension^{cxix,96}. Les résultats de l'Enquête régionale sur la santé des Premières nations 2008-2010 présentent une prévalence générale semblable de 22 % chez les adultes⁹⁷. Parmi les hommes inuits âgés de 18 à 89 ans, 23 % faisaient de l'hypertension selon les résultats de l'Enquête sur la santé des Inuits 2008-2010³³³. Il s'agit d'une prévalence semblable à celle observée chez les hommes et les femmes inuits dans le Nord du Québec (17 %)⁸⁰.

Résultats à long terme 3 : Salubrité accrue des produits alimentaires dans le commerce international

Dans quelle mesure les activités du programme ont-elles contribué à la salubrité des produits alimentaires dans le commerce international?

Les responsables du programme ont noué des relations avec des partenaires internationaux chargés de la réglementation et participent à des forums internationaux en vue de normaliser, d'harmoniser et d'accroître la salubrité des aliments. L'adoption de normes internationales par le Canada et d'autres pays devrait contribuer à la salubrité des aliments à l'échelle mondiale.

Le degré de salubrité des aliments importés est un sujet de plus en plus préoccupant que l'on reconnaît dans les discours du Trône ainsi que dans le cadre d'initiatives (p. ex. le PASPAC) et d'études. À l'échelle internationale, les responsables du programme ont activement mobilisé des partenaires économiques (p. ex. l'Australie, le Mexique et les États-Unis) pour étudier les questions de la normalisation et de la salubrité des aliments (voir le résultat immédiat 3 et le résultat intermédiaire 3). En outre, les responsables du programme prennent part à un certain nombre de forums visant à échanger des connaissances, à obtenir un consensus et à élaborer des normes en vue d'établir une harmonisation et d'améliorer la salubrité des aliments (p. ex. Codex, FAO et OMS). Parmi ces forums, le Codex est celui servant à l'élaboration de normes internationales sur la SQNA et, bien que celles-ci n'aient pas force exécutoire, elles représentent le consensus international sur un sujet donné. L'adoption des normes du Codex et de textes connexes, surtout par des pays en développement, devrait entraîner l'amélioration de la salubrité des aliments à l'échelle mondiale et permettre aux organismes de réglementation canadiens de s'assurer que les aliments importés au Canada à partir de ces pays satisfont aux exigences réglementaires¹⁷⁰.

Résultat à long terme 4 : Perception du Canada en tant que participant responsable et expert scientifique à l'échelle internationale

Dans quelle mesure le Canada est-il considéré comme un participant actif et un expert scientifique à l'échelle internationale?

^{cxix} La prévalence augmentait avec l'âge : 8 % chez les adultes âgés de 30 à 39 ans (4 % au sein de la population canadienne générale), 16 % chez les adultes âgés de 40 à 49 ans (10 % au sein de la population canadienne générale) et 31 % chez les adultes âgés de 50 à 59 ans (22 % au sein de la population canadienne générale).

L'expertise des responsables du programme et leur contribution à la communauté internationale sont reconnues grâce à leur participation à l'élaboration de normes, à l'accueil de laboratoires et de centres collaborateurs internationaux et au partenariat visant le renforcement des capacités à l'échelle internationale.

Comme il a été mentionné précédemment (voir le résultat immédiat 3 et le résultat intermédiaire 3), les responsables du programme prennent activement part à plusieurs forums internationaux (p. ex. Codex, OMS et FAO) et collaborent avec d'autres organismes de réglementation internationaux dans le cadre d'initiatives bilatérales et multilatérales (p. ex. réunions quadrilatérales et Conseil de coopération en matière de réglementation). Grâce à ces activités, les responsables du programme cherchent à faire progresser les efforts déployés à l'échelle internationale pour l'établissement de normes, l'équivalence et l'harmonisation.

La participation des responsables du programme à l'élaboration de normes dans des domaines liés à l'innocuité microbienne et à la sécurité chimique des aliments ainsi qu'à la nutrition a mis en évidence leur expertise et leur contribution aux efforts internationaux, par exemple :

- Codex
 - o Norme pour les préparations destinées aux nourrissons et les préparations données à des fins médicales spéciales aux nourrissons¹⁶³.
 - o Avant-projet de Code de pratiques d'hygiène pour les préparations en poudre pour nourrissons et enfants en bas âge¹⁶⁸.
 - o Normes pour contrôler la présence de mélamine dans les produits destinés à la consommation humaine et à la consommation animale à l'échelle mondiale²²⁵.
 - o Niveaux maximaux pour le désoxynivalénol (DON) et ses dérivés acétylés dans les céréales et les produits à base de céréales^{135,66}.
 - o Conseils en matière d'évaluation du risque des organismes d'origine alimentaire résistant aux antimicrobiens.
- OMS et FAO
 - o Travaux sur la toxicologie de l'acrylamide et l'exposition à cette substance dans le cadre du régime alimentaire (p. ex. isolement du principal mécanisme de création de l'acrylamide et des facteurs de contribution connexes).
 - o Monographies concernant le furane et les glycosides cyanogènes²⁸⁵.
 - o Consultation d'experts pour l'examen des aspects toxicologiques et liés à la santé du BPA (y compris les matériaux d'emballage des aliments)⁴⁸⁸.
 - o Collaboration avec le FERG en ce qui concerne les rapports d'estimation, les examens épidémiologiques et les modèles d'estimation et d'attribution des causes⁴⁹¹.
- OCDE
 - o Collaboration avec le Groupe d'étude sur la sécurité des nouveaux aliments destinés à la consommation humaine et animale de l'OCDE à une directive harmonisée sur l'évaluation des produits et des processus découlant des technologies modernes et novatrices³⁷⁸.
- Validation par l'AOAC de la méthode élaborée par la DA pour mesurer les gras trans dans les aliments³³⁹.
- Collaboration avec le Food and Nutrition Board de l'Institute of Medicine pour établir des ANREF à jour pour le Canada et les États-Unis⁴⁷³.

- Consultation par l'UE des études et des lignes directrices canadiennes pour orienter le plan européen proposé pour harmoniser les normes relatives aux exigences liées aux micronutriments¹⁶.
- Mention par la FAD des États-Unis du financement conjoint des États-Unis et de Santé Canada concernant l'élaboration de normes de référence harmonisées pour l'étiquetage des aliments²⁴.
- Coordination par le laboratoire de recherche de la DGSPNI d'un programme international d'assurance de la qualité des mesures du mercure dans les cheveux.

Dans le cadre du programme, on accueille un certain nombre de laboratoires de référence et de centres collaborateurs internationaux dans les domaines suivants :

- Centres collaborateurs de l'OMS⁴⁸⁶
 - o Surveillance de la contamination des aliments (Santé Canada).
 - o Virus d'origine alimentaire (Santé Canada)^{cxxx}.
 - o Politique relative aux maladies non transmissibles (Agence de la santé publique du Canada).
 - o Détection, diagnostic, référence et recherche concernant les maladies émergentes et les zoonoses (Agence de la santé publique du Canada).
 - o Préparation et réponse aux pathogènes entériques et à leur résistance aux antimicrobiens (Agence de la santé publique du Canada).
- Laboratoire de référence de l'Organisation mondiale de la Santé animale (OIE)⁴⁹².
 - o Laboratoire de lutte contre les zoonoses d'origine alimentaire – salmonellose (Agence de la santé publique du Canada).

Dans le cadre du programme, on effectue des échanges de personnel de laboratoire (avec la Corée et la Chine) et on fournit une aide technique et mène des initiatives de renforcement des capacités pour les pays en développement en matière de salubrité des aliments (p. ex. dans le cadre des obligations du Canada aux termes de l'Accord sur l'application des mesures sanitaires et phytosanitaires de l'Organisation mondiale du commerce [OMC] et de l'Accord sur les obstacles techniques au commerce de l'OMC, et à l'appui des initiatives de l'OMS visant à aider les pays à mettre sur pied des réseaux de laboratoire pour la surveillance de la résistance aux antimicrobiens).

Certaines personnes interviewées dans le cadre de l'évaluation (y compris des participants clés du programme, des partenaires et des intervenants) considéraient que le Canada était bien perçu, respecté et reconnu à l'échelle internationale. Elles étaient également d'avis que le Canada était considéré comme un bon collaborateur qui agissait à titre de modérateur et favorisait l'obtention de consensus. Cependant, certaines personnes interviewées étaient préoccupées par la moins grande présence du Canada à l'échelle internationale en raison d'un manque de ressources financières.

^{cxxx} Ce centre collaborateur est en voie d'être transféré à Santé Canada.

Résultat à long terme 5 : Présence d'un système de SQNA durable et intégré au Canada

Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à la mise en place d'un système de SQNA durable et intégré au Canada?

Par son approche axée sur la consultation et la collaboration, le programme vise à mobiliser l'ensemble des partenaires et des intervenants et devrait continuer à renforcer l'intégration des systèmes. Des directives gouvernementales sont en place pour veiller à l'adoption d'une approche d'élaboration de règlements axée sur la consultation, la coordination et la coopération. Les récentes modifications apportées à la LAD et les plans stratégiques du programme devraient améliorer le degré d'adaptabilité du cadre réglementaire.

CONSULTATION ET COLLABORATION AVEC LES PARTICIPANTS CLÉS DU PROGRAMME, LES PARTENAIRES ET LES INTERVENANTS

L'évaluation a permis de recenser de nombreuses approches utilisées par les responsables du programme pour mobiliser les partenaires et les intervenants en vue de communiquer, de collaborer et d'intégrer de multiples points de vue (voir le résultat immédiat 5 et le résultat intermédiaire 4); celles-ci comprennent notamment les comités composés de représentants FPT et d'intervenants, les initiatives d'élaboration de politiques et de règlements, les ateliers, les réunions bilatérales ou auxquelles participent de multiples organismes et les consultations.

Les personnes interviewées dans le cadre de l'évaluation se sont dites relativement satisfaites des efforts déployés dans le cadre du programme en ce qui a trait à la collaboration et à la consultation, et on s'attend à ce que les efforts continus pour mobiliser les partenaires de la salubrité des aliments continueront de fournir des occasions de consultation et de collaboration (p. ex. par l'entremise du CSAG et du CSA, du CCEA et des réunions des intervenants de la chaîne d'approvisionnement alimentaire, ainsi que des consultations continues sur la modernisation de la réglementation). On s'attend également à ce que le PASPAC, qui est axé sur la consultation et la communication avec l'industrie et les Canadiens dans le cadre de ses stratégies de prévention actives, contribue à ces efforts. Néanmoins, il faudra évaluer les résultats de toutes ces initiatives pour déterminer leur efficacité.

L'évaluation a permis de cerner un certain nombre de problèmes concernant la collaboration dans le cadre du processus des ESA qui entraînent des retards et des difficultés relativement à la planification et à l'établissement des priorités. Le PESA a commencé un processus de réévaluation en 2010. En octobre 2013, l'ACIA s'est jointe au portefeuille de la Santé. Un décret récent a désigné le ministre de la Santé comme le ministre compétent pour l'ACIA aux fins de l'application de la *Loi sur la gestion des finances publiques*³⁸¹.

En ce qui a trait à la question de la collaboration et de la consultation se rattachant à l'élaboration des ERS en réponse aux demandes de l'ACIA, les personnes interviewées dans le cadre de l'évaluation considéraient que la relation de travail entre Santé Canada et l'ACIA était satisfaisante.

DEGRÉ D'INTÉGRATION DES RÉSULTATS DES CONSULTATIONS DANS LES POLITIQUES, LES NORMES ET LES DÉCISIONS EN MATIÈRE DE RÉGLEMENTATION

La Directive du Cabinet sur la rationalisation de la réglementation (2007)²⁷ ainsi que la plus récente Directive du Cabinet sur la gestion de la réglementation (2012)²⁶ indiquent que, en élaborant des règlements, le gouvernement fédéral va « favoriser l'accessibilité, la clarté et l'adaptabilité de la réglementation grâce à [...] la transparence, la responsabilisation et les examens par le public » et « garantir la rapidité d'action, la cohérence des politiques et un minimum de chevauchement des efforts tout au long du processus de réglementation grâce à la consultation, à la coordination et à la coopération au sein du gouvernement fédéral, avec d'autres gouvernements [et d'autres administrations] au Canada et à l'étranger, ainsi qu'avec les entreprises et les Canadiens ». L'évaluation a relevé un certain nombre de lignes directrices, de normes, de cadres et de politiques concernant des secteurs très prioritaires qui ont été touchés ou élaborés en raison des avancées de la recherche sur la réglementation et de la recherche scientifique ou à la suite de consultations (voir le résultat immédiat 4).

DEGRÉ D'ADAPTABILITÉ DU CADRE RÉGLEMENTAIRE

Le degré d'adaptabilité du cadre réglementaire pour la SQNA est remis en question depuis un certain nombre d'années :

- Dès 1999, un article d'opinion de l'industrie paru dans une revue de l'industrie alimentaire canadienne indiquait qu'il était nécessaire de mettre en place une procédure d'approbation accélérée pour introduire des produits sur le marché, affirmant que l'Europe, le Japon et les États-Unis étaient bien en avance sur le Canada relativement aux règles de procédure pour l'introduction de produits⁸⁷.
- Le document *A review of Canadian food safety policy and its effectiveness in addressing health risks for Canadians* (2002) a révélé que les responsables de la réglementation sur la salubrité des aliments n'arrivaient pas à suivre le rythme des nombreux changements apportés, surtout parce que l'approche relative à l'évaluation des risques ne permettait pas de déterminer adéquatement ni d'atténuer les dangers non aigus. On a constaté que l'approche ne permettait pas de bien mesurer les avantages des nouvelles technologies ou de comparer leur rendement à d'autres approches afin d'atténuer les dangers³⁵⁶.
- Dans un rapport de 2006 intitulé *Produits alimentaires et de consommation du Canada*, quatre grands problèmes ont été cernés concernant l'environnement réglementaire au Canada⁹⁹ :
 - o Les délais d'approbation sont habituellement de trois à cinq ans en raison d'un lourd système pour les changements réglementaires. Certaines approbations ne sont jamais obtenues.
 - o De petites distinctions au chapitre de la réglementation entre le Canada et notre partenaire commercial le plus important empêchent les entreprises canadiennes d'affronter la concurrence pour obtenir l'exclusivité d'un produit en Amérique du Nord.
 - o Le manque de capacités et d'adaptation au sein de Santé Canada fait en sorte qu'il faut plusieurs années pour établir des politiques proactives, notamment en ce qui a trait à l'enrichissement alimentaire et aux allégations relatives à la santé.

- o La réglementation est un déterminant de rendement économique et de concurrence très important. Les indicateurs économiques clés de l'industrie alimentaire montrent certaines tendances troublantes.
- Un article paru en 2007 dans une revue spécialisée et portant sur les sources de fibres nouvelles indiquait qu'il fallait raccourcir le délai d'introduction de produits sur le marché. L'article présentait des exemples de cas où de nouveaux produits de fibre canadiens étaient acceptés aux États-Unis et introduits sur le marché 10 ans avant que l'approbation soit accordée au Canada. L'article laissait entendre que le processus d'approbation réglementaire de Santé Canada devait suivre ce qui se faisait dans le reste du monde⁹⁸.
- Les auteurs d'un rapport de 2008 intitulé *Produits alimentaires et de consommation du Canada* et portant sur le système de réglementation du pays ont tiré les conclusions suivantes¹⁰⁰ :
 - o Le Canada n'était pas concurrentiel, et son système de réglementation des aliments était moins avancé que celui des pays chefs de file dans le domaine.
 - o Le système du Canada, en plus d'être en retard sur les autres, était très coûteux.
 - o Il fallait moderniser le système de réglementation du Canada.
 - o Le manque d'occasions de commercialisation engendrait le déclin du secteur.
 - o Il n'y avait pas de données probantes permettant d'établir un lien entre les retards et les mesures visant à améliorer la santé et la sécurité des Canadiens.
- Dans un rapport de 2008 sur 12 études de cas, on estimait que les coûts engagés par les entreprises alimentaires (p. ex. les coûts directs, les coûts d'option des entreprises de fabrication de produits alimentaires cherchant à créer de nouveaux produits ou à mettre en marché des produits visés par des allégations relatives à la santé, les ventes perdues potentielles pour les détaillants en raison de la faible accessibilité des produits et les ventes perdues potentielles pour les producteurs primaires) s'élevaient à plus de 440 millions de dollars en raison des retards découlant du régime de réglementation actuel et étaient liés aux piètres processus administratifs et à l'absence d'un cadre décisionnel¹⁰⁰.
- Le rapport *Canadian food regulatory outlook 2008-2009* (2009) décrit la faible progression de l'étiquetage des allergènes et des produits biologiques et fait valoir que les politiques sur l'enrichissement alimentaire sont trop rigides¹²¹.
- Une enquête menée en 2011 sur les connaissances, les attitudes et les comportements des Canadiens concernant la salubrité des aliments ($n_1=1\ 003$, $n_2=1\ 001$, $n_{\text{groupes de discussion}} \sim 36$) a révélé que, même si 89 % des Canadiens avaient au moins modérément confiance dans le système alimentaire, on s'inquiétait de la surcharge que subissait ce système³⁴³.
- Selon le PASPAC, les toxi-infections d'origine alimentaire, les rappels d'aliments majeurs et l'intérêt accru des consommateurs et des médias à l'égard de la salubrité des aliments importés ont soulevé des questions sur l'intégrité des systèmes d'assurance de la salubrité des aliments au Canada et à l'étranger^{cxxxii}.

Bon nombre des personnes interviewées dans le cadre de l'évaluation étaient d'avis que la LAD et le RAD n'étaient pas adéquats et étaient dépassés. Elles considéraient que le RAD était soit trop normatif, soit trop vague, ce qui nécessitait parfois une interprétation juridique entraînant de nombreuses exceptions et exemptions et un manque de cohérence entre les participants clés du programme (p. ex. entre Santé Canada et l'ACIA). Les personnes interviewées étaient également

^{cxxxii} Documents gouvernementaux officiels.

d'avis que le RAD ne reflétait pas les avancées du marché, notamment en raison d'un long processus de modification (p. ex. la publication dans les parties I et II de la *Gazette du Canada* peut prendre de deux à cinq ans) qui empêche la réglementation de suivre le rythme des avancées scientifiques, ce qui la rend dépassée.

En ce qui a trait au processus de modification réglementaire, les personnes interviewées ont précisé que certaines propositions réglementaires ne progressaient pas ou que le processus de modification était trop long (p. ex. enrichissement alimentaire, jus de fruits pasteurisés, irradiation des aliments, allergènes, étiquetage, allégations relatives à la santé, additifs alimentaires et AMP, pour ne nommer que ceux-là) en raison des facteurs suivants :

- Le manque de ressources, surtout de nature juridique.
- Le fait que le renouveau législatif n'est plus actif, ce qui a entraîné le recommencement du processus pour bon nombre de propositions.
- Le manque de compréhension du processus de réglementation à l'interne (p. ex. un projet peut entraîner de nombreuses modifications).
- L'accent mis sur des questions ayant peu de répercussions, ce qui enlève des ressources pour le traitement des questions ayant une grande incidence.
- Les préoccupations d'ordre politique.

Les personnes interviewées croyaient également que la longue modernisation de la réglementation entretenait le manque de clarté du cadre réglementaire. Dans certains cas, la situation semble avoir poussé l'industrie à trouver d'autres façons de faire valoir ses préoccupations (p. ex. demandes de l'industrie présentées ou présentées à nouveau pour une évaluation préalable à la mise en marché en tant que produit de santé naturel [PSN]). En plus de toucher l'industrie, cela a entraîné des problèmes au chapitre de l'application de la loi.

Pour leur part, les responsables du programme se sont engagés à s'attaquer à plusieurs des problèmes ci-dessus, notamment par les stratégies, les initiatives et les changements réglementaires suivants qui visent à moderniser le système :

- Voici un des objectifs du Plan de renouveau : « Santé Canada établira et mettra en œuvre un cadre de réglementation moderne, efficace et proactif pour les aliments qui protégera et favorisera la santé humaine, répondra aux nouveaux défis en matière de salubrité des aliments et de nutrition et qui minimisera les retards inutiles dans l'introduction sur le marché canadien d'aliments et produits alimentaires sûrs¹⁷⁵. »
- Une des stratégies du Plan d'activités 2007-2008 de la DGPSA et de la feuille de route de celle-ci pour 2007-2012 était de « promouvoir la santé grâce à la modernisation du système réglementaire pour les aliments et une approche proactive relative à la nutrition^{174,172}. »
- La Stratégie de modernisation de la réglementation sur les aliments et la nutrition de Santé Canada comporte quatre objectifs¹⁹¹ :
 - o « Améliorer la prévisibilité, l'efficacité, l'efficience et la transparence du système de réglementation des aliments de Santé Canada. »
 - o « Promouvoir la souplesse de la réglementation à l'égard de l'innovation alimentaire et favoriser l'accès des consommateurs aux aliments dont les avantages pour la santé ont été évalués. »

- o « Moderniser les outils de réglementation pour s'attaquer aux aliments qui contribuent aux maladies chroniques. »
- o « Améliorer la capacité de Santé Canada de réagir aux risques aigus pour la santé liés à la salubrité des aliments – et de réagir à de nouvelles menaces tout en gérant les risques permanents. »
- Le PASPAC « comprend diverses initiatives en vue de moderniser et de renforcer la salubrité du système d'assurance de la salubrité des aliments et des produits de santé et de consommation au Canada ». En ce qui concerne la modernisation du système d'assurance de la salubrité des aliments, le PASPAC souligne que le système « [...] doit donner "de nouveaux et meilleurs renseignements sur les risques associés aux aliments sur le marché canadien et faire intervenir l'industrie et les Canadiens dans le traitement de ces risques". Le Plan d'action souligne en outre la nécessité d'améliorer les politiques, les normes et les processus tout comme la collaboration avec les partenaires internationaux afin de renforcer la prévention des problèmes liés à la salubrité des aliments¹⁹¹. »
 - o Cependant, le cadre de responsabilisation et de gestion axée sur les risques du PASPAC n'est pas complet en ce qui a trait aux mesures de l'efficacité, de la transparence et de la prévisibilité. Il ne présente que les deux indicateurs suivants relativement au résultat visant à améliorer le potentiel d'avoir un accès plus rapide à des aliments qui respectent les normes prévues : « pourcentage et diversité des nouvelles [demandes] traitées dans les délais prévus par les normes » et « recherche sur les politiques et les [résumés de l'étude d'impact de la réglementation]¹²⁷ ».
 - o Les modifications récentes (2012) apportées à la LAD pour intégrer un nouveau cadre d'autorisation de mise en marché et un nouveau pouvoir d'incorporation par renvoi devraient permettre à Santé Canada d'atténuer certaines de ces préoccupations. Le nouveau cadre d'autorisation de mise en marché accélérera l'approbation réglementaire des substances (p. ex. additifs alimentaires) et des allégations utilisées sur les aliments et les étiquettes des aliments, tandis que l'incorporation par renvoi permettra des renvois statiques ou dynamiques élargis à des documents produits à l'interne et à l'externe dans le cadre de la réglementation afin de raccourcir le processus de modification réglementaire lié à la mise à jour des listes figurant dans le RAD (p. ex. additifs alimentaires, limites maximales des contaminants chimiques, etc.)^{12,425}.
- L'approbation récente (2012) du projet de loi S-11 *Loi sur la salubrité des aliments au Canada*, qui est axé sur la prévention, une traçabilité accrue et les aliments importés, permettra de répondre à certaines des préoccupations liées aux mesures de surveillance et de contrôle³¹.

4.5 Rendement : Question 5 – Démonstration de l'efficacité et de l'économie

A-t-on envisagé d'autres structures de prestation dans le cadre de la mise en œuvre et de la prestation du programme? Les responsables du programme ont-ils conçu et mis en œuvre une stratégie de mesure du rendement? Le budget affecté au programme et les dépenses dans le cadre de ce dernier ont-ils permis de réaliser les résultats du programme?

Les données financières et sur le rendement du programme étaient insuffisantes pour pouvoir démontrer adéquatement l'efficacité et l'économie. Il existe un certain nombre de secteurs du programme où des problèmes de rendement pourraient influencer sur l'efficacité. D'autres structures de prestation axées sur le partage des ressources (p. ex. partenariats, sous-traitance et recouvrement des coûts) pourraient peut-être améliorer l'efficacité si elles étaient pleinement mises en œuvre.

La Directive sur la fonction d'évaluation (2009) du Conseil du Trésor du Canada et la directive intitulée *Examiner l'utilisation des ressources des programmes dans le cadre de l'évaluation des programmes fédéraux* (2013) définissent la démonstration de l'efficacité et de l'économie comme « une évaluation de l'utilisation des ressources relativement à la production des extrants et aux progrès réalisés concernant l'atteinte des résultats escomptés^{81,53} ». Cette évaluation est fondée sur l'hypothèse selon laquelle les ministères et organismes disposent de systèmes de mesure du rendement normalisés et les systèmes financiers établissent des liens entre les renseignements sur les coûts du programme et des intrants, des activités, des extrants et des résultats escomptés précis.

La structure des renseignements financiers détaillés fournis pour le programme n'a pas permis d'évaluer si les extrants du programme ont été produits avec efficacité ou si les résultats escomptés ont été réalisés de façon économique. Plus précisément, le manque de données sur les coûts relatifs aux extrants et aux résultats a nui à la capacité de recourir à des approches de comparaison des coûts. En ce qui concerne l'évaluation de l'économie, les difficultés concernant le suivi du financement au sein de l'enveloppe générale du programme ont limité l'évaluation. Compte tenu de ces problèmes, l'évaluation fournit des observations sur l'économie et l'efficacité à la lumière des conclusions découlant de l'examen des documents, d'une étude de cas sur des programmes de SQNA semblables dans d'autres pays, des entrevues et des données financières existantes.

OBSERVATIONS SUR L'EFFICACITÉ

Les constatations analysées précédemment sous chaque résultat de l'évaluation ont soulevé un certain nombre de questions qui peuvent avoir une incidence sur l'efficacité dans divers secteurs du programme. En raison d'une insuffisance de données sur les intrants (p. ex. ETP et budget) affectés à ces secteurs, il est seulement possible d'évaluer les secteurs de préoccupation suivants en fonction des observations générales sur le rendement :

- Demandes préalables à la mise en marché

- o Les évaluations des demandes ne sont pas effectuées dans les délais prescrits, et les données existantes indiquent une augmentation du nombre de demandes en attente de traitement. Le volume de certains types de demandes a augmenté grandement (p. ex. matériaux d'emballage des aliments – de 2 035 demandes à la fin de l'exercice 2011-2012 à 3 186 demandes à la fin de l'exercice 2012-2013). Bon nombre d'évaluations sont en attente de traitement depuis plusieurs années. On ne sait pas encore de quelle façon les changements mis en œuvre récemment par la DA influenceront sur ces tendances.
- ERS
 - o Les ERS menées en réponse aux demandes de l'ACIA sont effectuées selon les normes établies, mais certaines préoccupations pouvant influencer sur l'efficacité future demeurent (p. ex. problèmes liés à l'infrastructure de TI, processus recourant largement au papier).
- Communications
 - o Les produits de communication et les activités de mobilisation ne font pas l'objet d'évaluations de l'incidence, mais celles-ci permettraient aux responsables du programme de déterminer leur efficacité et donc d'évaluer les gains ou les pertes sur le plan de l'efficacité. Cela s'applique surtout à l'importante présence en ligne de Santé Canada.
- Réglementation
 - o Le long processus de modification réglementaire pourrait avoir une incidence sur le rendement du programme et de l'industrie (p. ex. modifications réglementaires concernant les agents technologiques alimentaires), et le manque de ressources humaines pourrait aggraver ce problème.
 - o Les personnes interviewées dans le cadre de l'évaluation ont précisé que certaines propositions réglementaires ne progressaient pas ou que le processus de modification était trop long (p. ex. enrichissement alimentaire, jus de fruits pasteurisés, irradiation des aliments, allergènes, étiquetage, allégations relatives à la santé, additifs alimentaires et AMP, pour ne nommer que ceux-là) en raison de plusieurs facteurs (p. ex. ressources humaines limitées).

Les évaluateurs ont examiné d'autres structures de prestation au moyen de consultations auprès du personnel du programme et d'études de cas comparatives sur des programmes semblables dans d'autres pays. Les sous-sections qui suivent présentent les leçons apprises à cet égard.

Restructuration organisationnelle

Parmi les pays examinés dans le cadre de l'étude de cas sur les programmes de SQNA (c.-à-d. Canada, Australie, Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni et États-Unis), tous, à l'exception des États-Unis, avaient entrepris une restructuration de leurs systèmes d'assurance de la salubrité des aliments pendant l'évaluation. Les motifs de la restructuration variaient d'un pays à l'autre et comprenaient diverses combinaisons des facteurs suivants : simplification de systèmes non efficaces, diminution du double emploi ou du chevauchement des activités, diminution des coûts ou restauration de la confiance du public. Ces processus de restructuration ont engendré les deux approches suivantes en ce qui concerne la mise en œuvre de programmes : 1) une approche multiple dans le cadre de laquelle de nombreuses organisations remplissent des rôles précis et

complémentaires, par exemple celle adoptée par le Canada, le Royaume-Uni (p. ex. la FSA du R.-U., le Department for Environment, Food and Rural Affairs du Royaume-Uni [DEFRA du R.-U.] et Health and Safety Executive du Royaume-Uni [HSE du R.-U.]) et les États-Unis (p. ex. la FDA des É.-U., les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis [CDC des É.-U.] et l'EPA des É.-U.); 2) une approche regroupée en vertu de laquelle la plupart ou l'ensemble des fonctions sont assumées par une seule organisation ou agence (p. ex. FSANZ et la Food Safety Authority de la Nouvelle-Zélande). Dans tous les cas, sauf pour la Nouvelle-Zélande, les pesticides sont administrés par des organismes ou des autorités distincts (c.-à-d. l'ARLA, la Pesticides and Veterinary Medicines Authority de l'Australie, HSE du R.-U. et l'EPA des É.-U.).

Pour tous les pays ayant procédé à une restructuration du système (y compris le Canada), les processus de restructuration ont entraîné des changements des systèmes de réglementation, ce qui a mené à la division des fonctions d'évaluation des risques et de gestion des risques. Cependant, il y a peu de données probantes démontrant la façon dont cette séparation a influé sur l'efficacité des groupes chargés de l'élaboration des politiques, de l'évaluation des risques et de la gestion des risques, en particulier sur la façon dont les groupes ont modifié et maintenu les liens entre eux et avec les responsables des événements de première ligne. Un rapport du Government Accountability Office des États-Unis intitulé *Experiences of Seven Countries in Consolidating Their Food Safety Systems* (2005) (y compris le Canada, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni) a indiqué qu'aucun des pays n'avait effectué d'analyse pour comparer l'efficacité et l'efficience de son système intégré d'assurance de la salubrité des aliments par rapport à celles du système antérieur⁴⁸².

Partenariats public-privé

En règle générale, les partenariats de recherche entre les participants clés du programme et d'autres secteurs, notamment les universités ou l'industrie, sont limités ou non existants. Le programme n'utilise pas de subventions pour favoriser la recherche dans les secteurs d'intérêt, comme le font d'autres organismes de réglementation^{cxxxii}. Certains représentants de la DA interviewés ont indiqué qu'il n'y avait pas de partenariat en raison des différents objectifs de la recherche gouvernementale et de la recherche effectuée par les universités ou l'industrie. Ils considéraient également que la collaboration avec les universités était coûteuse et que l'utilisation des résultats était limitée, probablement en raison des droits de propriété intellectuelle. Certains représentants de la DGSPNI interviewés ont parlé d'occasions où on avait cherché à conclure des partenariats, lesquels avaient donné de bons résultats (p. ex. les travaux sur le programme Aliments-poste et le programme Nutrition Nord Canada qui l'a remplacé et LifeLine). Enfin, quelques représentants de l'Agence de la santé publique du Canada interviewés ont affirmé que l'on s'efforçait de conclure des partenariats dans le domaine de la recherche, mais que cela était ardu; ils étaient également préoccupés par la perte d'expertise scientifique au sein de l'Agence.

^{cxxxii} Certains des organismes internationaux examinés ont accès à des programmes de subventions et de partenariat; par exemple la FDA des États-Unis offre diverses bourses et subventions (p. ex. pour la surveillance de la salubrité des aliments dans les domaines liés à la microbiologie, à la chimie et à la radiologie)⁴⁸¹. Par ailleurs, le CFSSAN compte sur une collaboration structurée continue avec de multiples universités et centres d'excellence⁵⁴.

Recherche interne ou externe

L'ampleur de l'impartition de la recherche varie d'un participant clé du programme à l'autre. La DA y a peu recours, car il y a un manque de ressources financières affectées à l'impartition des travaux et aux dépenses connexes (p. ex. préparation des demandes de proposition, examen des propositions et temps de déplacement, car l'expertise se trouve souvent à l'extérieur de la région de la capitale nationale); on perçoit un manque de viabilité, puisque l'expertise multidisciplinaire nécessaire pour certains projets ne peut être trouvée dans les universités ou l'industrie; il y a des risques apparents concernant la crédibilité (compétence de l'entrepreneur) et la confidentialité.

Recouvrement des coûts

La majorité des activités du programme ne font pas l'objet d'un recouvrement des coûts. L'examen de programmes semblables dans d'autres pays a révélé ce qui suit.

- En Australie, en Nouvelle-Zélande, au Royaume-Uni et aux États-Unis, il y a des frais pour l'évaluation de certaines demandes préalables à la mise en marché présentées par l'industrie alimentaire. Les motifs du recouvrement des coûts sont liés à la complexité des demandes (p. ex. additifs alimentaires, aliments nouveaux), à l'avantage commercial potentiel pour le demandeur si la demande est approuvée ou au désir du demandeur d'accélérer le processus de traitement de la demande.
- Aucun pays ne recouvre les coûts pour les activités liées à la salubrité des aliments ayant trait à la surveillance et aux éclosions.
- Les activités liées aux pesticides (p. ex. évaluation des demandes, octroi de permis, renouvellement annuel) font l'objet d'un recouvrement des coûts dans tous les pays.

L'annexe 8 présente une comparaison des activités faisant l'objet d'un recouvrement des coûts dans le cadre du PSQNA du Canada et des programmes semblables en Australie, en Nouvelle-Zélande, au Royaume-Uni et aux États-Unis.

Selon certaines personnes interviewées dans le cadre de l'évaluation, des discussions ont eu lieu sur la mise en œuvre du recouvrement des coûts pour les évaluations des demandes préalables à la mise en marché; cependant, le processus n'a pas été mis de l'avant en raison de plusieurs préoccupations. L'une d'elles avait trait à l'absence d'exclusivité sur le marché (au moyen de brevets) pour la majorité des demandes concernant les aliments, ce qui est considéré comme une grande différence par rapport aux produits alimentaires et de santé ou aux pesticides. Dans ce cas, on croit que le recouvrement des coûts pourrait grandement dissuader l'industrie de présenter des demandes; cependant, plusieurs demandes sont obligatoires, ce qui fait en sorte que les demandeurs n'ont d'autre choix que de les présenter. Par ailleurs, le recours aux brevets dans l'industrie alimentaire pour protéger l'innovation, et donc distinguer des aliments ou des emballages en fonction d'avantages technologiques qui pourraient ne pas avoir d'effets néfastes sur la santé humaine, n'est pas rare (il existe un certain nombre de brevets visant les processus alimentaires et l'emballage des aliments aux États-Unis qui touchent la protection antimicrobienne et l'amélioration de la texture des aliments)⁴⁷².

Un rapport de 2011 dans lequel était évaluée l'innovation liée à l'emballage des aliments a révélé que les entreprises innovent continuellement pour répondre aux préoccupations des consommateurs (p. ex. emballage de sécurité et emballage interactif utilisant la technologie d'identification par radiofréquence pour pouvoir effectuer le suivi de l'aliment de sa provenance à sa destination)⁷⁶. Un rapport de 2009 sur les brevets et les allégations relatives à la santé concernant les aliments fonctionnels^{cxxxiii} a révélé qu'une demande de brevet pour une formulation ou un processus de création d'un aliment fonctionnel pourrait empêcher d'autres personnes de vendre la formulation ou d'utiliser le processus. La technologie peut également être visée par une licence, ce qui permet à l'inventeur d'en tirer profit⁴⁷⁰. Dans le cadre d'un article de 2009 sur les aliments fonctionnels, on a effectué une recherche dans les collections de brevets en Europe, au Japon, aux États-Unis et dans le monde, soit dans les bureaux du Traité de coopération en matière de brevets, qui a révélé qu'il existait environ 3 900 brevets et demandes concernant les aliments santé, les aliments fonctionnels ou les aliments favorisant le bien-être, dont la moitié concernait la classification A23L : aliments non couverts par d'autres sous-classes : préparation ou traitement⁴⁷¹.

OBSERVATIONS SUR LA PERTINENCE ET L'UTILISATION DES DONNÉES SUR LA MESURE DU RENDEMENT

Globalement, les données sur la mesure du rendement dont on disposait pour l'évaluation n'étaient pas très utiles pour déterminer si les résultats établis avaient été réalisés. La collecte des données sur le rendement ne semble pas être uniforme, de multiples mesures et formats sont utilisés, il n'y a pas d'approche au sein du programme pour la collecte et l'analyse des données et les efforts semblent principalement viser le suivi des extraits du programme. Voici quelques exemples :

- Un cadre d'analyse du rendement et de la responsabilité a été élaboré pour le programme en 1999^{cxxxiv}. Le cadre décrivait les activités, les extraits, la portée et les résultats à court et à long terme pour la DA, la DGSPNI, l'ARLA et l'Agence de la santé publique du Canada et présentait une brève liste d'indicateurs généraux. En 2000, un deuxième cadre a été élaboré^{cxxxv}, dans lequel étaient décrits les activités, les extraits, la portée et les résultats à court et à long terme uniquement pour la DA et l'Agence de la santé publique du Canada. Chaque participant clé du programme a également élaboré sa propre stratégie de mesure du rendement, sans toutefois tenir compte du programme.
- En 2005, les données du Ministère et de l'Agence utilisées pour la préparation des RPP et des rapports ministériels sur le rendement (RMR) devaient découler d'une approche plus structurée grâce à l'élaboration de structures de gestion, des ressources et des résultats

cxxxiii Un aliment fonctionnel ressemble à un aliment conventionnel, ou peut en être un, et est consommé dans le cadre d'un régime alimentaire habituel, et il a été prouvé qu'il apporte des avantages sur le plan physiologique ou qu'il diminue la risque de maladies chroniques, allant au-delà des fonctions nutritionnelles de base.

cxxxiv Documents gouvernementaux officiels.

cxxxv *Idem.*

(SGRR)^{cxxxvi}, qui fournissent un modèle pour saisir des renseignements sur le rendement correspondant à l'AAP. Même si Santé Canada avait élaboré sa SGRR, la création, la collecte, la saisie et l'utilisation systématiques des renseignements n'ont commencé qu'à l'exercice 2007-2008³¹⁰. La SGRR de l'Agence de la santé publique du Canada a reçu l'approbation du Conseil du Trésor en 2009⁴¹⁴. Les indicateurs utilisés sont trop généraux pour répondre aux besoins de l'évaluation.

- Les ministères, les directions générales et les agences ont également élaboré un ensemble de plans annuels, opérationnels et d'activités qui fournissent des renseignements sur le rendement. Certains participants clés du programme (p. ex. la DA) ont produit des rapports sur le rendement, bien que de façon irrégulière. Les rapports de la DA examinés portant sur la période 2009-2010 à 2012-2013 montrent une multitude de mesures du rendement et de formes de rapport utilisées de façon trimestrielle et annuelle, ce qui fait qu'il est ardu, voire impossible, d'effectuer des comparaisons entre les exercices^{205,221,222,270,261,297,292,290,225,226,227,266,269,285,228}.
- La DA utilise le Système de gestion et de rapports de programme (SGRP) en tant qu'outil pour la gestion des travaux de projet (p. ex. planification et affectation des ressources). Le SGRP est utilisé pour soutenir la présentation de rapports trimestriels sur les priorités au SMA et il fournit des renseignements pour les RPP, les RMR et d'autres examens opérationnels. Cependant, même si certains projets contiennent des indicateurs de rendement, il ne s'agit pas d'une approche commune; par conséquent, l'utilité du SGRP en tant qu'outil de mesure du rendement est limitée en raison d'un manque de données sur le rendement.
- La DA a également élaboré un manuel sur les pratiques exemplaires relatives à la mesure du rendement³⁰⁸ et un système de mesure du rendement de la Direction des aliments fondé sur une approche de modèle logique¹⁶⁴. Le système comporte des modèles logiques axés sur les projets ainsi que des activités connexes et des indicateurs de rendement sur des domaines précis, notamment les aliments spéciaux, les allergènes et les aliments nouveaux. Même s'il a été mis à l'essai en 2002 et mis en œuvre en 2005-2006 dans l'intention de le lier au SGRP, le système n'est pas utilisé, car on a décidé d'apporter des changements aux processus de rapport au sein de la DGPSA et du Ministère.

Des représentants de la DA interviewés étaient d'avis que, même si certains de ces outils étaient disponibles et utiles en tant qu'outils de planification, il fallait tout de même examiner la mesure de l'efficacité des politiques. Ils ont expliqué qu'il était difficile de surveiller les répercussions des politiques (p. ex. changement comportemental) en raison de l'incapacité d'effectuer de la recherche sur l'opinion publique, ce qui est considéré comme essentiel pour évaluer les répercussions sur la santé des Canadiens et mesurer les progrès vers la réalisation des résultats du programme. Certains représentants de la DA interviewés croyaient également que l'activité de mesure du rendement était considérée comme une priorité de faible importance et que la DA n'avait pas établi de plan stratégique clair pour cette activité. Ils ont affirmé que des éléments de données avaient été déterminés, mais que les données n'étaient pas recueillies régulièrement. En outre, certains ont mentionné que la responsabilité de la mesure du rendement avait été attribuée aux bureaux de la DA, où le personnel n'avait pas d'expertise de la mesure du rendement.

^{cxxxvi} Une SGRR établit des liens entre les résultats stratégiques de l'AAP et les résultats escomptés. Elle définit également certaines mesures, notamment les indicateurs de rendement, les sources de données, les cibles et les dates d'échéance pour atteindre ces cibles.

Les représentants de la DA interviewés ont mentionné que les indicateurs utilisés dans le SGRP portaient principalement sur les extrants, qui, bien qu'ils soient utiles pour la planification, fournissent une mesure insuffisante du degré de qualité (p. ex. qualité des examens par rapport au nombre de demandes préalables à la mise en marché traitées). D'autres responsables du programme interviewés partageaient ce sentiment; ils étaient d'avis qu'il n'était pas possible d'évaluer l'efficacité du programme, car il n'y avait pas de surveillance effectuée au moyen d'indicateurs de la mesure du rendement (p. ex. des indicateurs ayant pour but de mesurer les répercussions des décisions rendues, des mesures prises et des changements apportés, le degré d'intégration de toutes les activités, le niveau d'établissement de rapports selon les réalisations et les engagements clés, le niveau de transparence et la communication, etc.).

Des efforts déployés récemment pour adopter au sein du programme une méthode de production de rapports, comme la réponse au rapport Weatherill (2009), et pour établir un lien entre les engagements clés, les indicateurs de rendement et les résultats, tel que le proposent les plans stratégiques du Programme de salubrité et de qualité nutritionnelle des aliments de Santé Canada^{305,291}, pourraient contribuer à améliorer la collecte et l'analyse des données servant à la mesure du rendement.

OBSERVATIONS SUR L'ÉCONOMIE

Les données sur les budgets et les dépenses étaient insuffisantes pour permettre d'effectuer une évaluation économique du programme. L'évaluation a permis de cerner les problèmes suivants touchant la qualité et l'accessibilité des données :

- Comme il a été mentionné précédemment, le programme a subi plusieurs changements organisationnels de 2000 à 2004 (et par la suite) qui ont entraîné un transfert de fonds entre des organisations. Voici quelques-uns de ces changements :
 - o La création de trois nouvelles directions générales, soit la DGPSA, la DGSPNI et la DGRP^{cxvii}, à la suite de la restructuration de la Direction générale de la protection de la santé (DGPS), de la Direction générale des services médicaux et de la Direction générale des programmes et de la promotion de la santé.
 - o La mise sur pied de l'Agence de la santé publique du Canada et le transfert simultané des fonctions de la DGPS et de la DGPSA (p. ex. le Laboratoire de lutte contre la maladie, dont les fonctions sont maintenant assumées par le CMIOAEZ) et de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique (p. ex. le Centre de coordination de la surveillance, maintenant appelé l'Unité de coordination de la surveillance au sein du Bureau de la pratique en santé publique) à cette nouvelle Agence.
- Les AAP examinées ont évolué considérablement pendant la période d'évaluation. Par exemple, en ce qui concerne Santé Canada, les AAP élaborées pour l'exercice 2007-2008 et antérieurement avaient pour objet de décrire les sous-activités et les sous-sous-activités qui reflétaient les activités fonctionnelles du programme (p. ex. sous-activité : évaluation réglementaire préalable à la mise en marché et amélioration du processus;

^{cxvii} Création survenue en 2008.

sous-sous-activité : délais d'approbation). Par contre, les AAP utilisées depuis l'exercice 2008-2009 ont pour objet de décrire les sous-activités et les sous-sous-activités qui reflètent les programmes et les directions qui en sont responsables (p. ex. sous-activité : salubrité des aliments et nutrition; sous-sous-activité : pathogènes d'origine alimentaire). Il n'a pas été possible d'établir de liens entre les données financières pour ces deux périodes ni d'établir de correspondance avec le modèle logique créé pour l'évaluation.

- Pour ce qui est de Santé Canada, les exercices de réduction des dépenses à l'échelle du gouvernement menés par le Ministère au cours des années antérieures ont été gérés par les directions générales et financés par leurs surplus à la fin de l'exercice. Ces opérations n'ont pas été attribuées à un sous-programme de l'AAP en particulier. Aucun renseignement qui aurait pu expliquer les décisions prises concernant les déviations du budget annuel et les motifs des opérations n'était accessible.
- La codification des données du SAP examinées n'était pas uniforme et des renseignements étaient manquants dans certains champs. Par exemple, l'examen des codes de secteur fonctionnel de la DA a révélé des divergences entre les exercices et les structures de groupement (fondées sur l'AAP). L'analyse des numéros de commande interne (CI) dans le système SAP pour la période 1999-2000 à 2007-2008, mis en correspondance avec les données saisies dans le SGRP, a permis de constater que 32 % des dossiers ne contenaient pas de numéro de CI ou de projet^{cxxxviii}. Même si le champ CI existe dans le système SAP, la DGPSA a indiqué qu'il ne s'agissait pas d'un champ obligatoire dans le bloc de codage et qu'il n'était donc pas nécessaire de le remplir en ce qui concerne les dépenses et les engagements.
- Même si le programme est financé au moyen de demandes de fonds dédiés (c.-à-d. que les ressources sont demandées pour réaliser des objectifs précis) et d'un financement de base (c.-à-d. que les fonds sont affectés par les ministères, les directions générales et les agences pour permettre aux responsables du programme de mener leurs activités quotidiennes), il a été difficile de déterminer ces sources parmi les données existantes et d'en effectuer le suivi (p. ex. déviations). La quantité de renseignements détaillés provenant des demandes de fonds dédiés varie selon les documents examinés et n'est pas uniforme (p. ex. dans bon nombre de cas, même si de multiples activités sont traitées dans les documents, les tableaux ne présentent pas l'affectation de fonds par activité). Les fonds reçus dans le cadre de ces demandes sont présentés dans le **Table 18**^{cxxxix}. D'après ces données, le programme a reçu environ 553 millions de dollars en fonds dédiés de 1999-2000 à 2011-2012. Selon la DGPSA, la source de financement n'est pas un champ obligatoire dans les structures de codification; cependant, on effectue le suivi du centre de coûts (organisation), du grand livre (type de dépenses) et du secteur fonctionnel (SF, soit le niveau inférieur de la structure de l'AAP) liés au secteur d'activité ou de programme.

À l'avenir, la DGPSA prévoit recourir aux numéros de CI pour saisir des renseignements financiers liés à la prestation du programme, ce qui permettra de mieux séparer les éléments ou volets des rapports pour établir un lien entre les sources de financement et les dépenses du programme. Selon la DGPSA, des numéros de CI distincts ont été créés pour l'ensemble des fonds affectés au moyen de demandes de fonds dédiés; cependant, la majorité des numéros

^{cxxxviii} Un total de 88 315 dossiers, dont 28 606 ne contenaient pas de numéro de commande.

^{cxxxix} Documents gouvernementaux officiels.

de CI ont trait aux services votés et à d'autres initiatives, que les directions ou les responsables du programme pourraient vouloir surveiller pour diverses raisons. Une fois que l'obligation d'effectuer le suivi des fonds affectés sera levée, les fonds et les dépenses pourront être combinés avec les services votés, si cela est jugé adéquat par la DGPSA. De plus, la DGPSA a mis récemment en œuvre des contrôles de gestion financière, notamment un système de suivi amélioré, pour contribuer à la validation des coûts. On ne connaît pas les plans des autres participants clés du programme concernant le traitement des lacunes liées au suivi financier.

Table 18 Fonds affectés au moyen de demandes de fonds dédiés, par participant clé du programme

Exercice	1999-2000		2000-2001		2001-2002		2002-2003		2003-2004		2004-2005		2005-2006		2006-2007		2007-2008		2008-2009		2009-2010		2010-2011		2011-2012		Total
	Bénéficiaires	M\$	ETP	M\$	ETP	M\$	ETP	M\$	ETP	M\$	ETP	M\$	ETP	M\$	ETP	M\$	ETP	M\$	ETP	M\$	ETP	M\$	ETP	M\$	ETP	M\$	
DGPSA	7,7 \$	25	20,2 \$	75	23,2 \$	92	23,2 \$	93	27,1 \$	93	27,3 \$	93	27,6 \$	93	27,6 \$	93	27,6 \$	93	24,7 \$	100	28,2 \$	118	32,2 \$	131	32,1 \$	125	328,6 \$
DGSPNI	0,5 \$	0	1,1 \$	0	2,2 \$	0	2,6 \$	1	2,4 \$	1	2,4 \$	1	2,4 \$	1	2,4 \$	1	2,4 \$	1	2,4 \$	1	2,4 \$	1	2,4 \$	1	2,4 \$	1	27,9 \$
Santé Canada	8,3 \$	25	21,3 \$	75	25,3 \$	92	25,8 \$	94	29,5 \$	94	29,7 \$	94	30,0 \$	94	30,0 \$	94	30,0 \$	94	27,1 \$	101	30,6 \$	119	34,5 \$	132	34,5 \$	126	356,5 \$
ARLA	1,0 \$	12	2,4 \$	30	3,8 \$	48	3,8 \$	48	3,8 \$	48	3,8 \$	48	3,8 \$	48	3,8 \$	48	3,8 \$	48	3,8 \$	48	3,8 \$	48	3,8 \$	48	3,8 \$	48	44,7 \$
ASPC	3,2 \$	26	8,9 \$	49	10,2 \$	58	14,6 \$	68	13,2 \$	68	13,2 \$	68	13,4 \$	68	13,4 \$	68	13,4 \$	68	12,0 \$	68	12,0 \$	68	12,0 \$	68	12,0 \$	68	151,7 \$
Total	12,5 \$	63	32,6 \$	154	39,3 \$	198	44,2 \$	210	46,4 \$	210	46,7 \$	210	47,1 \$	210	47,1 \$	210	47,1 \$	210	42,9 \$	217	46,4 \$	235	50,3 \$	248	50,3 \$	242	552,9 \$

Remarques

- Tous les montants en dollars excluent les frais de locaux de 13 % de Travaux publics et Services gouvernementaux.
- Tous les montants en dollars incluent les salaires et les traitements, le régime d'avantages sociaux des employés, les communications ainsi que le fonctionnement et l'entretien.
- Les fonds et les ETP initialement affectés au Laboratoire de lutte contre la maladie, au Centre de coordination de la surveillance et au laboratoire de Winnipeg sont présentés sous l'Agence de la santé publique du Canada.
- Les fonds et les ETP initialement affectés à la Direction générale des services médicaux sont présentés sous la DGSPNI. On n'a pu déterminer si les fonds et les ETP affectés de cette manière à la DGSPNI concernaient uniquement les activités de la direction évaluée (c.-à-d. DCIAP).
- Les fonds et les ETP initialement affectés à la Direction générale des programmes et de la promotion de la santé et qui correspondent désormais aux activités menées par le BPPN (ce qui fait partie d'une autre évaluation) ont été exclus, dans la mesure du possible (c.-à-d. qu'ils n'ont été présentés que lorsque les documents ne fournissaient pas de répartition des fonds par organisation et par objectif du programme).
- Certains objectifs du programme (p. ex. surveillance communautaire et intervention en cas d'urgence, laboratoire de Winnipeg ou LNM, infrastructure de laboratoire de niveau de biosécurité 3, etc.) n'avaient pas seulement trait à la SQNA; cependant, on n'a pu déterminer la proportion des fonds affectés à ces objectifs qui avaient uniquement trait aux activités liées aux aliments.
- Un montant de 3,5 millions de dollars pour les exercices 1999-2000 et 2000-2001 et un montant de 3 millions de dollars en financement continu ne sont pas inclus, car ils ont été fournis pour les PSN (secteur qui fait partie d'une autre évaluation).
- Les fonds et les ETP affectés à la DGPSA dans le cadre du PASPAC sont inclus.
- Les fonds et les ETP pour le Plan de gestion des produits chimiques ne sont pas inclus, car ils font partie d'une autre évaluation.

5.0 Conclusions

5.1 Conclusions – Pertinence

5.1.1 Nécessité de maintenir le programme

Le programme continue de répondre à un besoin démontrable.

Les activités réalisées dans le cadre du programme portent sur les questions connues et nouvelles concernant la SQNA (p. ex. dangers microbiens et chimiques touchant la salubrité des aliments, pathogènes émergents et réémergents, nouvelles technologies et besoins alimentaires). Les avancées scientifiques continues, les changements du marché et l'évolution des préférences des consommateurs, pour ne nommer que ces facteurs, continueront de constituer des défis liés à SQNA, que le programme nous permettra de relever.

5.1.2 Conformité avec les priorités du gouvernement

Le programme cadre avec les priorités gouvernementales.

Au fil des ans, dans les discours du Trône, on a reconnu l'importance de la SQNA et relevé les priorités fédérales visant à renforcer le système canadien d'assurance de la salubrité des aliments et à assurer la qualité nutritionnelle. Le programme vise à répondre à ces priorités fédérales par une approche inclusive qui figure dans ses documents de planification pertinents, dont l'objectif est axé sur la détermination des risques et l'établissement de l'ordre de priorité des questions. Les objectifs du programme concordent avec les résultats stratégiques pertinents de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada.

5.1.3 Harmonisation avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral

Le programme s'harmonise avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral.

Le programme repose sur un cadre législatif permettant de répondre aux priorités grâce entre autres à l'élaboration de politiques et à l'établissement de normes, aux activités de promotion de la santé, à la prévention des risques et des maladies, aux enquêtes sur les maladies, à la recherche et à la surveillance ainsi qu'à la coopération à l'échelle nationale et internationale. Les lois pertinentes définissent les rôles et les responsabilités qui permettent aux participants clés du programme d'œuvrer en fonction des paramètres fédéraux établis. Le programme permet de gérer les activités fédérales liées à la SQNA. Ces activités ne sont pas menées dans le cadre d'un autre programme fédéral.

5.2 Conclusions – Rendement

5.2.1 Atteinte des résultats escomptés (efficacité)

Résultats immédiats

Résultat immédiat 1 : Accessibilité accrue à des aliments salubres et nutritifs pour les Canadiens

Bien que le Canada fasse bonne figure au chapitre de la salubrité des aliments, des problèmes ont été relevés du côté des délais de traitement, particulièrement en ce qui a trait aux demandes préalables à la mise en marché, et peuvent retarder l'entrée d'aliments sur le marché.

La DA évalue les demandes préalables à la mise en marché en fonction des exigences réglementaires pour veiller à ce que les produits alimentaires soient salubres. Dans l'ensemble, les évaluations des demandes préalables à la mise en marché ne sont pas effectuées conformément aux normes prescrites par les règlements en matière de délais (hausse du nombre de demandes de 61 % de 2007-2008 à 2012-2013), tandis que le nombre de demandes dans certains secteurs (aliments nouveaux et additifs alimentaires) ont diminué de 2011-2012 au troisième trimestre de 2012-2013. Pendant cette dernière période, le nombre de demandes non traitées dans les délais prévus dans les règlements a augmenté dans certains secteurs (emballage des aliments et agents technologiques) et a diminué dans d'autres (additifs indirects). La DA utilise une approche axée sur la collaboration pour l'évaluation des demandes; toutefois, l'évaluation a permis de cerner plusieurs problèmes contribuant aux retards dans l'évaluation des demandes. Parmi ces problèmes, le manque de renseignements nécessaires sur le demandeur ainsi que la lenteur du processus d'évaluation des demandes et les communications connexes préoccupent particulièrement les intervenants de l'industrie et contribuent aux retards.

Certains des retards peuvent être liés au long processus d'approbation ou de modification réglementaire, tandis que d'autres peuvent s'expliquer par le désir de l'industrie d'obtenir de la DA des ANO (documents transmis par Santé Canada qui peuvent être utilisés par les vendeurs d'aliments pour assurer à leurs clients que les produits ont été évalués par la DA et jugés acceptables). Les ANO peuvent être transmises par Santé Canada pour les demandes qui ne nécessitent pas d'évaluation préalable à la mise en marché (p. ex. matériaux d'emballage des aliments et agents technologiques alimentaires). Même si la DA a pris des mesures depuis 2007 pour réduire l'arriéré de demandes à examiner (p. ex. en mettant sur pied l'Unité de la gestion des présentations et un comité interne de la gestion des demandes pour accélérer l'autorisation des demandes concernant les aliments lorsque des modifications réglementaires sont en cours), l'efficacité de ces initiatives semble limitée, car l'arriéré a continué d'augmenter. Sans d'autres données probantes, il n'est pas possible d'évaluer correctement l'efficacité de ces initiatives.

Les ERS sont effectuées pour déterminer si la présence de certaines substances ou de certains micro-organismes dans les aliments constitue un risque pour la santé humaine. La DA indique un taux de conformité avec les normes de service de 100 % en ce qui concerne la transmission des

ERS à l'ACIA; toutefois, le nombre d'ERS effectuées indiqué par la DA dans différents documents n'est pas toujours le même. Selon les données de l'analyse des tendances, environ la moitié des ERS liées aux risques microbiens concernaient *L. monocytogenes* et « la viande et la volaille » en 2008-2009 et en 2010-2011. La même analyse indique une hausse du nombre de demandes de conseils techniques provenant de l'ACIA, qui, combinée aux difficultés avec lesquelles doit composer la DA au chapitre de la préparation des ERS (p. ex. absence d'une infrastructure de TI convenable et d'un dépôt unique de renseignements au sein de la Direction), pourrait nuire au rendement futur. La DA déploie des efforts pour effectuer un meilleur suivi et de meilleures analyses des données découlant des activités liées aux ERS (p. ex. tendances au chapitre des demandes d'ERS, établissement de liens entre les incidents touchant la salubrité des aliments et les ERS) et pour renforcer les capacités (p. ex. embauches supplémentaires, formation ou formation polyvalente, amélioration des installations) afin de maintenir le rendement.

Résultat immédiat 2 : Connaissance et compréhension accrue des risques et des avantages pour la santé liés à la salubrité des aliments et à la nutrition

L'évolution au chapitre de la sensibilisation et de la compréhension était difficile à évaluer, car le programme ne mesure pas ces aspects pour les renseignements qu'il produit. Il existe des secteurs où la communication d'information supplémentaire ou une plus grande sensibilisation est nécessaire pour améliorer la compréhension des consommateurs. Certains mécanismes de communication de renseignements peuvent être moins efficaces pour présenter des renseignements aux populations ou aux publics visés.

L'incidence des produits et des activités du programme sur la sensibilisation et la compréhension du public ne peut pas être déterminée puisque le programme ne prévoit pas la mesure ou le suivi de ces aspects en fonction du public cible ou de la période visée. La stratégie de marketing social liée à la bactérie *Listeria*, qui comportait des communications ciblées, de multiples mécanismes de prestation et une enquête pour recueillir des données sur les répercussions, constitue une exception et une pratique exemplaire. Une des principales difficultés est liée au manque d'harmonisation entre le mécanisme de prestation et les préférences du public cible. Par exemple, certaines sous-populations sont plus susceptibles d'aller en ligne pour obtenir des renseignements sur la salubrité des aliments (p. ex. femmes enceintes et parents en général), tandis que d'autres sont plus à l'aise avec les médias imprimés traditionnels (p. ex. aînés); d'autres encore peuvent avoir un accès limité aux ressources en ligne ou à l'équipement requis (p. ex. les collectivités inuites et des Premières Nations des régions éloignées). Cette faible adaptation de l'information peut avoir une incidence négative sur la sensibilisation et la compréhension en réduisant l'efficacité de la communication et en contribuant à ce que le public n'ait pas la même connaissance et la même compréhension. Plus précisément, l'objectif du programme consistant à avoir une importante présence en ligne pourrait être compromis à la lumière des statistiques actuelles sur le Web (p. ex. nombre peu élevé de visites et de consultations des pages sur la salubrité des aliments du site Web de Santé Canada, selon les statistiques sur le Web de la DA). Au nombre des secteurs nécessitant la communication de

renseignements supplémentaires et une sensibilisation accrue, mentionnons la salubrité des aliments, la nutrition et les habitudes alimentaires saines, l'étiquetage des aliments, les gras trans et les aliments GM. En général, les personnes qui connaissent l'information ne modifient pas nécessairement leur comportement au chapitre de l'alimentation.

Résultat immédiat 3 : Contribution accrue aux normes internationales appuyées par des données scientifiques

Les responsables du programme participent activement à l'élaboration de normes internationales. Les travaux de recherche scientifique et sur la réglementation menés dans le cadre du programme constituent une contribution importante pour la communauté internationale.

Les responsables du programme collaborent activement aux efforts internationaux. La contribution du programme à l'élaboration de normes internationales (p. ex. en ce qui concerne l'enrichissement alimentaire, les contaminants chimiques) est largement reconnue. À l'échelle internationale, la plupart des travaux sont effectués dans le cadre du Codex et, dans une moindre mesure, de réunions de partenariat bilatérales et quadrilatérales. Les responsables du programme participent également à des activités avec d'autres organisations internationales (p. ex. FAO, National Academies des É.-U., OMS) et ont assumé un leadership dans la création des groupes internationaux de liaison en matière de sécurité chimique des aliments et d'innocuité microbienne des aliments.

Résultat immédiat 4 : Meilleures connaissances servant de plus en plus à appuyer les politiques, les lignes directrices, les normes, les règlements, les stratégies ainsi que les évaluations et les inspections de l'ACIA

Il existe certains exemples d'élaboration de connaissances par les responsables du programme, notamment la recherche visant l'amélioration des méthodes d'analyse et d'essai et l'élaboration de lignes directrices et de normes. Les responsables du programme utilisent ces connaissances améliorées pour soutenir l'élaboration de règlements et de politiques et les travaux de collaboration.

La conception et la validation de méthodes scientifiques sont des activités qui contribuent à améliorer la salubrité ainsi que les connaissances des participants clés du programme, des partenaires et des intervenants. L'évaluation a permis de relever un certain nombre de lignes directrices, de normes, de cadres et de politiques concernant des secteurs très prioritaires qui ont été touchés ou élaborés en raison des avancées de la recherche scientifique et sur la réglementation (p. ex. travaux sur l'interaction entre l'acrylamide et l'asparaginase, le BPA et la listériose). Le programme a également utilisé ces connaissances pour orienter les efforts de consultation. La collaboration entre les participants clés et les partenaires du programme a entraîné la création de nouvelles technologies (p. ex. laboratoire-sur-puce) et des activités de surveillance accrue. Les leçons apprises et les fonds reçus après l'éclosion de listériose de 2008 ont contribué à maintenir les méthodes microbiologiques à jour, à entretenir une plus grande

collaboration (p. ex. entre Santé Canada et l'ACIA) quant à l'élaboration de méthodes (Santé Canada, Agence de la santé publique du Canada et ACIA) et à diminuer les délais d'exécution associés aux méthodes (p. ex. une méthode améliorée pour la confirmation de la présence de *Listeria* donne des résultats dans les trois à cinq jours au lieu de l'ancien délai, qui était de sept à dix jours). Néanmoins, des préoccupations ont été relevées en ce qui a trait à la nécessité d'accroître les capacités des laboratoires afin de pouvoir répondre à la demande, actuelle et nouvelle, de demeurer au fait des avancées scientifiques et de renforcer l'expertise interne dans divers domaines (p. ex. biostatistique, épidémiologie, électro-microscopie, bio-informatique, etc.).

Résultat immédiat 5 : Plus grande collaboration avec les intervenants et les partenaires FPT

Le programme coordonne les priorités et les approches de gestion des risques au sein du système de SQNA du Canada et contribue à l'amélioration de la collaboration avec les partenaires et les intervenants. Il faut résoudre certaines questions concernant les communications et les procédures liées aux évaluations de la salubrité des aliments (ESA) et aux ERS.

Le programme assure la coordination et la collaboration au moyen d'un grand nombre d'initiatives et de comités auxquels participent des partenaires, des intervenants et des participants clés du programme (p. ex. CFPTSA, GFPTN, comité de l'intégration des politiques alimentaires et des sciences, Comité consultatif sur la réglementation des aliments, MITIOA). Même si Santé Canada a amélioré l'efficacité et la fiabilité de son processus d'ERS pour répondre aux demandes de l'ACIA, il est possible d'améliorer les communications et l'échange de renseignements entre Santé Canada et l'ACIA (p. ex. communications par courriel, pannes des outils de TI, différences entre les plateformes de TI).

Quant aux ESA (qui visent à évaluer la raison d'être et la conception des activités de l'ACIA, leur mise en œuvre et leur efficacité, y compris leur conformité avec les normes de salubrité des aliments), la collaboration entre Santé Canada et l'ACIA a connu certaines difficultés sur le plan des procédures, de la planification et des opérations (p. ex. difficultés liées à l'établissement des priorités, long processus d'examen et d'acceptation et manque de clarté relativement à l'approche et à la méthode adoptées pour les ESA). Afin de résoudre ces questions, Santé Canada a commencé en 2010 un examen du PESA pour évaluer sa pertinence, sa gouvernance, ses processus et son rendement, compte tenu de l'orientation stratégique future du PESA. Il a également commencé un projet en vue de déterminer les thèmes globaux entourant l'amélioration de la salubrité des aliments ainsi que les leçons apprises connexes. Les résultats de ces études ne sont pas encore connus. Plusieurs événements, notamment le changement du rapport hiérarchique entre l'ACIA et le ministre de la Santé et le démantèlement du comité consultatif du PESA, sont également susceptibles d'avoir une incidence sur l'exécution des ESA.

Résultats intermédiaires

Résultat intermédiaire 1 : Choix plus sains en matière d'alimentation faits par les consommateurs

Même si on ne sait pas si les consommateurs ont fait des choix plus sains en matière d'alimentation en raison des efforts déployés dans le cadre du programme, les données probantes semblent indiquer qu'il y a des préoccupations concernant l'alimentation de la population générale et des membres des collectivités inuites et des Premières Nations.

Les données probantes existantes jettent un éclairage sur les choix alimentaires des consommateurs, notamment un apport calorique élevé provenant de lipides et de grignotines, une consommation de fruits et de légumes en deçà de la quantité minimale quotidienne recommandée, une tendance à consommer des repas-minute et des aliments de préparation commerciale et un apport en sodium excédant l'AMT. En ce qui concerne les membres des Premières Nations vivant dans les réserves et ceux des collectivités inuites, l'apport en sodium excède les limites recommandées et la consommation de certains groupes d'aliments est en deçà des niveaux recommandés; certaines décisions en matière d'alimentation peuvent être influencées par l'insécurité alimentaire et les facteurs qui y contribuent, y compris les changements environnementaux, la pauvreté et le coût élevé de certains aliments.

Les étiquettes sur les aliments sont une des façons dont le programme peut aider le consommateur à faire des choix plus sains en matière d'alimentation. Les données sur l'efficacité de cet outil varient, certaines sources indiquant une bonne compréhension et une grande utilisation des renseignements par les consommateurs, tandis que d'autres sources indiquent que les consommateurs les utilisent moins ou qu'ils ne disposent pas des renseignements dont ils ont besoin pour faire des choix alimentaires sains. L'absence de portions normalisées sur les étiquettes et le fait que les consommateurs comprennent peu le pourcentage de la valeur quotidienne peuvent les empêcher de faire des choix alimentaires sains. Il s'agit de secteurs où le programme pourrait influencer le comportement des consommateurs.

Résultat intermédiaire 2 : Diminution de l'exposition aux dangers microbiens, chimiques et physiques et aux risques nutritionnels

Le nombre de cas déclarés de maladie entérique semble avoir fléchi pendant la dernière décennie, tandis que les taux de conformité en matière de dépistage de résidus chimiques sont, dans l'ensemble, demeurés élevés. Il n'a pas été possible d'évaluer le changement quant à l'exposition aux risques nutritionnels, mais des initiatives du programme semblent contribuer à la réduction des risques dans certains domaines.

Le nombre de cas déclarés de maladie entérique semble avoir fléchi pendant la dernière décennie (passant de 793 à 409, ou 48 %, selon les données de C-EnterNet ou de 36 544 à 21 132, ou 42 %, selon Maladies à déclaration obligatoire en direct), tandis que les taux de conformité en

matière de dépistage de résidus chimiques sont, dans l'ensemble, demeurés élevés (95 % ou plus). Les initiatives du programme, comme les campagnes de sensibilisation, les efforts visant la diminution de la consommation de gras trans et l'enrichissement alimentaire, ont, en théorie, modifié l'exposition à certains avantages nutritionnels.

Résultat intermédiaire 3 : Adoption plus répandue des normes internationales par le Canada et d'autres pays

Même s'il n'a pas été possible d'observer un changement au chapitre de l'adoption des normes internationales, des données indiquent que le Canada s'y conforme. La participation aux travaux d'organisations d'établissement de normes internationales dénote un intérêt en matière d'harmonisation.

Le respect des normes internationales par le Canada est démontré, notamment, par le fait qu'il harmonise ses activités avec celles d'autres organismes de réglementation en ce qui concerne l'étiquetage nutritionnel, l'innocuité microbienne, la sécurité chimique et les pesticides. Les retards dans le respect des normes internationales ont été attribués en partie aux longs processus d'approbation réglementaire (p. ex. l'approbation de l'asparaginase en tant qu'additif alimentaire) ou aux préoccupations concernant les approches internationales qui peuvent ne pas refléter la position du programme.

Résultat intermédiaire 4 : Approche plus intégrée à l'égard des priorités et des activités FPT liées à la salubrité des aliments et à la nutrition

Le programme vise à établir une approche plus intégrée quant aux priorités et activités FPT liées à la salubrité des aliments et à la nutrition par la collaboration avec les intervenants et les partenaires FPT.

Les responsables du programme collaborent activement à l'interne avec les participants clés du programme et à l'externe avec les intervenants et les partenaires en échangeant des renseignements, en favorisant le dialogue, en tenant des consultations et en coordonnant les priorités et les approches de gestion des risques. Même si les préoccupations relevées concernant l'efficacité des communications entre les participants clés du programme (p. ex. ESA) et entre les responsables du programme et leurs partenaires provinciaux et territoriaux (p. ex. clarification des rôles et des fonctions ainsi que du rôle des systèmes et des laboratoires pour les interventions en cas d'urgence) devraient être atténuées grâce aux efforts récents déployés par les ministres de la Santé et de l'Agriculture FPT, une structuration accrue des communications avec les intervenants et un renforcement de la transparence quant aux activités du programme sont nécessaires (p. ex. pour clarifier les rôles et les responsabilités entre les responsables du programme et leurs partenaires provinciaux et territoriaux).

Résultats à long terme

Résultat à long terme 1 : Amélioration de l'état nutritionnel des Canadiens

Selon les données probantes dont on dispose, l'état nutritionnel des Canadiens ne semble pas s'être amélioré au cours de la période visée par l'évaluation.

Parmi la population générale, il y a un certain nombre de préoccupations relatives à l'apport énergétique élevé (l'apport énergétique est supérieur aux besoins énergétiques chez 20 % des enfants âgés de 1 à 8 ans), à l'apport élevé en lipides, aux carences en nutriments (p. ex. de nombreux adolescents ont un apport insuffisant en magnésium, en vitamine A, en vitamine D, en calcium et en phosphore), à l'apport en sodium qui se traduit par un risque accru d'effets néfastes sur la santé (pour les personnes de tous les groupes d'âge) et à l'augmentation de l'IMC (p. ex. le quart des Canadiens sont considérés comme obèses). On dispose de peu de renseignements sur les membres des Premières Nations vivant dans les réserves et ceux des collectivités inuites, mais les données probantes semblent indiquer qu'ils ont un apport faible en certaines vitamines et certains minéraux importants, un apport en sodium élevé et des taux d'obésité élevés.

Résultat à long terme 2 : Diminution des maladies d'origine alimentaire et nutritionnelle

Le nombre de cas de maladie d'origine alimentaire semble avoir diminué au cours de la dernière décennie. Le nombre de cas de maladie d'origine nutritionnelle au sein de la population canadienne générale semble avoir augmenté pendant la même période. Le taux de diabète chez les membres des Premières Nations vivant dans les réserves est plus élevé que celui observé chez la population canadienne générale, mais ne semble pas avoir augmenté au cours des dernières années (le taux d'hypertension est aussi demeuré relativement stable). Les taux de diabète et d'hypertension chez les populations inuites ressemblent à ceux enregistrés chez la population canadienne générale.

Le nombre de cas déclarés de maladie entérique semble avoir fléchi pendant la dernière décennie, tandis que les taux de conformité en matière de dépistage de résidus chimiques sont, dans l'ensemble, demeurés élevés. Les renseignements établissant un lien direct entre la nutrition et les maladies sont limités. Au sein de la population générale, les taux d'hypertension, de diabète et de maladie cardiaque, trois affections chroniques liées à la nutrition, ont augmenté au cours de la dernière décennie. En ce qui concerne les membres des Premières Nations vivant dans les réserves, le taux de diabète est élevé comparativement à celui de la population canadienne générale, mais il ne semble pas avoir augmenté au cours des dernières années (tout comme le taux d'hypertension). Les taux de diabète et d'hypertension chez les populations inuites ressemblent à ceux enregistrés chez la population canadienne générale.

Résultat à long terme 3 : Salubrité accrue des produits alimentaires dans le commerce international

Le programme contribue à la salubrité accrue des aliments dans le commerce international. L'adoption de normes internationales par d'autres pays devrait contribuer à la salubrité des aliments à l'échelle internationale.

Les responsables du programme ont noué des liens avec des partenaires internationaux chargés de la réglementation et participent à des forums internationaux en vue de normaliser, d'harmoniser et d'accroître la salubrité des aliments. L'adoption de normes internationales par d'autres pays devrait contribuer à maintenir et à améliorer la salubrité des aliments.

Résultat à long terme 4 : Perception du Canada en tant que participant responsable et expert scientifique à l'échelle internationale

Grâce aux activités et à la contribution du programme, le Canada est perçu comme un participant responsable et un expert scientifique dans le contexte international.

L'expertise des responsables du programme et leur contribution à la communauté internationale sont reconnues grâce à leur participation à l'élaboration de normes, à l'accueil de laboratoires et de centres collaborateurs internationaux et au partenariat visant le renforcement des capacités à l'échelle internationale.

Résultat à long terme 5 : Présence d'un système de SQNA durable et intégré au Canada

Les responsables du programme cherchent à maintenir un système intégré pour la SQNA au Canada grâce à la consultation des partenaires et des intervenants et à la collaboration avec eux. Des difficultés ont été signalées au chapitre de l'adaptabilité du cadre de réglementation et devraient être réglées par les modifications législatives apportées récemment et les plans stratégiques du programme.

Par son approche axée sur la consultation et la collaboration, le programme vise à mobiliser l'ensemble des partenaires et des intervenants et devrait continuer à renforcer l'intégration des systèmes. Des directives gouvernementales sont en place pour veiller à l'adoption d'une approche d'élaboration de règlements axée sur la consultation, la coordination et la coopération. Néanmoins, le degré d'adaptabilité du cadre réglementaire est remis en question en raison d'un long processus de modification, du niveau de ressources requises pour mener les activités de réglementation, de la pertinence des mesures de surveillance et de contrôle, des mécanismes d'intervention en cas d'urgence et du pouvoir de prendre des mesures en cas de non-conformité. Les récentes modifications apportées à la LAD (p. ex. le nouveau cadre d'autorisation de mise en marché et l'incorporation par renvoi) devraient répondre à un certain nombre de ces préoccupations.

5.2.2 Démonstration de l'économie et de l'efficience

Les données concernant le rendement et les finances du programme n'ont pas permis de démontrer l'efficience et l'économie du programme.

On ne disposait pas de suffisamment de données financières dans le cadre de l'évaluation pour analyser l'efficience et l'économie. Par conséquent, l'évaluation n'a pas permis de déterminer la mesure dans laquelle les ressources du programme ont été utilisées comme prévu ni d'établir si les extrants du programme ont été produits de façon efficiente ou les résultats attendus ont été produits de façon économique. La DGPSA a récemment mis en œuvre des contrôles de gestion financière, y compris un système de suivi amélioré, pour contribuer à la validation des coûts.

La collecte de données sur le rendement ne semble pas être effectuée de façon uniforme ou selon une méthode d'analyse propre au programme; plusieurs mesures et formats sont utilisés, et les efforts tendent à être axés principalement sur le suivi des extrants du programme.

Il y a un certain nombre de secteurs de programme où le rendement du processus a possiblement une incidence sur l'efficience, à savoir le processus d'évaluation des demandes préalables à la mise en marché, le processus d'ERS et son infrastructure, l'efficacité des communications avec les intervenants, les capacités de recherche des laboratoires, le processus d'ESA et la modernisation de la réglementation. Le programme utilise peu les partenariats public-privé et les services de sous-traitance, mais il ne dispose pas d'un cadre de recouvrement des coûts permettant de mieux gérer les coûts afférents à ses processus d'approbation préalable à la mise en marché.

6.0 Recommandations

Recommandation 1. La DA devrait examiner les options qui s'offrent à elle pour renforcer l'efficacité et la transparence de ses activités d'évaluation des demandes préalables à la mise en marché des aliments.

Dans l'ensemble, les évaluations des demandes préalables à la mise en marché ne sont pas effectuées conformément aux normes prescrites par les règlements en matière de délais (hausse du nombre de demandes de 61 % de 2007-2008 à 2012-2013), tandis que le nombre de demandes dans certains secteurs (aliments nouveaux et additifs alimentaires) ont diminué de 2011-2012 au troisième trimestre de 2012-2013. Pendant cette dernière période, le nombre de demandes non traitées dans les délais prévus dans les règlements a augmenté dans certains secteurs (emballage des aliments et agents technologiques) et a diminué dans d'autres (additifs indirects). La DA utilise une approche axée sur la collaboration pour l'évaluation des demandes; toutefois, l'évaluation a permis de cerner plusieurs problèmes contribuant aux retards dans l'évaluation des demandes. Parmi ces problèmes, le manque de renseignements nécessaires sur le demandeur ainsi que la lenteur du processus d'évaluation des demandes et les communications connexes préoccupent particulièrement les intervenants de l'industrie et contribuent aux retards.

Recommandation 2. La DA devrait examiner et améliorer ses processus de suivi des ERS.

Les analyses des tendances indiquent une hausse du nombre de demandes de conseils techniques provenant de l'ACIA, qui, combinée aux difficultés avec lesquelles doit composer la DA au chapitre de la préparation des ERS, pourrait nuire au rendement à venir.

Recommandation 3. Santé Canada devrait mener des évaluations des répercussions de ses initiatives de sensibilisation du public pour déterminer l'intérêt qu'elles suscitent.

L'incidence des produits et des activités du programme sur la sensibilisation et la compréhension du public ne peut pas être déterminée puisque ces aspects ne sont pas mesurés en fonction du public cible ou de la période visée. Une des principales difficultés est liée au manque d'harmonisation entre le mécanisme de prestation et les préférences du public cible.

Recommandation 4. Santé Canada devrait concevoir une approche coordonnée de mesure du rendement pour le programme qui tient compte du point de vue du portefeuille de la Santé.

La collecte de données sur le rendement ne semble pas être effectuée de façon uniforme ou selon une méthode d'analyse propre au programme; plusieurs mesures et formats sont utilisés, et les efforts tendent à être axés principalement sur le suivi des extraits du programme.

Bibliographie

1. *16th Food Safety QUADs Report – Summary, Actions and Follow Up*. Réunion tenue à Paihia, Baie des Îles, Nouvelle-Zélande, 26-29 mars 2007.
2. *2009-2011 Work Plan between the Health Products and Food Branch, the US Food and Drug Administration and the Canadian Food Inspection Agency for Health Products and for Food, Natural Health Products and Dietary Supplements*. Ottawa (Ont.).
3. *Mission, valeurs, activités* (consulté le 29 novembre 2005). Sur Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/activit/about-apropos/index-fra.php>.
4. *À propos du Conseil de coopération en matière de réglementation* (s.d.). Sur Internet : <http://www.actionplan.gc.ca/fr/page/rcc-ccr/propos-du-conseil-de-cooperation-matiere-de>.
5. *Acrylamide – Comment réduire l'exposition* (consulté le 21 février 2009). Sur Internet : http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/securit/chem-chim/food-aliment/acrylamide/acrylamide_rec-fra.php.
6. *Acrylamide et aliments – Questions et réponses* (consulté le 21 février 2009). Sur Internet : http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/securit/chem-chim/food-aliment/acrylamide/acrylamide_and_food-acrylamide_et_aliment-fra.php.
7. *Taux d'acrylamide dans certains aliments offerts sur le marché canadien* (consulté le 20 août 2009). Sur Internet : http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/securit/chem-chim/food-aliment/acrylamide/acrylamide_level-acrylamide_niveau-fra.php.
8. *Acrylamide* (consulté le 20 septembre 2013). Sur Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/securit/chem-chim/food-aliment/acrylamide/index-fra.php>.
9. *Agenda: International Microbial Food Safety Liaison Group (IMFSLG) Teleconference*, 2011.
10. *Agricultural Compounds and Veterinary Medicines – Fees & Charges* (consulté en octobre 2010). Sur Internet : <http://www.foodsafety.govt.nz/industry/acvm/fees-charges/index.htm>.
11. *Méthodes de détermination des allergènes alimentaire – Le Recueil des méthodes d'analyse des allergènes alimentaires* (consulté le 17 janvier 2011). Sur Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/res-rech/analy-meth/allergen/index-fra.php>.
12. *Projet de loi C-38 : Modifications à la Loi sur les aliments et les drogues* (consulté le 5 novembre 2012). Sur Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/legislation/acts-lois/c-38-fra.php#a1>.
13. *Annexe du Protocole d'entente conclu entre Santé Canada et l'ACIA sur la disposition d'évaluation de la salubrité des aliments prévue au paragraphe 11(4) de la Loi sur l'Agence canadienne d'inspection des aliments*. Ottawa (Ont.), s.d.
14. *Arrangement between the Health Products and Food Branch and the New Zealand Food Safety Authority on Food Safety, Health Product Safety, and Nutrition*. Sydney, Australie, 2009.
15. ARVANITIOYANNIS, I. et M. VAN HOUWELINGEN-KOUKALIAROGLU. « Functional foods: A survey of health claims, pros and cons, and current legislation », *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, vol. 45 (2005), p. 385-404.
16. ASHWELL, M. et coll. « How we will produce the evidence-based EURRECA toolkit to support nutrition and food policy », *European Journal of Nutrition*, vol. 47 (supp. 1 – 2008), p. 2-26.
17. BECALSKI, A., B. P.-Y. LAU, D. LEWIS, S.W. SEAMAN, « Acrylamide in foods: Occurrence, sources, and modeling », *Journal of Agricultural and Food Chemistry*, vol.51, n° 3 (2002), p.802-808.
18. BECALSKI, A., B. P.-Y. LAU, D. LEWIS, S.W. SEAMAN, S. HAYWARD, M. SAHAGIAN, M. RAMESH et Y. LECLERC. (2004). « Acrylamide in French fries: Influence of free amino acids and sugars », *Journal of Agricultural and Food Chemistry*, vol. 52, n° 12 (2004), p. 3801-3806.

19. *Le benzène dans les boissons gazeuses et dans d'autres boissons* (consulté le 27 juin 2008). Sur Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/securit/chem-chim/food-aliment/benzene/index-fra.php>.
20. *Projet de loi C-283 : Loi modifiant la Loi sur les aliments et drogues (étiquetage des aliments)*. (1^{re} lecture, le 15 mai 2006). Sur Internet : http://www.parl.gc.ca/content/hoc/Bills/391/Private/C-283/C-283_1/C-283_1.PDF.
21. *Bisphénol A* (consulté le 3 décembre 2010). Sur Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/securit/package-emball/bpa/index-fra.php>.
22. BLAINE, K., S. KAMALDEEN ET D. POWELL. « Public perceptions of biotechnology », *Journal of Food Science*, vol. 67, n^o 9 (2002), p. 3200-3207.
23. BLANCHET, C. et L. ROCHETTE. « *Nutrition and Food Consumption among the Inuit of Nunavik, Qanuippitaa? How are we?*, Nunavik Inuit Health Survey 2004, Québec (Qc), Institut national de santé publique du Québec et Nunavik Regional Board of Health and Social Services, 2008.
24. BRANDT, M. B., et L.A. LEGAULT. « What's new on nutrition labeling at the United States Food and Drug Administration? », *Journal of Food Composition and Analysis*, vol. 16, n^o 3 (2003), p.383-393.
25. *Bureau Web Office* (consulté le 31 juillet 2009). Sur Internet : <https://weboffice.hc-sc.gc.ca/Citrix/AccessPlatform/site/default.aspx>.
26. *Directive du cabinet sur la gestion de la réglementation*, 2012.
27. *Directive du cabinet sur la rationalisation de la réglementation* (2007). Sur Internet : <http://publications.gc.ca/collections/Collection/BT22-110-2007F.pdf>.
28. CANADA. PARLEMENT. CHAMBRE DES COMMUNES. *Au-delà de la crise de la listériose : renforcer le système de salubrité des aliments*, Comité permanent de l'agriculture et de l'agroalimentaire – Sous-comité de la salubrité des aliments, 40^e législature, 2^e session, 2009.
29. CANADA. PARLEMENT. CHAMBRE DES COMMUNES. *Des enfants en santé : une question de poids*, Comité permanent de la santé, 39^e législature, 1^{re} session, 2007.
30. CANADA. PARLEMENT. BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT. *Résumé législatif – Projet de loi C-28 : Loi modifiant la loi sur les aliments et drogues (LS-497F)*, 2005. Sur Internet : http://www.parl.gc.ca/About/Parliament/LegislativeSummaries/Bills_ls.asp?lang=E&ls=c28&Parl=38&Ses=1&source=library_prb&Language=F#Contexte.
31. CANADA. PARLEMENT. BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT. *Résumé législatif – Projet de loi S-11 : Loi sur la salubrité des aliments au Canada*, 2012. Sur Internet : <http://www.parl.gc.ca/Content/LOP/LegislativeSummaries/41/1/s11-f.pdf>.
32. *Canada-États-Unis Conseil de coopération en matière de réglementation : rapport sur les progrès à l'intention des dirigeants*, décembre 2012. Sur Internet : http://www.actionplan.gc.ca/sites/default/files/pdfs/rcc_progress_report_fr_final.pdf.
33. CANADIAN COUNCIL ON FOOD AND NUTRITION. *Tracking nutrition trends VI*, Ottawa, 2006.
34. CANADIAN COUNCIL ON FOOD AND NUTRITION. *Tracking nutrition trends VII*, Ottawa, 2008.
35. *Loi sur l'Agence canadienne d'inspection des aliments*, Codification, Lois du Canada, ch. 6, 1997. Sur Internet : <http://lois.justice.gc.ca/PDF/C-16.5.pdf>.
36. AGENCE CANADIENNE D'INSPECTION DES ALIMENTS. *Matériaux d'emballage (Matériaux en contact avec les aliments)*. Tiré de la Liste de référence pour les matériaux de construction, les matériaux d'emballage, et les produits chimiques non alimentaires acceptés, base de données en ligne, 2009.
37. AGENCE CANADIENNE D'INSPECTION DES ALIMENTS. *BFS-AERO roles and responsibilities, Health Canada assessment process of CFIA food safety activities (RRFSA)*, Ottawa, 2010.
38. AGENCE CANADIENNE D'INSPECTION DES ALIMENTS. *Manuel du programme d'amélioration de la salubrité des aliments*, Ottawa, 2010,

39. AGENCE CANADIENNE D'INSPECTION DES ALIMENTS. *Agence canadienne d'inspection des aliments : rapport sur le rendement pour la période se terminant le 31 mars 2005*, Ottawa, s.d.
40. AGENCE CANADIENNE D'INSPECTION DES ALIMENTS. *Agence canadienne d'inspection des aliments : rapport sur le rendement pour la période se terminant le 31 mars 2006*, Ottawa, s.d.
41. AGENCE CANADIENNE D'INSPECTION DES ALIMENTS. *Agence canadienne d'inspection des aliments : rapport sur le rendement pour la période se terminant le 31 mars 2007*, Ottawa, s.d.
42. AGENCE CANADIENNE D'INSPECTION DES ALIMENTS. *Agence canadienne d'inspection des aliments : rapport sur le rendement pour la période se terminant le 31 mars 2008*, Ottawa, s.d.
43. AGENCE CANADIENNE D'INSPECTION DES ALIMENTS. *Agence canadienne d'inspection des aliments : rapport sur le rendement pour la période se terminant le 31 mars 2009*, Ottawa, s.d.
44. AGENCE CANADIENNE D'INSPECTION DES ALIMENTS. *Agence canadienne d'inspection des aliments : rapport sur le rendement pour la période se terminant le 31 mars 2010*. Ottawa, s.d.
45. AGENCE CANADIENNE D'INSPECTION DES ALIMENTS. *Agence canadienne d'inspection des aliments : rapport sur le rendement 2010-2011*. s.d.. Sur Internet : http://publications.gc.ca/collections/collection_2011/inspection/A101-3-2011-fra.pdf.
46. AGENCE CANADIENNE D'INSPECTION DES ALIMENTS. *Agence canadienne d'inspection des aliments : rapport sur le rendement 2011-2012*. s.d.. Sur Internet : http://www.inspection.gc.ca/DAM/DAM-aboutcfia-sujetacia/STAGING/text-texte/acco_reparl_2011-12dpr_pdf_1352435614609_fra.pdf.
47. COMITÉ DIRECTEUR DE LA STRATÉGIE CANADIENNE DE SANTÉ CARDIOVASCULAIRE ET PLAN D'ACTION. *Pour un Canada au coeur qui bat*, 2009. Sur Internet : <http://www.chhs.ca/sites/default/files/Document%20Links/Reports/French/CHHS%20-%20Building%20a%20Heart%20Healthy%20Canada%20-%20FR%20-%20Fev%202009.pdf>.
48. *Programme intégré canadien de surveillance de la résistance aux antimicrobiens (PICRA)* (consulté le 26 juillet 2007). Sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/cipars-picra/index-fra.php>.
49. Canadian Medical Association Journal Mailing Split Run/Data Requisition, 2011. Fourni par la Division du marketing et de la recherche, Direction des services de marketing et de communication, Direction générale des affaires publiques, de la consultation et des communications.
50. *Représentants canadiens aux comités du codex* (consulté le 27 octobre 2011). Sur Internet : http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/intactivit/codex/delegation/head_of_delegation-representants_canadiens-fra.php.
51. CANTOX. *International comparison on the management of health claims and novel foods*, s.d. Sur Internet : <http://www.nutrinetcanada-nnc.ca/useredits/File/International%20Comparison%20on%20the%20Management%20of%20Health%20Claims%20and%20Novel%20Foods.pdf>.
52. *C-EnterNet – Aperçu* (consulté le 9 avril 2013). Sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/foodnetcanada/overview-apercu-fra.php>.
53. CENTRE D'EXCELLENCE EN ÉVALUATION. *Examiner l'utilisation des ressources des programmes dans le cadre de l'évaluation des programmes fédéraux* (consulté le 9 mai 2013). Sur Internet : <http://www.tbs-sct.gc.ca/cee/pubs/ci5-qf5/ci5-qf5tb-fra.asp>.
54. U.S. FOOD AND DRUG ADMINISTRATION. *CFSAN – what we do* (consulté le 12 mai 2010). Sur Internet : <http://www.fda.gov/AboutFDA/CentersOffices/OfficeofFoods/CFSAN/WhatWeDo/default.htm>.
55. CHAN, L., O. RECEVEUR, D. SHARP, H. SCHWARTZ, A. ING, et C. TIKHONOV. *Étude sur l'alimentation, la nutrition et l'environnement chez les Premières Nations (EANEPN) : résultats de la Colombie-Britannique (2008-2009)*, Prince George (C.-B.), University of Northern British Columbia, 2011 (version imprimée). (Aussi sur Internet : www.fnfnes.ca).
56. CHAN, L., O. RECEVEUR, D. SHARP, H. SCHWARTZ, A. ING, K. FEDIUK, A. BLACK et C. TIKHONOV. *Étude sur l'alimentation, la nutrition et l'environnement chez les Premières Nations (EANEPN) : résultats du*

- Manitoba 2010*, Prince George (C.-B.), 2012, University of Northern British Columbia (version imprimée). (Aussi sur Internet : www.fnfn.ca).
57. CHARLEBOIS, S. et G. MACKAY. *World ranking 2010 food safety performance*, 2010, Regina (Sask.), Johnson-Shoyama Graduate School of Public Policy.
 58. CHARLEBOIS, S. et Y. YOST. *Food safety performance world ranking 2008*, 2008, Regina (Sask.), University of Regina.
 59. *Méthodes chimiques – Compendium de méthodes d'analyse chimique des aliments* (consulté le 13 août 2008). Sur Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/res-rech/analy-meth/chem/index-fra.php>.
 60. *Substances chimiques – Substances du cinquième lot du Défi : 2-Propenamamide (Acrylamide)* (consulté le 20 février 2009). Sur Internet : <http://www.chemicalsubstanceschimiques.gc.ca/challenge-defi/summary-sommaire/batch-lot-5/79-06-1-fra.php>.
 61. CHEN, Y., ROSS et coll. « Variation in *Listeria monocytogenes* dose responses in relation to subtypes encoding a full-length or truncated Internalin », *Applied and Environmental Microbiology*, vol. 77, n° 4 (2011), p.1171-1180.
 62. CHENEY, M.C. « Canadian experience with food fortification », *Public Health Reviews*, vol. 28 (2000), p.171-177.
 63. *Division de l'enfance et de la jeunesse* (consulté le 21 juillet 2011). Sur l'intranet : <http://intranet.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirigen/fnihb-dgspni/od-bd/cpd-dpc/cyd-dej-fra.php>.
 64. *Division de la prévention des maladies chroniques et des blessures* (consulté le 21 juillet 2011). Sur l'intranet : <http://intranet.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirigen/fnihb-dgspni/od-bd/cpd-dpc/cdipd-dpmcb-fra.php>.
 65. COMMISSION DU CODEX ALIMENTARIUS. *Rapport de la quatrième session du Comité Codex sur les contaminants dans les aliments*, Izmir, Turquie, 26-30 avril 2010, Rome (IT), 2010.
 66. COMMISSION DU CODEX ALIMENTARIUS. *Rapport de la cinquième session du Comité Codex sur les contaminants dans les aliments*, La Haye, Pays-Bas, 21-25 mars 2011, Rome (IT), 2011.
 67. *Codex Alimentarius* (consulté le 30 septembre 2009). Sur Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/intactivit/codex/index-fra.php>.
 68. *Direction des Programmes communautaires* (consulté le 21 mars 2012). Sur Internet : <http://intranet.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirigen/fnihb-dgspni/od-bd/cpd-dpc/index-fra.php>.
 69. Confidentiality Commitment Statement of Legal Authority and Commitment from Health Canada Not to Publicly Disclose Non-Public Information Shared by the U.S. Food and Drug Administration (USFDA), U.S. Department of Health and Human Services, Ottawa, 18 novembre 2003. Auteurs.
 70. *Sécurité des produits de consommation – Recouvrement des coûts* (consulté le 13 janvier 2009). Sur Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/cps-spc/pest/registrant-titulaire/prod/cost-cout-fra.php>.
 71. *Sécurité des produits de consommation* (consulté le 24 janvier 2008). Sur Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/cps-spc/pest/part/int/index-fra.php>.
 72. *Contract between Health Canada and Reitmans (Canada) Limited*, Numéro de référence du contrat : 4500241029. Fourni par la Division du marketing et de la recherche, Direction des services de marketing et de communication, Direction générale des affaires publiques, de la consultation et des communications.
 73. COSSETTE MEDIA, Campagne de Santé Canada sur la salubrité des aliments (autorisation de travail : HT399-101148/001/CZ). (2010). Fourni par la Division du marketing et de la recherche, Direction des services de marketing et de communication, Direction générale des affaires publiques, de la consultation et des communications.
 74. COSSETTE MEDIA, Résumé de l'analyse après-achat des placements médias à la radio, Campagne de Santé Canada sur la salubrité des aliments (autorisation de travail : HT370-090014/001/CZ). (2010). Fourni par

la Division du marketing et de la recherche, Direction des services de marketing et de communication, Direction générale des affaires publiques, de la consultation et des communications.

75. *CRD fees charged for individual application types* (consulté le 14 juin 2011). Sur Internet : <http://www.pesticides.gov.uk/guidance/industries/pesticides/topics/pesticide-approvals/pesticides-registration/streams-and-fees/crd-fees-charged-for-individual-application-types.htm>.
76. CULLEN, S., ET B. STEMBRIDGE. *CONVENIENCE Vs. CONsCIENCE, food packaging in the 21st century, the role of intellectual property in the food packaging industry*. s.l., Thomson Reuters, 22 avril 2011.
77. DE WALLS, P. et coll. « Reduction of neural-tube defects after folic acid Fortification in Canada », *The New England Journal of Medicine*, vol. 357, n° 2 (2007), p. 135-142.
78. *Declaration Among the Department of Health and Human Services of the United States of America, the Department of Health of Canada, the Public Health Agency of Canada, and the Ministry of Health of the United Mexican States*, Washington, DC (consulté le 1^{er} novembre 2007). Sur Internet : <http://www.globalhealth.gov/global-health-topics/health-diplomacy/international-arrangements/index.html#2007>.
79. *Loi sur le ministère de la Santé*, Codification, Lois du Canada, 1996, ch. 8. Sur Internet : <http://lois.justice.gc.ca/PDF/H-3.2.pdf>.
80. DEWAILLY, E., M.L. CHÂTEAU-DEGAT, J.M. EKOE et R. LADOUCEUR. *Qamuippitaa? How are we? Status of Cardiovascular Disease and Diabetes in Nunavik*, Québec (QC), 2007, Institut national de santé publique du Québec & Nunavik Regional Board of Health and Social Service.
81. *Directive sur la fonction d'évaluation*, 2009.
82. DOWNS, S.M., A. ARNOLD, D. MARSHALL, L.J. McCARGAR, K.D. RAINE, et N.D. WILLOWS. Associations among the food environment, diet quality and weight status in Cree children in Québec. *Public Health Nutrition*, vol. 12, n° 9 (2009), p. 1504-11.
83. *Draft outcome notes for the QUADS Food Safety Regulatory Economics Working Group* - Téléconférence n° 12, le jeudi 15 décembre 2011, 16 h, É.-U.-Canada (2011).
84. *Draft outcome notes for the QUADS Food Safety Regulatory Economics Working Group* - Téléconférence n° 13, le lundi 5 mars 2012, 16 h, É.-U.-Canada.
85. *Draft outcome notes for the QUADS Food Safety Regulatory Economics Working Group* – Réunion n° 14, le mercredi 25 juillet 2012.
86. *Draft outcome notes for the QUADS Food Safety Regulatory Economics Working Group* – Réunion n° 15, le mercredi 5 septembre 2012.
87. EAGLE, S. Pushing the envelope. *Food in Canada*, vol. 59, n° 5 (1999), p. 23.
88. EGELAND, G. M., Z. CAO et T. KUE YOUNG. « Hypertriglyceridemic-waist phenotype and glucose intolerance among Canadian Inuit: the International Polar Year Inuit Health Survey for Adults 2007-2008 ». *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol.183, n° 9 (2011), p. E553–E558.
89. EGELAND, G. M., A. PACEY, Z. CAO et I. SOBOL. « Food insecurity among Inuit preschoolers: Nunavut Inuit Child Health Survey, 2007-2008 ». *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 182, n° 3 (2010), p. 243-248.
90. EKOS Research Associates Inc. (2010). *Survey of Canadians' knowledge & behaviour related to food safety - final report*. Ottawa, 2010.
91. ENNIS, M., L. McKEOWN, et D. PEATE. *Food safety and nutrition quality summative evaluation work plan*. Ottawa, TDV Global, 2009.
92. ENVIRONNEMENT CANADA. *Résumé des commentaires publics reçus sur l'ébauche du rapport d'évaluation préalable et du document sur le cadre de gestion des risques visant la substance acrylamide (n° CAS 79-06-1) incluse dans le cinquième lot du Défi* (consulté le 22 août 2009). Sur Internet : http://www.ec.gc.ca/ese-ees/05D6C289-0391-48ED-BA11-725506AD6485/batch5_79-06-1_pc_fr.pdf.

93. *Division de la recherche en santé environnementale* (consulté le 1^{er} septembre 2011). Sur Internet : <http://intranet.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/fnihb-dgspni/od-bd/phcphd-dsspsp/ehrd-drse-fra.php>.
94. EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL. *Annual report of the Director: 2007, 2008*. Sur Internet : http://www.ecdc.europa.eu/en/aboutus/Key%20Documents/07_KD_Annual_report_Director.pdf.
95. *Fees and levies* (s.d.). Sur Internet : <http://www.apvma.gov.au/registration/fees/index.php>.
96. CENTRE DES PREMIÈRES NATIONS. *Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations 2002-2003 – Résultats de l'enquête sur les enfants, les jeunes et les adultes dans les communautés des Premières nations*, Ottawa, 2005.
97. CENTRE DE GOUVERNANCE DE L'INFORMATION DES PREMIÈRES NATIONS. *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2008-10 – Rapport national sur les adultes, les adolescents et les enfants qui vivent dans les communautés des Premières Nations*, Ottawa, 2012.
98. FITZPATRICK, K. « Novel Fibers in Canada: Regulatory developments », *Cereal Foods World*, vol. 52, n°1 (2007), p.22-23.
99. PRODUITS ALIMENTAIRES ET DE CONSOMMATION DU CANADA. *Smarter regulations of foods in Canada* [Feuille de renseignements], Ottawa, 2006.
100. PRODUITS ALIMENTAIRES ET DE CONSOMMATION DU CANADA. *Food regulatory systems: Canada's performance in the global marketplace – a case study approach*. Guelph (Ont.), George Morris Centre, 2008.
101. FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS ET WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Principles and methods for the risk assessment of chemicals in food – summary*, s.l. 2009.
102. *Règlement sur les aliments et drogues*, Codification, C.R.C., ch. 870. Sur Internet : http://lois.justice.gc.ca/PDF/C.R.C.,_c._870.pdf.
103. *Loi sur les aliments et drogues*, Codification, Lois révisées du Canada (1985), ch. F-27. Sur Internet : <http://laws-lois.justice.gc.ca/PDF/F-27.pdf>.
104. *Aliments et nutrition – Autorisation de mise en marché provisoire (AMP)* (consulté le 30 avril 2010). Sur Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/legislation/ima-amp/index-fra.php>.
105. *Direction des aliments* (consulté le 10 août 2005). Sur Internet : <http://hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/hpfb-dgpsa/fd-da/index-fra.php>.
106. *Direction des aliments* (consulté le 10 août 2011). Sur Internet : http://hpfb-dgpsa-intranet/dor_drb/food_aliments_f.html.
107. *Food Safety Quadrilateral Group terms of reference*. s.d.
108. *Food Safety Regulatory Economics Working Group meeting 16*, 14 et 15 novembre 2012.
109. FOOD STANDARDS AUSTRALIA NEW ZEALAND. *Application handbook*. Australie, 2010.
110. *Produits chimiques résultant de la transformation des aliments* (consulté le 24 juillet 2008). Sur Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/securit/chem-chim/food-aliment/index-fra.php>.
111. *Évaluation des risques pour la santé liés aux aliments* (consulté le 28 octobre 2008). Sur Internet : http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/securit/chem-chim/food_risk-risq_alim-fra.php.
112. FRIESEN, R.I., et S.M. INNIS. « Trans fatty acids in human milk in Canada declined with the introduction of trans fat food labelling », *Journal of Nutrition*, vol.136 (2006), p.2558-2561
113. FROSST, G. *Marine food consumption surveys of the 'Namgis First Nation in Alert Bay, British Columbia, Victoria (C.-B)*, Département de biologie, Université de Victoria, 2008.
114. GARRIGUET, D. « Vue d'ensemble des habitudes alimentaires des Canadiens », *Nutrition : résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, vol. 2 (2006).

115. GARRIGUET, D. « L'obésité et les habitudes alimentaires de la population autochtone », *Rapports sur la santé*, vol. 19, n° 1 (2008), p. 21-37.
116. GARRIGUET, D. « La qualité de l'alimentation au Canada », *Rapports sur la santé*, vol. 20, n° 3 (2009), p.1-14.
117. GENDAL, S.M. *A joint FDA/Health Canada public health risk assessment: Listeria monocytogenes in soft-ripened cheese*. Présenté dans le cadre du XVI^e symposium sur les problèmes associés à la listériose (ISOPOL), Géorgie (É.-U.), mars 2007.
118. GENDEL, S.M., R. POUILLOT et C. MURRAY. *A joint FDA/Health Canada risk assessment: Listeria monocytogenes in soft-ripened cheese*. Présenté dans le cadre de la réunion annuelle de la Society for Risk Analysis, Baltimore, Maryland (É.-U.), 8 décembre 2009.
119. *Generally Recognized As Safe (GRAS)* (consulté le 8 octobre 2010). Sur Internet : <http://www.fda.gov/Food/IngredientsPackagingLabeling/GRAS/default.htm>.
120. *Global Foodborne Infections Network (GFN)* (consulté le 11 janvier 2010). Sur Internet : <http://www.who.int/gfn/ObjAct/en/index.html>.
121. GNIRSS, G. *Canadian food regulatory outlook 2008-2009*, 2009. Sur Internet : <http://www.worldfoodscience.org/cms/?pid=1004336>.
122. GOUVERNEMENT DU CANADA. Discours du Trône ouvrant la deuxième session de la trente-sixième législature du Canada, Débats de la Chambre des communes : 1999.10.12, p. 7, 10, 1999. Sur Internet : <http://www.parl.gc.ca/parlinfo/Documents/ThroneSpeech/36-2-f.html>.
123. GOUVERNEMENT DU CANADA. Discours du Trône ouvrant la deuxième session de la trente-septième législature du Canada, Débats de la Chambre des communes : 2002.09.30, p.8, 11, 2002. Sur Internet : <http://www.parl.gc.ca/parlinfo/Documents/ThroneSpeech/37-2-f.html>.
124. GOUVERNEMENT DU CANADA. Discours du Trône ouvrant la troisième session de la trente-septième législature du Canada, Débats de la Chambre des communes : 2004.02.02, p.12, 15, 2004. Sur Internet : <http://www.parl.gc.ca/parlinfo/Documents/ThroneSpeech/37-3-f.html>.
125. GOUVERNEMENT DU CANADA. Discours du Trône ouvrant la première session de la trente-huitième législature du Canada, Débats de la Chambre des communes : 2004.10.05, p.15, 2004. Sur Internet : <http://www.parl.gc.ca/parlinfo/Documents/ThroneSpeech/38-1-f.html>.
126. GOUVERNEMENT DU CANADA. (2007). Discours du Trône ouvrant la deuxième session de la trente-neuvième législature du Canada, Débats de la Chambre des communes : 2007.10.16, p.3, 2007. Sur Internet : <http://www.parl.gc.ca/parlinfo/Documents/ThroneSpeech/39-2-f.html>.
127. GOUVERNEMENT DU CANADA. *Plan d'action pour assurer la sécurité des produits alimentaires et de consommation (PASPAC) – Cadre de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats (CGRR)*. Ottawa, 2008.
128. GOUVERNEMENT DU CANADA. Discours du Trône ouvrant la première session de la quarantième législature du Canada, Débats de la Chambre des communes : 2008.11.19, p. 14, 2008. Sur Internet : <http://www.parl.gc.ca/parlinfo/Documents/ThroneSpeech/40-1-f.html>.
129. GOUVERNEMENT DU CANADA. *Guide sur la salubrité des aliments pour les 60 ans et plus*, Ottawa, 2010.
130. GOUVERNEMENT DU CANADA. *Guide sur la salubrité des aliments pour les personnes ayant un système immunitaire affaibli*, Ottawa, 2010.
131. GOUVERNEMENT DU CANADA. *Guide sur la salubrité des aliments pour les femmes enceintes*. Ottawa, 2010.
132. GOUVERNEMENT DU CANADA. Discours du Trône ouvrant la troisième session de la quarantième législature du Canada, Débats de la Chambre des communes : 2010.03.03, p. 2, 2010. Sur Internet : <http://www.parl.gc.ca/parlinfo/Documents/ThroneSpeech/40-3-f.html>.
133. GOUVERNEMENT DU CANADA. *Mesures prises pour renforcer le système de salubrité des aliments suite aux recommandations du rapport Weatherill : rapport final pour les Canadiens*, Ottawa, 2011.

134. GOUVERNEMENT DU CANADA. *Plan d'action pour assurer la sécurité des produits alimentaires et de consommation – Plans, dépenses et résultats 2009-2010* (consulté le 16 novembre 2011). Sur Internet : <http://www.tbs-sct.gc.ca/hidb-bdih/plan-fra.aspx?Org=0&Hi=85&PI=284>.
135. GOUVERNEMENT DU CANADA. *Plan d'action pour assurer la sécurité des produits alimentaires et de consommation – Plans, dépenses et résultats 2010-2011* (consulté le 16 novembre 2011). Sur Internet : <http://www.tbs-sct.gc.ca/hidb-bdih/plan-fra.aspx?Org=0&Hi=85&PI=342>.
136. *Centre de recherches sur les aliments de Guelph* (consulté le 3 décembre 2010). Sur Internet : <http://www.agr.gc.ca/fra/science-et-innovation/centres-de-recherche/ontario/centre-de-recherches-sur-les-aliments-de-guelph/?id=1180620168432>.
137. SANTÉ CANADA. HDR|HLB Decision Economics. *Health Canada, cost-benefit analysis of reducing the trans fat content of the Canadian food supply - final report*, Ottawa, 2009.
138. *Santé Canada effectue une mise à jour de la stratégie de gestion du risque relatif à la présence d'acrylamide dans les aliments* (consulté le 10 décembre 2009). Sur Internet : http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/securit/chem-chim/food-aliment/acrylamide/risk-management_gestion-risque-fra.php.
139. SANTÉ CANADA et US FOOD AND DRUG ADMINISTRATION. *Risk assessment summary: Listeria monocytogenes in soft-ripened cheese*. s.l., 2011.
140. SANTÉ CANADA, AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA et AGENCE CANADIENNE D'INSPECTION DES ALIMENTS. *Poids de la preuve : facteurs à considérer pour la prise de mesures appropriées et en temps opportun dans une situation d'enquête sur une éclosion de maladie d'origine alimentaire*, Ottawa, Santé Canada, 2011.
141. SANTÉ CANADA, AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA et AGENCE CANADIENNE D'INSPECTION DES ALIMENTS. *Canada : guide d'interventions lors d'éclotions d'intoxication alimentaire multi-juridictionnelles*, Ottawa, les auteurs, 21 juillet 2006.
142. SANTÉ CANADA, AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA et AGENCE CANADIENNE D'INSPECTION DES ALIMENTS. *Modalités canadiennes d'intervention lors de toxi-infection d'origine alimentaire (MITIOA) 2010 en cas d'éclosion multijuridictionnelle*, 2010. Sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/zoono/fiorp-mitioa/index-fra.php>.
143. SANTÉ CANADA. *Lesser Slave Lake health study - final report*. Ottawa, 1999.
144. SANTÉ CANADA. *Cadre décisionnel de Santé Canada pour la détermination, l'évaluation et la gestion des risques pour la santé*, Ottawa, 2010.
145. SANTÉ CANADA. *Cadre décisionnel de Santé Canada pour la détermination, l'évaluation et la gestion des risques pour la santé*, s.l., 2000.
146. SANTÉ CANADA. *Mandat – Comité interministériel du Codex Alimentarius (CIM/CODEX)* (consulté le 29 janvier 2001). Sur Internet : http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/intactivit/codex/delegation/terms_of_reference-mandat_comite_interministeriel-fra.php.
147. SANTÉ CANADA. « L'acrylamide et les aliments », *Ça vous concerne*, automne 2002, vol. 2, n° 1 (2002), p. 1-2.
148. SANTÉ CANADA. *Premier rapport annuel sur les priorités et les réalisations du programme 2003-2004*, Ottawa, Direction des aliments, Direction générale des produits de santé et des aliments, 2003.
149. SANTÉ CANADA. *First Nations traditional foods workshop*, Nanaimo (C.-B.), mars 2003.
150. SANTÉ CANADA. *Élaboration des politiques de sécurité alimentaire et de nutrition à la Direction des aliments – Manuel de référence*, Ottawa, Direction des aliments, Direction générale des produits de santé et des aliments, 2003.
151. SANTÉ CANADA. *Renseignements à fournir concernant la présentation de soumissions pour emballages de produits alimentaires* (consulté le 11 juillet 2003). Sur Internet : http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/legislation/guide-ld/guide_packaging-emballage01-fra.php.

152. SANTÉ CANADA. *Direction générale des produits de santé et des aliments, Comité de consultation publique : rapport annuel*, Ottawa, 2004.
153. SANTÉ CANADA. *Public opinion syndicated research summary – Compas – food for thought*. Ottawa, 2004.
154. SANTÉ CANADA. *Politique d'évaluation – Programme d'évaluation de la salubrité des aliments* (consulté le 1^{er} octobre 2004). Sur Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/securit/eval/pol/index-fra.php>.
155. SANTÉ CANADA. *Business case for the Health Canada Food Nutrition Surveillance System infrastructure/mechanism - final report*, Ottawa, 2005.
156. SANTÉ CANADA. *Plan d'activités de la Direction générale des produits de santé et des aliments 2005-2006 - Faits saillants*, Ottawa, 2005.
157. SANTÉ CANADA. *Direction générale des produits de santé et des aliments : rapport sur le rendement annuel des activités de participation du public 2004-2005*, Ottawa, 2005.
158. SANTÉ CANADA. *Public opinion syndicated research summary – Ipsos trend report Canada March/April 2005 and May/June 2005*, Ottawa, 2005.
159. SANTÉ CANADA. *Public opinion syndicated research summary – ACNielsen weight loss trends 2004*, Ottawa, 2005.
160. SANTÉ CANADA. *Public opinion syndicated research summary - EKOS security monitor 2004 waves 8 and 11*, Ottawa, 2005.
161. SANTÉ CANADA. *Plan de renouveau : transformer l'approche de la réglementation des produits de santé et des aliments au Canada*. Présenté lors de la séance d'information à l'intention du personnel de la DGPSA du 5 octobre 2006.
162. SANTÉ CANADA. *Plan de renouveau : transformer l'approche de la réglementation des produits de santé et des aliments au Canada – Annexe 8 : Coopération internationale en matière de réglementation*. Ottawa, 2006.
163. SANTÉ CANADA. *Rapport du chef de la délégation canadienne sur la 28^e session du Comité du Codex sur la nutrition et les aliments diététiques ou de régime de la Commission du Codex Alimentarius, tenue à Chiang Mai, en Thaïlande, le 3 novembre 2006*.
164. SANTÉ CANADA. *Food Directorate Performance Measurement (FDPM) system – user's guide*. Ottawa, 2006.
165. SANTÉ CANADA. *Procédure de laboratoire pour le dosage du benzène dans les boissons* (consulté le 5 juin 2006). Sur Internet : http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/res-rech/analy-meth/chem/lps_001-fra.php.
166. SANTÉ CANADA. *Une enquête de suivi sur le benzène dans les boissons non alcoolisées et dans d'autres boissons*. 2007. Sur Internet : http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/securit/benzene_follow_hra-ers-fra.pdf.
167. SANTÉ CANADA. *Bureau of Food Safety Assessment performance story*, Ottawa, 2007.
168. SANTÉ CANADA. *Rapport du chef de la délégation canadienne sur la 39^e session du Comité du Codex sur l'hygiène alimentaire, tenue à New Delhi, en Inde, le 4 novembre 2007*.
169. SANTÉ CANADA. *Projet de document d'orientation – Gestion des demandes préalables à la mise en marché*, Ottawa, 2007.
170. SANTÉ CANADA. *Food Directorate International Strategy*, Ottawa, 2007.
171. SANTÉ CANADA. *Food safety audit – preliminary survey phase*, Ottawa, 2007.
172. SANTÉ CANADA. *Direction générale des produits de santé et des aliments (DGPSA)- Feuille de route 2007-2012*, Ottawa, 2007.
173. SANTÉ CANADA. *Direction générale des produits de santé et des aliments - rapport sur le rendement en matière de participation du public 2005-2007*, Ottawa, 2007.

174. SANTÉ CANADA. *Direction générale des produits de santé et des aliments : 2007-2008 plan d'activité – Nos priorités et activités clés*, Ottawa, 2007.
175. SANTÉ CANADA. *Direction générale des produits de santé et des aliments : plan de renouveau II – Moderniser l'approche de la réglementation des produits de santé et des aliments au Canada*, Ottawa, 2007.
176. SANTÉ CANADA. *Votre santé et vous – Les gras trans*, Ottawa, 2007.
177. SANTÉ CANADA. *Proposed future assessments for Health Canada Bureau of Food Safety Assessment*, Ottawa, 2007.
178. SANTÉ CANADA. *Proposed future assessments for Health Canada Bureau of Food Safety Assessment – table*, Ottawa, 2007.
179. SANTÉ CANADA. *Provision of services related to human health risk assessment and toxicological reference values by the Bureau of Chemical Safety to the Environmental Research Division, First Nations and Inuit Health Branch*, Ottawa, 2007.
180. SANTÉ CANADA. *Rapport trimestriel de la recherche sur l'opinion publique – Regard sur la santé*, automne 2007, Ottawa, 2007.
181. SANTÉ CANADA. *Public opinion syndicated research summary - rethinking government 2007, wave 3 report*. Ottawa, 2007.
182. SANTÉ CANADA. « Apprendre à connaître la Direction des aliments », *Nouvelles de la DGPSA*, n° 11, juin 2007.
183. SANTÉ CANADA. *BFSA risk-based assessment plan of CFIA food safety activities FY 2010-11 to 2014-15 (draft)*, 20 mars 2007. Présenté au Comité consultatif sur la salubrité des aliments.
184. SANTÉ CANADA. *Bureau of Food Safety Assessment impacts*. Présenté à Daniel Chaput, directeur général associé, Direction des politiques, de la planification et des affaires internationales, Direction générale des produits de santé et des aliments, Ottawa, 20 mars 2007.
185. SANTÉ CANADA. *Le réseau mondial d'information en santé publique* (consulté le 30 mars 2007). Sur Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/intactiv/gphin-rmisp/index-fra.php>.
186. SANTÉ CANADA. *Détermination de la présence de benzène dans les boissons gazeuses par chromatographie en phase gazeuse par la technique de l'espace de tête couplée à la spectrométrie de masse* (consulté le 22 novembre 2007). Sur Internet : http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/res-rech/lps_002-fra.pdf.
187. SANTÉ CANADA. *BFSA performance measurement story*. Présenté à Daniel Chaput, directeur général associé, Direction des politiques, de la planification et des affaires internationales, Direction générale des produits de santé et des aliments, 10 octobre 2007.
188. SANTÉ CANADA. *Étude de cas canadienne – Projet CARMEN – Convergence des intervenants sur l'étiquetage nutritionnel : à la recherche d'un consensus sur un enjeu complexe*, 2008. Sur Internet : http://publications.gc.ca/collections/collection_2008/phac-aspc/HP5-58-2008F.pdf.
189. SANTÉ CANADA. *Cadre d'évaluation du Programme de salubrité des aliments et de qualité de la nutrition - Évaluation sommative*, Ottawa, 2008.
190. SANTÉ CANADA. *Rapport de vérification final – Vérification du Programme de la salubrité de la valeur nutritive des aliments*, Ottawa, 2008.
191. SANTÉ CANADA. *Stratégie de modernisation de la réglementation sur les aliments et la nutrition de Santé Canada (SMRAN)*, Ottawa, 2008.
192. SANTÉ CANADA. *Évaluation des risques pour la santé – Le benzène dans les boissons analysées en 2007, 2008*. Sur Internet : http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/securit/benzene_hra-ers_2008-fra.pdf.

193. SANTÉ CANADA. *Évaluation des risques pour la santé liés au bisphénol A dans les produits d'emballage alimentaire*, Ottawa, 2008.
194. SANTÉ CANADA. *Politique sur la différenciation des additifs alimentaires des agents technologiques*, Ottawa, 2008.
195. SANTÉ CANADA. *Public opinion syndicated research summary - Chinese imports safety study*, Ottawa, 2008.
196. SANTÉ CANADA. (2008). *Public Opinion syndicated research summary – First Nations syndicated study*, Ottawa, 2008.
197. SANTÉ CANADA. *Le gouvernement du Canada prend des mesures à l'égard d'un autre produit chimique préoccupant : le bisphénol A*. [Communiqué de presse] (18 avril 2008). Sur Internet : http://nouvelles.gc.ca/web/article-fr.do?crtr.sj1D=&mthd=advSrch&crtr.mnthndVI=&nid=392719&crtr.dpt1D=&crtr.tp1D=&crtr.lc1D=&crtr.yrStrtVI=2008&crtr.kw=&crtr.dyStrtVI=26&crtr.aud1D=&crtr.mnthStrtVI=2&crtr.yrmdVI=&crtr.dyndVI=&_ga=1.85529887.769898684.13908.
198. SANTÉ CANADA. *Dosage du bisphénol A dans une préparation liquide pour nourrissons par l'extraction en phase solide avec une dérivasation à l'anhydride acétique suivie d'une chromatographie en phase gazeuse couplée à une spectrométrie de masse* (août 2008). Sur Internet : http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/res-rech/lps_004-fra.pdf.
199. SANTÉ CANADA. *La détermination de la présence d'acrylamide dans les aliments par CL-ESI-SM-SM* (consulté le 10 janvier). Sur Internet : http://publications.gc.ca/collections/collection_2009/sc-hc/H164-67-2008F.pdf.
200. SANTÉ CANADA. *Procédure d'élaboration et de gestion des méthodes microbiologiques dans les aliments – Partie 1: Définitions et explications des méthodes et des procédures générales* (consulté le 5 juin 2008). Sur Internet : http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/res-rech/analy-meth/microbio/volume1/method_development-fra.php.
201. SANTÉ CANADA. *Normes et lignes directrices de la Direction générale des produits de santé et des aliments (DGPSA) sur l'innocuité microbiologique des aliments – Sommaire explicatif* (consulté le 11 avril 2008). Sur Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/res-rech/analy-meth/microbio/volume1/intsum-somexp-eng.php>.
202. SANTÉ CANADA. *Dosage de la mélamine dans divers produits qui contiennent du lait*, novembre 2008. Sur Internet : http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/pubs/melamine_milk-lait-fra.pdf.
203. SANTÉ CANADA. (2009). *Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada : déterminants de la santé de 1999 à 2003*. Ottawa.
204. SANTÉ CANADA. *Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada : auto-évaluation de la santé et affections choisies de 2002 à 2005*, Ottawa, 2009.
205. SANTÉ CANADA. *Food Directorate highlights Q1 2009-10*, Ottawa, 2009.
206. SANTÉ CANADA. *Rapport sur les leçons apprises – Intervention de Santé Canada lors de l'écllosion de listériose de 2008*, Ottawa, 2009.
207. SANTÉ CANADA. *Q3 Update on pre-market submission modernization*. Présenté au CEDA le 14 janvier 2009, Presented to FDE January 14, 2009, Ottawa, 2009.
208. SANTÉ CANADA. *Bureau of Food Safety Assessment: staff, mandate, impacts, challenges and solutions*. Présenté à Michael Vandergrift, directeur général, Direction des politiques, de la planification et des affaires internationales, Direction générale des produits de santé et des aliments, Ottawa, 15 avril 2009.
209. SANTÉ CANADA. *Plan d'échantillonnage pour la première phase du Programme de surveillance de l'acrylamide* (consulté le 28 août 2009). Sur Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/securit/chem-chim/food-aliment/acrylamide/sampling-plan-echantillonnage-fra.php>.
210. SANTÉ CANADA. *Consultation technique sur la proposition de modification du Règlement sur les aliments et les drogues formulées par Santé Canada visant à permettre l'utilisation de l'enzyme asparaginase dans*

- certaines produits alimentaires* (consulté le 9 décembre 2009). Sur Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/consult/dec2009-asparaginase/index-fra.php>.
211. SANTÉ CANADA. *Enquête sur la migration potentielle de bisphénol A dans les préparations liquides en conserve pour nourrissons selon leur durée d'entreposage à la température ambiante – Sommaire* (consulté le 10 juin 2008). Sur Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/pubs/securit/summ-bpa-temp-fra.php>.
 212. SANTÉ CANADA. *Cadre stratégique pour la participation du Canada au programme mixte FAO/OMS sur les normes alimentaires* (consulté le 7 septembre 2004). Sur Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/intactivit/codex/activit/strateg-codex-2008-2012-fra.php>.
 213. SANTÉ CANADA. *Enquête sur la présence de bisphénol A dans les préparations liquides en conserve pour nourrissons au Canada* (consulté le 13 août 2008). Sur Internet : http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/securit/packag-emball/bpa/bpa_survey-enquete-fra.php.
 214. SANTÉ CANADA. *Enquête sur la présence de bisphénol A dans les préparations en poudre vendues en conserve à l'intention des nourrissons* (consulté le 19 juin 2009). Sur Internet : http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/securit/packag-emball/bpa/bpa_survey-summ-enquete-pow-pou-fra.php.
 215. SANTÉ CANADA. *Enquête sur la présence de bisphénol A dans les eaux embouteillées* (consulté le 23 juin 2009). Sur Internet : http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/securit/packag-emball/bpa/bpa_survey-summ-enquete-bot-bou-fra.php.
 216. SANTÉ CANADA. *Enquête sur la présence de bisphénol A dans les boissons en canette* (consulté le 4 mars 2009). Sur Internet : http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/securit/packag-emball/bpa/bpa_survey-enquete-can-fra.php.
 217. SANTÉ CANADA. *Food Policy and Science Integration Committee – Terms of Reference* (consulté le 1^{er} mai 2009).
 218. SANTÉ CANADA. *Enquête sur la présence de bisphénol A dans les aliments préemballés dans les pots de verre à couvercle métallique* (consulté le 27 mai 2009). Sur Internet : http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/securit/packag-emball/bpa/bpa_survey-summ-enquete-fra.php.
 219. SANTÉ CANADA. *Bureau of Food Safety Assessment – mandate, plans and impacts*, Ottawa, 2010.
 220. SANTÉ CANADA. *Chemical contaminant health risk assessments*, Ottawa, 2010.
 221. SANTÉ CANADA. *Food Directorate highlights Q1/Q2 2009-2010*, Ottawa, 2010.
 222. SANTÉ CANADA. *Food Directorate highlights Q3 2009-2010*, Ottawa, 2010.
 223. SANTÉ CANADA. *Food supply chain stakeholders meeting – February 12, 2010, “as was said” report*, Ottawa, 2010.
 224. SANTÉ CANADA. *Architecture des activités de programme de Santé Canada (en vigueur à partir du 1^{er} avril 2011)*, Ottawa, 2010.
 225. SANTÉ CANADA. *Health Products and Food Branch quarterly program review - Food and Nutrition program Quarter 1 [FY 2010-2011]*, Ottawa, 2010.
 226. SANTÉ CANADA. *Health Products and Food Branch quarterly program review - Food and Nutrition Program quarter 2 [FY 2010-2011]*, Ottawa, 2010.
 227. SANTÉ CANADA. *Health Products and Food Branch quarterly program review - Food and Nutrition Program quarter 4 [FY 2009-2010]*, Ottawa, 2010.
 228. SANTÉ CANADA. *Major FD 2009-2010 Food Directorate achievements, ADM summary highlights 2009-2010*, Ottawa, 2010.
 229. SANTÉ CANADA. *Stratégie de réduction du sodium pour le Canada : recommandations du Groupe de travail sur le sodium*, 2010.
 230. SANTÉ CANADA. *Conseils pour lait cru* (consulté le 11 août 2010), Ottawa.

231. SANTÉ CANADA. *Proposition de Santé Canada visant à modifier le Règlement sur les aliments et les drogues afin de permettre l'utilisation de l'enzyme asparaginase dans certains produits alimentaires* (consulté le 16 août 2010). Sur Internet : http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/consult/_2009-asparaginase/prop-asparaginase-fra.php.
232. SANTÉ CANADA. *Enquête sur la présence de bisphénol A dans les boissons gazeuses et les bières provenant des marchés canadiens – Sommaire* (consulté le 25 août 2010). Sur Internet : http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/securit/packag-emball/bpa/bpa_survey-summ-enquete-soft-drink-boisson-gazeuse-fra.php.
233. SANTÉ CANADA. *Taking stock and looking forward, Health Canada assessment plan of CFIA food safety activities: FY 2010-11 to 2014-15 (draft for discussion)*. Présenté au Comité exécutif de la Direction générale des produits de santé et des aliments, Ottawa, juillet 2010.
234. SANTÉ CANADA. *Enquête sur la présence de bisphénol A dans les produits alimentaires en conserve provenant des marchés canadiens – Sommaire* (consulté le 28 mai 2010). Sur Internet : http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/securit/packag-emball/bpa/bpa_survey-summ-enquete-can-con-fra.php.
235. SANTÉ CANADA. *Mandat du Comité des méthodes microbiologiques* (consulté le 7 septembre 2010). Sur Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/res-rech/analy-meth/microbio/volume1/tor-mdc-fra.php>.
236. SANTÉ CANADA. *Soft and semi-soft cheeses made from raw and unpasteurized milk - an assessment of risks associated with the mandatory 60-day holding period*, Ottawa, 2011.
237. SANTÉ CANADA. *1 800 O-Canada service, Health Canada - food safety weekly activity report, report for week of March 22, 2010* [fichier de données], 2011. Fourni par la Division du marketing et de la recherche, Direction des services de marketing et de communication, Direction générale des affaires publiques, de la consultation et des communications.
238. SANTÉ CANADA. *1 800 O-Canada service, Health Canada - food safety weekly activity report, report for week of March 29, 2010* [fichier de données], 2011. Fourni par la Division du marketing et de la recherche, Direction des services de marketing et de communication, Direction générale des affaires publiques, de la consultation et des communications.
239. SANTÉ CANADA. *1 800 O-Canada, food safety activity report, week of March 21, 2011* [fichier de données], 2011. Fourni par la Division du marketing et de la recherche, Direction des services de marketing et de communication, Direction générale des affaires publiques, de la consultation et des communications.
240. SANTÉ CANADA. *4500297 Building rapid response capability through new technologies for detection of foodborne pathogens in outbreak situations and ongoing surveillance – achievements*, 2011. Fourni par la Direction des aliments, Direction générale des produits de santé et des aliments, SGRP.
241. SANTÉ CANADA. *4500297 Building rapid response capability through new technologies for detection of foodborne pathogens in outbreak situations and ongoing surveillance – project description*, 2011. Fourni par la Direction des aliments, Direction générale des produits de santé et des aliments, SGRP.
242. SANTÉ CANADA. *4500332 Multianalyte approach in mycotoxin analysis – Project Description and Achievements*, 2011. Fourni par la Direction des aliments, Direction générale des produits de santé et des aliments, SGRP.
243. SANTÉ CANADA. *4500833 Rapid screening methods for natural toxins – achievements*, 2011. Fourni par la Direction des aliments, Direction générale des produits de santé et des aliments, SGRP.
244. SANTÉ CANADA. *4500867 Food safety - rapid methods of detection – achievements*, 2011. Fourni par la Direction des aliments, Direction générale des produits de santé et des aliments, SGRP.
245. SANTÉ CANADA. *4500867 invited review: "rapid methods for food safety" in new food magazine (in press) – introduction*, 2011. Fourni par la Direction des aliments, Direction générale des produits de santé et des aliments, SGRP.
246. SANTÉ CANADA. *4500871 Biostats lab – project description and achievements*, 2011. Fourni par la Direction des aliments, Direction générale des produits de santé et des aliments, SGRP.

247. SANTÉ CANADA. Comptes rendus des réunions du Comité consultatif, de 2001 à 2011, 2011. Fournis par la Direction des politiques, de la planification et des affaires internationales, Direction générale des produits de santé et des aliments.
248. SANTÉ CANADA. *Établissement d'une capacité d'intervention rapide reposant sur une nouvelle plateforme microfluidique de détection des pathogènes d'origine alimentaire* [Affiche], Ottawa, 2011.
249. SANTÉ CANADA. *Call letter - food safety health risk assessment consortium*, Ottawa, 2011.
250. SANTÉ CANADA. *Discussion document on soft and semi-soft cheese made from raw or unpasteurized milk*, s.l., 2011.
251. SANTÉ CANADA. *Executive summary of the Food Regulatory Advisory Committee meeting June 1-2, 2011 – draft*, Ottawa, 2011.
252. SANTÉ CANADA. *Rapport de vérification définitif – Vérification de la gestion des communications externes*, Ottawa, 2011.
253. SANTÉ CANADA. *Food and nutrition*, www.hc-sc.gc.ca/fn-an/index-eng.php, custom view: 01/03/10 - 30/04/11, March 1, 2010 12:00:00 AM – April 30, 2011 11:59:59 PM [Conseils sur la salubrité des aliments à l'intention des personnes ayant un système immunitaire affaibli – Statistiques relatives au site Web], 2011. Fourni par la Division du marketing et de la recherche, Direction des services de marketing et de communication, Direction générale des affaires publiques, de la consultation et des communications.
254. SANTÉ CANADA. *Food and nutrition/securit/kitchen-cuisine/*, custom view: 3/1/10 - 4/30/11, March 1, 2010 12:00:00 AM – April 30, 2011 11:59:59 PM [Statistiques relatives au site Web], 2011. Fourni par la Division du marketing et de la recherche, Direction des services de marketing et de communication, Direction générale des affaires publiques, de la consultation et des communications.
255. SANTÉ CANADA. *Procédures normales d'exploitation de la Direction des aliments pour la réalisation d'évaluations des risques pour la santé pour l'ACIA dans le contexte des enquêtes sur la salubrité des aliments*, 2011, Ottawa.
256. SANTÉ CANADA. *Food Regulatory Advisory Committee June 1–2, 2011 “as was said” session report*, Ottawa, 2011.
257. SANTÉ CANADA. *Food Regulatory Advisory Committee meeting June 1-2, 2011 summary of potential recommendations – draft*, Ottawa, 2011.
258. SANTÉ CANADA. *Food Regulatory Advisory Committee meeting June 1-2, 2011 key messages*, Ottawa, 2011.
259. SANTÉ CANADA. *Food Regulatory Advisory Committee video-conference meeting notes Monday, December 6th, 2010 13h00 – 16h00 (Eastern Standard Time) – draft*, Ottawa, 2011.
260. SANTÉ CANADA. *Food safety health risk assessment consortium - contacts* [fichier de données], 2011. Fourni par la Direction des aliments, Direction générale des produits de santé et des aliments.
261. SANTÉ CANADA. *FSAAC meetings* [fichier de données], 2011. Fourni par la Direction des politiques, de la planification et des affaires internationales, Direction générale des produits de santé et des aliments.
262. SANTÉ CANADA. *FY 2011-12 Q1, Q2 and Q3 look ahead strategic summary and analysis of Health Products and Food Branch (HPFB) successes and challenges, highlights for ADM*, Ottawa, 2011.
263. SANTÉ CANADA. *Health Canada publications - safe food handling* [Statistiques sur les publications], 2011. Fourni par la Division du marketing et de la recherche, Direction des services de marketing et de communication, Direction générale des affaires publiques, de la consultation et des communications.
264. SANTÉ CANADA. *Health Canada*, www.hc-sc.gc.ca, custom view: 01/03/10 - 30/04/11, March 1, 2010 12:00:00 AM – April 30, 2011 11:59:59 PM [Conseils sur la salubrité des aliments à l'intention des personnes de 60 ans et plus – Statistiques relatives au site Web], 2011. Fourni par la Division du marketing et de la recherche, Direction des services de marketing et de communication, Direction générale des affaires publiques, de la consultation et des communications.

265. SANTÉ CANADA. *Health Canada*, www.hc-sc.gc.ca, custom view: 01/03/10 - 30/04/11, March 1, 2010 12:00:00 AM – April 30, 2011 11:59:59 PM [Conseils sur la salubrité des aliments à l'intention des femmes enceintes – Statistiques relatives au site Web Safe food handling for pregnant women Web site statistics], 2011. Fourni par la Division du marketing et de la recherche, Direction des services de marketing et de communication, Direction générale des affaires publiques, de la consultation et des communications.
266. SANTÉ CANADA. *Health Products and Food Branch quarterly program review - Food and Nutrition Program quarter 3 [FY 2010-2011]*, Ottawa, 2011.
267. SANTÉ CANADA. *Health risk assessments trend analysis FY 2008-2011: microbial and chemical food safety investigations*. Présenté au Comité des DG sur la salubrité des aliments, Ottawa, 2011.
268. SANTÉ CANADA. *Health risk for soft and semi-soft cheeses made from raw or unpasteurized milk – draft*, Ottawa, Santé Canada, 2011.
269. SANTÉ CANADA. *HPFB Food Safety and Nutrition Program sub-activity: food safety - 2010-11 look back 2011-2012 look ahead*, Ottawa, 2011.
270. SANTÉ CANADA. *HPFB Food Safety and Nutrition Program sub-activity: food safety – 2011-2012 – Q1 update*, Ottawa, 2011.
271. SANTÉ CANADA. « Revue internationale d'analyse des risques alimentaires ». *La chronique alimentaire*, vol. 1, n° 2 (2011), p. 5.
272. SANTÉ CANADA. *Listeria performance progress report-fall 2009 to august 2011, Theme 2: enhance surveillance & detection*, Ottawa, 2011.
273. SANTÉ CANADA. *Listeria performance progress report-fall 2009 to august 2011, Theme 1: address immediate food safety risks*, Ottawa, 2011.
274. SANTÉ CANADA. *Une nouvelle méthode d'isolement des espèces de Listeria dans les aliments en réaction à l'éclosion de listériose de 2008 survenue au Canada* [Affiche], Ottawa, 2011.
275. SANTÉ CANADA. « Demandes préalables à la mise en marché : le rendement », *La chronique alimentaire*, vol. 1, n° 1 (2011), p. 2.
276. SANTÉ CANADA. « Demandes préalables à la mise en marché : le rendement », *La chronique alimentaire*, vol. 1, n° 2 (2011), p. 2.
277. SANTÉ CANADA. *Demandes dont l'objet à la capacité d'améliorer la salubrité des aliments – Attribution de priorité et traitement accéléré*, Ottawa, 2011.
278. SANTÉ CANADA. *Service standard of the Microbiological Methods Committee – draft*, Ottawa, 2011.
279. SANTÉ CANADA. *Terms of reference - Food Safety Health Risk Assessment Consortium*, Ottawa, 2011.
280. SANTÉ CANADA. *Bureau of Microbial Hazards risk assessment section meeting minutes - learning activities*. Ottawa, 3 août 2011.
281. SANTÉ CANADA. *Health risk for soft and semi-soft cheeses made from raw or unpasteurized milk*, Ottawa, 10 janvier 2011.
282. SANTÉ CANADA. *Bureau of Microbial Hazards risk assessment section meeting minutes - learning activities*, Ottawa, 6 juillet 2011.
283. SANTÉ CANADA. *Procédure d'élaboration et de gestion des méthodes microbiologiques dans les aliments - Partie 4 : lignes directrices pour la validation relative des méthodes microbiologiques qualitatives indirectes* (mars 2011). Sur Internet : http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/pdf/res-rech/analy-meth/microbio/volume1/method_development_pt4-fra.pdf.
284. SANTÉ CANADA. *Bureau of Microbial Hazards risk assessment section meeting minutes - learning activities*, Ottawa, 13 octobre 2011.

285. SANTÉ CANADA. *HPFEB Food Safety and Nutrition Program FY 2011-12 Q2 report*. Présenté au Comité exécutif de la Direction générale des produits de santé et des aliments, Ottawa, 27 octobre 2011.
286. SANTÉ CANADA. *Lignes directrices pour la préparation d'une demande d'approbation d'une allégation santé relative aux aliments fondée sur un examen systématique existant* (octobre 2011). Sur Internet : http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/pdf/legislation/guide-ld/systemat-revi-sub-fra.pdf.
287. SANTÉ CANADA. *Les adolescents canadiens comblent-ils leurs besoins en nutriments uniquement grâce à l'alimentation?* (2012). Sur Internet : http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/pdf/surveill/nutrition/commun/art-nutr-adol-fra.pdf.
288. SANTÉ CANADA. *Les adultes canadiens comblent-ils leurs besoins en nutriments uniquement grâce à l'alimentation?* (2012). Sur Internet : http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/pdf/surveill/nutrition/commun/art-nutr-adult-fra.pdf.
289. SANTÉ CANADA. *Les enfants canadiens comblent-ils leurs besoins en nutriments uniquement grâce à l'alimentation?* (2012). Sur Internet : http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/pdf/surveill/nutrition/commun/art-nutr-child-enf-fra.pdf.
290. SANTÉ CANADA. *Food and Nutrition Safety Program sub-activity FY 2012-13 mid-year review*, Ottawa, 2012.
291. SANTÉ CANADA. *Food Directorate key commitments and business plan for 2012-2013*, Ottawa, 2012.
292. SANTÉ CANADA. *Food Safety Program activities planned for completion in Q4 (FY 2011-12)*, Ottawa, 2012.
293. SANTÉ CANADA. *Food supply chain stakeholder meeting – January 16, 2012, “as was said” report*, Ottawa, 2012.
294. SANTÉ CANADA. *Food supply chain stakeholders meeting – November 1, 2012, draft summary of participant questions & FD/CFIA answers*, Ottawa, 2012.
295. SANTÉ CANADA. *Food supply chain stakeholders meeting – November 1, 2012, summary of the meeting*, Ottawa, 2012.
296. SANTÉ CANADA. *Mise à jour de l'évaluation par Santé Canada de l'exposition au bisphénol A (BPA) par voie alimentaire*. Ottawa, 2012.
297. SANTÉ CANADA. *Health Products and Food Branch FY 2011-2012 program activities Q3 look back and Q4 look ahead*, Ottawa, 2012.
298. SANTÉ CANADA. « Demandes préalables à la mise en marché : le rendement », *La chronique alimentaire*, vol.1, n^{os} 3 et 4 (2012), p. 2.
299. SANTÉ CANADA. « Demandes préalables à la mise en marché : le rendement », *La chronique alimentaire*, vol. 2, n^o 1 (2012), p. 2.
300. SANTÉ CANADA. « Demandes préalables à la mise en marché : le rendement », *La chronique alimentaire*, vol. 2, n^o 2 (2012), p. 2.
301. SANTÉ CANADA. *Mise à jour sur les engagements en matière de gestion des risques que comporte le bisphénol A pris par la Direction des aliments dans le cadre du Plan de gestion des produits chimiques du Canada*, Ottawa, 2012.
302. SANTÉ CANADA. *Évaluation de l'exposition des Canadiens à l'acrylamide dans les aliments* (consulté le 23 août 2012). Sur Internet : http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/securit/chem-chim/food-aliment/acrylamide/can_exp_acryl_food-alim-fra.php.
303. SANTÉ CANADA. *Évaluation de l'exposition à l'acrylamide dans les aliments révisée par Santé Canada*, (août 2012). Sur Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/securit/chem-chim/food-aliment/acrylamide/rev-eval-exposure-exposition-fra.php>.
304. SANTÉ CANADA. *Insécurité alimentaire des ménages dans certaines provinces et les territoires en 2009-2010* (consulté le 25 juillet 2012). Sur Internet : http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/surveill/nutrition/commun/insecurit/prov_ter-fra.php.

305. SANTÉ CANADA. *Food and Nutrition Safety Program Strategic Plan 2012-2015* (consulté le 25 octobre 2012), s.l.
306. SANTÉ CANADA. « Demandes préalables à la mise en marché : le rendement », *La chronique alimentaire*, vol. 2, n° 3 (2013), p. 2.
307. SANTÉ CANADA. *Guide de préparation des demandes d'autorisation concernant les additifs alimentaires*, Ottawa, janvier 2013.
308. SANTÉ CANADA. *Food Directorate performance measurement best practices manual – version 1.1*, Ottawa, s.d., Direction des aliments, Direction générale des produits de santé et des aliments.
309. SANTÉ CANADA. *Consultation - microbiological criteria for soft and semi-soft cheese made from raw/unpasteurized milk (without 60 days storage)*, s.l., s.d.
310. SANTÉ CANADA. *Rapport ministériel sur le rendement 2007 – 2008*, s.d.
311. SANTÉ CANADA. *Discussion document, soft and semi-soft cheese made from unpasteurized milk (including raw milk)*, s.l., s.d.
312. SANTÉ CANADA. *Discussion on soft and semi-soft cheese made from unpasteurized milk (which includes raw)* [Discussions avec les provinces et territoires], novembre 2011, s.d.
313. SANTÉ CANADA. *Factors considered in the determination of a food allergen health risk assessment*, Ottawa, s.d., Direction des aliments, Direction générale des produits de santé et des aliments.
314. SANTÉ CANADA. *Santé Canada : plan opérationnel ministériel 2009-2010*, Ottawa, s.d.
315. SANTÉ CANADA. *Document d'orientation provisoire – Préparation d'une présentation pour les aliments visés par des allégations santé et normes de preuve pour l'évaluation des aliments visés par des allégations sané*, Ottawa, s.d., Direction des aliments, Direction générale des produits de santé et des aliments.
316. SANTÉ CANADA. *National First Nations Environmental Contaminants Program – Overview*, [Résumé de la présentation]. Ottawa, Direction des soins de santé primaires et de la santé publique, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, s.d.
317. SANTÉ CANADA. *Soft and semi-soft cheese made from unpasteurized/raw milk in Canada*. Présenté au Conseil des médecins hygiénistes en chef, 6 septembre 2011.
318. SANTÉ CANADA. *Soft and semi-soft cheese made from unpasteurized/raw milk*. Présentation au Comité scientifique de la Direction des aliments, 9 mai 2012.
319. SANTÉ CANADA. *Talking points for expert consultation meeting on soft and semi-soft cheese made from unpasteurized milk (including raw milk) – labelling and education*, s.l., s.d.
320. SANTÉ CANADA. *Talking points for expert consultation meeting on soft and semi-soft cheese made from unpasteurized milk (including raw milk) – record-keeping discussion*, s.l., s.d..
321. SANTÉ CANADA. *Update on raw and unpasteurized milk soft and semi-soft cheese*. Présentation to the Food Directorate Science Committee, 22 septembre 2010.
322. SANTÉ CANADA. *Update on raw milk soft and semi-soft cheese*. Présentation au Comité scientifique de la Direction des aliments, 23 septembre 2009.
323. SANTÉ CANADA. *Update on soft and semi-soft cheese made from unpasteurized milk*. Présentation au CFPTSA, 24 novembre 2010.
324. SANTÉ CANADA. *Update on soft and semi-soft cheese made from unpasteurized milk*. Présentation au Comité exécutif de la Direction générale, 28 octobre 2010.
325. SANTÉ CANADA. *Update on soft and semi-soft cheese made from unpasteurized milk (which includes raw)*. Présentation au Conseil des médecins hygiénistes en chef pour le Canada, mars 2011.
326. SANTÉ CANADA. *Update on soft and semi-soft cheese made from unpasteurized milk (which includes raw)*. Présentation au Comité scientifique de la Direction des aliments, 12 avril 2011.

327. SANTÉ CANADA. *Update on soft and semi-soft cheese made from unpasteurized milk (which includes raw)*. Présentation au CFPTSA, 25 mai, 2011.
328. SANTÉ CANADA. *Webtrends report for food and nutrition April 1, 2008- March 31, 2009*, Ottawa, s.d.
329. *Évaluation des risques pour la santé – Le benzène dans les boissons* (consulté le 9 avril 2008). Sur Internet : http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/securit/chem-chim/food-aliment/benzene/benzene_hra-ers-fra.php.
330. *Méthodes de la DGPS pour l'analyse microbiologique des aliments* (consulté le 4 décembre 2012). Sur Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/res-rech/analy-meth/microbio/volume2-fra.php>.
331. IPSOS-REID CORPORATION. *Consumer perceptions of food safety and quality*. Rapport préparé pour Agriculture et Agroalimentaire Canada, Winnipeg (Man.), 2004.
332. IPSOS-REID CORPORATION. *Consumer perceptions of food safety and quality wave 2 tracking 2006*. Rapport préparé pour Agriculture et Agroalimentaire Canada, Winnipeg (Man.), 2006.
333. JAMIESON, J.A., A.A. WEILWE, H.V. KUHNLEIN, et G.M. EGELAND. « Traditional food intake is correlated with iron stores in Canadian Inuit men », *Journal of Nutrition*, vol. 142, n° 4 (2012), p. 764-70.
334. JIN, A. *Traditional food diet survey of Nak'azdli Band members, 2003 - preliminary data analysis report*, Surrey (C.-B.), 2003.
335. JIN, A. *Survey of traditional food and medicine consumption among Tahltan people in Dease Lake, Telegraph Creek and Iskut, BC, 2005-2006 – data analysis report*, Surrey (C.-B.), 2006.
336. JOHNSON-DOWN, L. et G.M. EGELAND. « Adequate nutrient intakes are associated with traditional food consumption in Nunavut Inuit children aged 3-5 years », *Journal of Nutrition*, vol.140, n° 7 (2010), p. 1311-6.
337. KOCHHAR, H.P.S., et B.R. EVANS. « Current status of regulation biotechnology-derived animals in Canada – Animal food safety considerations », *Theriogenology*, vol. 67 (2007), p. 188-197.
338. KPMG. *Rechercher la confiance du public dans la réglementation des pesticides et améliorer l'accès aux produits antiparasitaires : évaluation sommative – Rapport final*, Ottawa, 2010.
339. L'ABBÉ, M.R. *Case study -taking trans fat out of the food supply - the Canadian experience*. Présenté lors de la Prince Mahidol Award Conference de 2009, Bangkok, Thaïlande, janvier 2009.
340. *Procédures de laboratoire concernant l'analyse microbiologique des aliments* (consulté le 22 juillet 2013). Sur Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/res-rech/analy-meth/microbio/volume3-fra.php>.
341. LAWN, J. et D. HARVEY. *La nutrition et la sécurité alimentaire à Kugaaruk au Nunavut : enquête de référence pour le projet-pilote lié au programme Aliments-poste*, Ottawa, Travaux publics Canada, 2003.
342. LAWN, J. et D. HARVEY. *La nutrition et la sécurité alimentaire à Kangiqsujuaq au Nunavut : enquête de référence pour le projet-pilote lié au programme Aliments-poste*, Ottawa, Travaux publics Canada, 2004.
343. LÉGER MARKETING. *Food safety: Canadians' awareness, attitudes and behaviours 2011*. Sur Internet : http://epe.lac-bac.gc.ca/100/200/301/pwgsc-tpsgc/por-ef/canadian_food_inspection_agency/2011/048-10/report.pdf.
344. LEITCH, K.K. (2007). *Vers de nouveaux sommets : rapport de la conseillère en santé des enfants et des jeunes*, Ottawa, Santé Canada, 2007.
345. Letter from the Brazilian Health Surveillance Agency (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) to the Health Products and Food Branch and the Healthy Environments and Consumer Safety Branch of Health Canada in respect of the sharing of confidential information, 2009.
346. Letter from the European Food Safety Authority to the Food Directorate of the Health Products and Food Branch at Health Canada in respect of supporting both the FD and EFSA's efforts to identify, assess and, for Health Canada's FD, manage potential food born risks to human health, 15 février 2010.

347. Letter from the Food Directorate of the Health Products and Food Branch at Health Canada to the European Food Safety Authority in respect of supporting both the EFSA and FD's efforts to identify, assess and, for Health Canada's FD, manage potential food born risks to human health, 15 février 2010.
348. Letter from the Health Products and Food Branch and the Healthy Environments and Consumer Safety Branch of Health Canada to the Brazilian Health Surveillance Agency (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) in respect of the sharing of confidential information, 2009.
349. Letter from the Health Products and Food Branch to the Medicines and Healthcare products Regulatory Agency of the United Kingdom Department of Health in respect of the sharing of confidential information, 18 août 2009.
350. Letter from the Medicines and Healthcare products Regulatory Agency of the United Kingdom Department of Health to the Health Products and Food Branch in respect of the sharing of confidential information, 18 août 2009.
351. Letter from the U.S. Food and Drug Administration of the Department of Health and Human Services to the Health Products and Food Branch of Health Canada in respect of the amendment of the 2003 MoU to include foods and natural health products, 16 avril 2008.
352. Letter of Intent between the Department of Health of Canada and the Secretariat of Health of the United Mexican States on Health Sector Collaboration, 25 octobre 2004.
353. Lettre d'autorisation de mise en marché temporaire (LAMT) permettant la vente par la Fromagerie F.X. Pichet Inc. de fromage à pâte molle fait de lait non pasteurisé qui n'est pas conforme à l'article B.08.030 et à l'alinéa B.08.043(a) du Règlement sur les aliments et drogues - signée le 5 avril 2012, Direction générale des produits de santé et des aliments, Santé Canada.
354. Lettre d'autorisation de mise en marché temporaire (LAMT) permettant la vente par la Fromagerie F.X. Pichet Inc. de fromage à pâte molle fait de lait non pasteurisé qui n'est pas conforme aux exigences du Règlement sur les aliments et drogues - signée le 18 décembre 2009, Direction générale des produits de santé et des aliments, Santé Canada.
355. *Liste des polymères acceptables dans les matériaux d'emballage de produits alimentaires* (consulté le 18 septembre 2009). Sur Internet : http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/legislation/guide-ld/polymers_tc-polymere_tm-fra.php.
356. MACRAE R. ET J. ALDEN. *A review of Canadian food safety policy and its effectiveness in addressing health risks for Canadians – a challenge paper*, Toronto (Ont.), Pollution Probe, 2002.
357. *Mandat et priorités* (consulté le 1^{er} novembre 2012). Sur Internet : <http://intranet.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/fnihb-dgspni/about-apropos/mandat-fra.php>.
358. *Mandat*. (consulté le 16 juin 2011). Sur Internet : http://www.phac-aspc.gc.ca/about_apropos/what-fra.php.
359. MARTYRES, S., M. HARWOOD ET E. NESTMAN. « Emerging policies and practices under the Canadian natural health product regulations », dans D. Bagchi (sous la direction de), *Nutraceutical and Functional Food Regulations*, p. 159-172, San Diego (CA), Academic Press, 2008.
360. MAWUDEKU, A., R. LEMAY, D. WERKER, R. ANDRAGHETTI et R. ST-JOHN. « The global public health intelligence network ». Dans M'ikanatha, N. M., Lynfield, R., Van Beneden, C. A., de Valk, H. (sous la direction de *Infectious Disease Surveillance* (p. 417-426), Londres (R.-U.), Blackwell, 2007.
361. Memorandum of Understanding between Food Standards Australia New Zealand and Food Directorate Health Products and Food Branch, Santé Canada, 18 avril 2004.
362. Memorandum of Understanding between Health Canada (HC) (Represented by the Deputy Minister of Health) and Canadian Food Inspection Agency (CFIA) (Represented by the President of the Canadian Food Inspection Agency) – DRAFT, 1999.
363. Memorandum of Understanding between Health Canada and the Public Health Agency of Canada and the Canadian Food Inspection Agency on Issues related to Human Health, 2008.

364. Memorandum of Understanding between the Department of Health (HC) as represented by the Bureau of Microbial Hazards (BMH) and the Public Health Agency of Canada (PHAC) as represented by the National Microbiology Laboratory (NML), 2008.
365. Protocole d'entente entre le ministère de la Santé du Canada et le ministère de la Santé de la République fédérative du Brésil sur une collaboration dans le secteur de la santé, le 19 mai 2009.
366. Memorandum of Understanding between the Food Directorate of Health Products and Food Branch of the Department of Health of Canada and the Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments, 2 juillet 2008.
367. Memorandum of Understanding between the Food Standards Agency of the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland and the Food Directorate Health Products and Food Branch Health Canada, 5 avril 2006.
368. Memorandum of Understanding on Cooperation in Food Safety and Inspection, and Animal and Plant Health between the Secretariat of Agriculture, Livestock and Rural Development of the United Mexican States and the Canadian Food Inspection Agency, responsible to the Minister of Agriculture and Agri-Food, and the Department of Health of Canada, 29 septembre 1999.
369. Memorandum of Understanding on Indigenous Health between the Department of Health and Human Services of the United States of America and the Department of Health of Canada for the Period 2007 – 2012, 1^{er} novembre 2007.
370. *Détection des matières étrangères dans les aliments*. (consulté le 16 novembre 2009). Sur Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/res-rech/analy-meth/microbio/volume4-fra.php>.
371. *Méthodes d'analyse des parasites, virus et autres agents pathogènes d'origine alimentaire* (consulté le 26 mai 2010). Sur Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/res-rech/analy-meth/microbio/volume5-fra.php>.
372. MITCHELL, J. ET R. SMITH. *Review of the Food Safety Assessment Program – final report*, Ottawa, Sussex Circle, 2010.
373. Programme national sur les contaminants de l'environnement chez les Premières nations. *Programme national sur les contaminants de l'environnement chez les Premières nations* (consulté le 7 décembre 2010). Sur Internet : <http://environmentalcontaminants.ca/Home/tabid/63/language/fr/Default.aspx>
374. NGUYEN, L. *Summary of findings: risk assessments for milk and soft-ripened cheese consumption – draft*, Ottawa, Santé Canada, 2013.
375. NGUYEN, L.T. *A comparison of health risks between milk and soft-ripened cheese products – draft*, Ottawa, Santé Canada, 2012.
376. NOLIN, B., P. LAMONTAGNE et A. TREMBLAY. *Qamuippitaa? How are we? Physical Activity, Anthropometry and Perception of Body Weight*, Institut national de santé publique du Québec et Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, Québec (QC), 2007.
377. *Programme de lutte contre les contaminants dans le Nord* (consulté le 11 décembre 2012). Sur Internet : <http://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1100100035611/1100100035612>.
378. OCDE. « Considerations for the safety assessment of animal feedstuffs derived from genetically modified plants », *OECD Environmental Health and Safety Publications, Series on the Safety of Novel Foods and Feeds*, n° 9 (2003). Sur Internet : <http://www.oecd.org/science/biotrack/46815216.pdf>.
379. *Méthodes officielles pour l'analyse microbiologique des aliments* (consulté le 11 décembre 2012). Sur Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/res-rech/analy-meth/microbio/volume1-fra.php>.
380. *Ontario Multi-Agency "Foodborne Outbreak/Food Recall" Working Group terms of reference – draft*, 2012.
381. Décret abrogeant le décret C.P. 2008-12 et chargeant le ministre de la Santé de l'administration de l'Agence canadienne d'inspection des aliments pour l'application de la loi, TR/2013-110, 2013. Sur Internet : <http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/reglements/TR-2013-110/TexteCompleet.html>.
382. *Overview of the Ontario Multi-Agency Foodborne Outbreak Food Recall Working Group*, 2010.

383. PACEY, A., T. NANCARROW et G. M. EGELAND. « Prevalence and risk factors for parental-reported oral health of Inuit preschoolers: Nunavut Inuit Child Health Survey, 2007-2008 », *Rural and Remote Health*, vol. 10, n° 2 (2010), p. 1368.
384. *Matériaux d'emballage* (consulté le 13 septembre 2010). Sur Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/securit/packag-embal/index-fra.php>.
385. PAGOTTO, F., L. NG, C. CLARK, J. FARBER ET RÉSEAU DES LABORATOIRES DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. « Canadian Listeriosis Reference Service ». *Foodborne Pathogens and Disease*, vol. 3, n° 1 (2006) p. 132.
386. *Loi sur les produits antiparasitaires*, Codification, Lois du Canada, 2002, ch. 28. Sur Internet : <http://lois.justice.gc.ca/PDF/P-9.01.pdf>.
387. AGENCE DE RÉGLEMENTATION DE LA LUTTE ANTIPARASITAIRE. *Directive d'homologation DIR2001-03 – Programme de réévaluation de l'Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire*, Ottawa, 2001.
388. AGENCE DE RÉGLEMENTATION DE LA LUTTE ANTIPARASITAIRE. *Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire – Rapport annuel 2003-2004*, Ottawa, 2005.
389. AGENCE DE RÉGLEMENTATION DE LA LUTTE ANTIPARASITAIRE. *Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire – Rapport annuel 2004-2005*, Ottawa, 2006.
390. AGENCE DE RÉGLEMENTATION DE LA LUTTE ANTIPARASITAIRE. *Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire – Rapport annuel 2005-2006*, Ottawa, 2006.
391. AGENCE DE RÉGLEMENTATION DE LA LUTTE ANTIPARASITAIRE. *Note de réévaluation REV2006-01 – Abandon de produits agricoles homologués en cours de réévaluation et projet de modification des limites maximales de résidus : quatrième mise à jour*, Ottawa, 2006.
392. AGENCE DE RÉGLEMENTATION DE LA LUTTE ANTIPARASITAIRE. *Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire – Rapport annuel 2006-2007*, Ottawa, 2007.
393. AGENCE DE RÉGLEMENTATION DE LA LUTTE ANTIPARASITAIRE. *Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire – Rapport annuel 2007-2008*, Ottawa, 2009.
394. AGENCE DE RÉGLEMENTATION DE LA LUTTE ANTIPARASITAIRE (consulté le 1^{er} janvier 2009). Sur Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/pmra-arla/index-fra.php>.
395. AGENCE DE RÉGLEMENTATION DE LA LUTTE ANTIPARASITAIRE. *Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire – Rapport annuel 2008-2009*, Ottawa, 2010.
396. AGENCE DE RÉGLEMENTATION DE LA LUTTE ANTIPARASITAIRE. *Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire – Rapport annuel 2009-2010*, Ottawa, 2012.
397. AGENCE DE RÉGLEMENTATION DE LA LUTTE ANTIPARASITAIRE. *Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire – Rapport annuel 2010-2011*, Ottawa, 2012.
398. AGENCE DE RÉGLEMENTATION DE LA LUTTE ANTIPARASITAIRE. *Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire – Rapport annuel 2011-2012*, Ottawa, 2012.
399. Plan d'action relatif à la coopération entre le ministère de la Santé du Canada, l'Agence de la santé publique du Canada, et, le ministère de la Santé de la République populaire de Chine dans le domaine de la santé pour la période 2011-2014, 27 septembre 2011.
400. Politique d'évaluation. 2009.
401. *PosteCS – Courriel sécurisé*. 2012. Sur Internet : <http://www.canadapost.ca/cpo/mc/business/products/services/mailling/postecs.jsf?LOCALE=fr>.
402. *Direction des soins de santé primaires et santé publique* (consulté le 1^{er} septembre 2011). Sur Internet : <http://intranet.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/fnihb-dgspni/od-bd/phcphd-dssp/index-fra.php>.

403. Project Specifications Form: Safe Food Handling for Adults 60+ Canada Pension Plan insert. Fourni par la Division du marketing et de la recherche, Direction des services de marketing et de communication, Direction générale des affaires publiques, de la consultation et des communications.
404. *Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada*, Codification, Lois du Canada, 2006, ch. 5. Sur Internet : <http://lois.justice.gc.ca/PDF/P-29.5.pdf>.
405. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA et INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *L'obésité au Canada*, Ottawa, les auteurs, 2011.
406. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. « Incidence over time, both sexes combined (incl. not specified), all ages (incl. not specified), Canada, 1990-2004 », *Maladies à déclaration obligatoire en direct* [fichier de données], 2006. Sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/dsol-smed/>.
407. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Système de surveillance nationale intégrée des agents pathogènes entériques (C-EnterNet), rapport annuel 2007*. Guelph (Ont.), 2009.
408. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Rapport annuel de C-EnterNet 2008 /... Programme de surveillance nationale intégrée des agents pathogènes entériques*, Ottawa, 2009.
409. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Le diabète au Canada Canada : perspectives de santé publique sur les faits et chiffres*, 2011. Sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/publications/diabetes-diabete/facts-figures-faits-chiffres-2011/pdf/facts-figures-faits-chiffres-fra.pdf>.
410. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Programme de surveillance nationale intégrée des agents pathogènes entériques du Canada (C-EnterNet), rapport sommaire 2009*, Guelph (Ont.), s.d.
411. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Agence de la santé publique du Canada 2012-2013 : rapport sur les plans et les priorités*, Ottawa, s.d.
412. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Agence de la santé publique du Canada 2010-2011: rapport sur les plans et les priorités*, Ottawa, s.d.
413. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. s.d. *Agence de la santé publique du Canada 2011-2012 : rapport sur les plans et les priorités*. Ottawa.
414. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Agence de la santé publique du Canada 2008-2009 : rapport ministériel sur le rendement*, Ottawa, s.d.
415. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. s.d.. *Programme de surveillance nationale intégrée des agents pathogènes entériques du Canada (C-EnterNet) : rapport sommaire 2010*, s.d.. Sur Internet : http://publications.gc.ca/collections/collection_2013/aspc-phac/HP37-8-1-2010-fra.pdf.
416. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Programme de surveillance nationale intégrée des agents pathogènes entériques du Canada (C-EnterNet) : rapport sommaire 2011*, s.d. Sur Internet : http://publications.gc.ca/collections/collection_2012/aspc-phac/HP37-8-1-2011-fra.pdf.
417. *Participation du public et partenariats* (consulté le 7 octobre 2013). Sur Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/consult/index-fra.php>.
418. TRAVAUX PUBLICS ET SERVICES GOUVERNEMENTAUX CANADA. *La recherche sur l'opinion publique au gouvernement du Canada – Rapport annuel 2009-2010*, Ottawa, 2010.
419. *PulseNet – Aperçu* (consulté le 10 juillet 2008). Sur Internet : <https://www.nml-lnm.gc.ca/Pulsenet/overview-aperçu-fra.htm>.
420. *Quadrilateral Discussion of Food Safety – 14th Session Meeting Draft Report*, 21-25 février 2005, Noosa, Australie.
421. *Quadrilateral Discussion of Food Safety – 15th Session Meeting Draft Report*, 27-30 mars 2006.
422. *QUADs Food Safety Regulatory Economics Working Group – workshop, mai 2011* [sujets de discussion recueillis lors d'un atelier en personne].
423. *QUADs Food Safety Regulatory Economics Working Group, 1st technical meeting*, s.l., s.d.

424. *Questions et réponses sur la proposition de Santé Canada visant à modifier le Règlement sur les aliments et drogues afin de permettre l'utilisation de l'enzyme asparaginase dans certains produits alimentaires* (consulté le 16 août 2010). Sur Internet : http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/securit/addit/asparaginase_qs_as-fra.php.
425. *Questions et réponses au sujet de la modification de la Loi sur les aliments et drogues visant les dispositions liées aux aliments (Projet de loi C-38)* (consulté le 3 mai 2012). Sur Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/legislation/acts-lois/c-38-questions-fra.php>.
426. RAY, J.G. et coll. (2002). « Association of neural tube defects and folic acid food fortification in Canada », *Lancet*, vol. 360, n° 9350 (2002), p. 2047-2048.
427. *Groupe de travail sur l'agriculture et alimentation 2 : plan de travail sur l'approche commune en matière de salubrité alimentaire* (consulté le 5 juin 2012). Sur Internet : http://actionplan.gc.ca/grfx/BAP-RCC/Common_Approach_to_Food_Safety_FRE.pdf.
428. *Groupe de travail sur l'agriculture et alimentation 2 : plan de travail sur la confiance réciproque à l'égard de l'analyse de la salubrité des aliments* (consulté le 15 avril 2012). Sur Internet : <http://actionplan.gc.ca/fr/page/rcc-ccr/plan-de-travail-la-confiance-reciproque-legard-de-0>.
429. *Groupe de travail sur l'agriculture et alimentation 2 : plan de travail sur les médicaments vétérinaires* (consulté le 10 mai 2012). Sur Internet : http://actionplan.gc.ca/grfx/BAP-RCC/Vet_Drugs_french.pdf.
430. *Groupe de travail sur l'agriculture et alimentation 2 : plan de travail sur les produits pour la protection des cultures* (consulté le 15 mai 2012). Sur Internet : http://actionplan.gc.ca/grfx/BAP-RCC/Crop_Protection_Products_French.pdf.
431. *Règlement modifiant le Règlement sur les aliments et drogues* (étiquetage nutritionnel, allégations relatives à la teneur nutritive et allégations relatives à la santé), *Gazette du Canada, Partie II*, vol. 137, n° 1 (DORS/2003-11) (2003), (consulté le 12 décembre 2002). Sur Internet : <http://publications.gc.ca/gazette/archives/p2/2003/2003-01-01/pdf/g2-13701.pdf>.
432. *Règlement modifiant le Règlement sur les aliments et drogues*. (2012). *Gazette du Canada, Partie II*, vol. 146, n° 6 (DORS/2012-26 à 27), (consulté le 2 mars 2012). Sur Internet : <http://canadagazette.gc.ca/rp-pr/p2/2012/2012-03-14/pdf/g2-14606.pdf>.
433. Research Information Ltd. « Precautionary principle should guide GMO food reviews, Canadian report says », *World Food Regulation Review*, vol. 11, n°11 (2001), p. 27-28.
434. *Projets de recherche* (consulté le 25 mai 2009). Sur Internet : http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/securit/package-embal/bpa/bpa_res-rech-plan-fra.php.
435. ROSS, W. H. *BBN, estimation, and dose response*. Présenté lors du symposium mixte IRAC-ADP-CBER sur les méthodes, approches et outils nouveaux, Baltimore (Md), décembre 2009.
436. ROSS, W. H. *Some comments on the calculation of health risks from the viral contamination of shellfish: the example of Norovirus*. Présenté lors de la table ronde de l'ICMSS dans le cadre de la 8^e Conférence internationale sur la salubrité des coquillages, Charlottetown (I.-P.É.), 14 juin 2011.
437. ROSS, W. H. *Assessing human health risks from the viral contamination of shellfish: the example of Norovirus*. Présenté dans le cadre de la 39^e réunion annuelle de la SSC, Université Acadia, N.-É. juin 2011.
438. ROSS, W. H. *Risk assessment for raw milk semi-soft cheese*, Ottawa, Santé Canada, 2010.
439. *Conseils sur la salubrité des aliments* (consulté le 15 août 2013). Sur Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/securit/kitchen-cuisine/index-fra.php>.
440. SANTÉ CANADA. *Le point sur les fromages à pâte molle ou demi-ferme fabriqués à partir de lait non pasteurisé (incluant le lait cru)* [Réunions de discussions avec les provinces et territoires], 23 novembre 2010.
441. SANTÉ CANADA. *Le point sur les fromages à pâte molle ou demi-ferme fabriqués à partir de lait non pasteurisé (incluant le lait cru)* [Réunions de discussions avec les provinces et territoires], janvier 2011.

442. SANTÉ CANADA. *Recueillir l'information pour mettre à jour la politique de santé Canada sur la gestion des fromages à pâte molle et demi-ferme faits de lait non pasteurisé, notamment de lait cru* [Réunions de discussions avec les provinces et territoires], janvier-février 2011.
443. SINGH, G. et coll. (2011). « Design and characterization of a direct ELISA for the detection and quantification of leucomalachite green », *Food Additives & Contaminants: Part A*, vol. 6, n° 28 (2011), p. 731-739.
444. STATISTIQUE CANADA. *Tableau 358-0122 – Enquête canadienne sur l'utilisation d'Internet, utilisation d'Internet, selon le point d'accès, le Canada, les provinces et certaines régions métropolitaines de recensement (RMRs), aux 2 ans (pourcentage), CANSIM* [base de données] (2010). Sur Internet : <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?id=3580122&pattern=&p2=37&p1=1&tabMode=dataTable&stByVal=1&paSer=&csid=&retrLang=fra&lang=fra=>.
445. STATISTIQUE CANADA. *Tableau 358-0130 – Enquête canadienne sur l'utilisation d'Internet, utilisation d'Internet à domicile, selon l'activité sur l'Internet, la distribution urbaine ou rurale, aux 2 ans (pourcentage), CANSIM* [base de données], 2010. Sur Internet : <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?id=3580130&pattern=&p2=37&p1=1&tabMode=dataTable&stByVal=1&paSer=&csid=&retrLang=fra&lang=fra=>.
446. STATISTIQUE CANADA. *Tableau 358-0132 – Enquête canadienne sur l'utilisation d'Internet, utilisation d'Internet à domicile, selon le sexe et l'activité sur le gouvernement en direct (GED), aux 2 ans (pourcentage), CANSIM* [base de données], 2010. Sur Internet : <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?id=3580132&pattern=&p2=37&p1=1&tabMode=dataTable&stByVal=1&paSer=&csid=&retrLang=fra&lang=fra=>.
447. STATISTIQUE CANADA. *Tableau 358-0124 – Enquête canadienne sur l'utilisation d'Internet, utilisation d'Internet, selon le point d'accès, le sexe et le groupe d'âge, aux 2 ans (pourcentage), CANSIM* [base de données], 2010. Sur Internet : <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?id=3580124&pattern=&p2=37&p1=1&tabMode=dataTable&stByVal=1&paSer=&csid=&retrLang=fra&lang=fra=>.
448. STATISTIQUE CANADA. *Enquête sur les enfants autochtones, 2006*. Tableaux personnalisés. Ottawa, ministre de l'Industrie, 2011.
449. STATISTIQUE CANADA. *Tableau 105-0501 - Profil d'indicateurs de la santé, estimations annuelles, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires (limites de 2012) et groupes de régions homologues, occasionnel, CANSIM* [base de données], s.d.. Sur Internet : <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a05?id=1050501&retrLang=fra&lang=fra>.
450. *Statistiques : incidents de rappel d'aliments* (consulté le 22 juin 2011). Sur Internet : <http://www.inspection.gc.ca/au-sujet-de-l-acia/salle-de-nouvelles/systeme-de-salubrite-des-aliments/incidents-de-rappel-d-aliments/fra/1348756225655/1348756345745>.
451. *Statistiques : enquêtes sur la salubrité des aliments* (consulté le 22 juin 2011). Sur Internet : <http://www.inspection.gc.ca/au-sujet-de-l-acia/salle-de-nouvelles/systeme-de-salubrite-des-aliments/enquetes-sur-la-salubrite-des-aliments/fra/1348760883551/1348761084373>.
452. *Résumé des commentaires sur la proposition de Santé Canada visant à modifier le Règlement sur les aliments et drogues afin de permettre l'utilisation de l'enzyme asparaginase dans certains produits alimentaires* (consulté le 23 août 2012). Sur Internet : http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/consult/2009-asparaginase/asparaginase_web_con_sum-fra.php.
453. *Enquête sur la présence de benzène dans des boissons non alcoolisées et d'autres produits à boire* (consulté le 9 juin 2006). Sur Internet : http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/surveill/other-autre/benzene_survey_enquete-fra.php.
454. SWAMINATHAN, E. et coll. « Building PulseNet International: An interconnected system of laboratory networks to facilitate timely public health recognition and response to foodborne disease outbreaks and emerging foodborne diseases », *Foodborne Pathogens and Disease*, vol. 3, n° 1 (2006), p. 40.
455. *Terms of reference for the International Food Chemical Safety Liaison Group (IFCSLG)*, s.d.
456. *Terms of Reference for the International Microbial Food Safety Liaison Group (IMFSLG)*, 2011.

457. *Terms of reference for the NAFTA Technical Working Group on Food Packaging, Labelling and Food Standards*, 28 octobre 2011.
458. *Mandat du Conseil États-Unis-Canada de coopération en matière de réglementation* (consulté le 3 juin 2011). Sur Internet : <http://www.actionplan.gc.ca/fr/page/rcc-ccr/mandat-du-conseil-tats-unis-canada-de-coop-ration-mati-re-de-r-glementation>.
459. *Compendium de méthodes* (consulté le 6 avril 2011). Sur Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/res-rech/analy-meth/microbio/index-fra.php>.
460. The Plan of Action on Cooperation between the Department of Health of Canada, the Public Health Agency of Canada and the Ministry of Health of the People's Republic of China in the Field of Health for the Period 2009-2011, 15 juin 2009.
461. TIKHONOV, C. et K. LYDON-HASSEN. *Examen des modèles de consommation d'aliments traditionnels sur la base de recherches communautaires entreprises par des Premières nations sélectionnées du Canada*, Ottawa, Division de la recherche environnementale, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada, s.d.
462. TJEPKEMA, M. « Obésité mesurée – Obésité chez les adultes au Canada : poids et grandeur mesurés », *Nutrition : résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (2005), p.1.
463. TODD, E.C.D. *International regulation for Listeria monocytogenes control in RTE foods*. Présenté lors du symposium du Comité technique du Conseil des viandes du Canada de 2009 intitulé « Advanced Listeria Monocytogenes Control Measures Foods In RTE Meats And Poultry Products », Toronto (Ont.), octobre 2009.
464. TRACEY HAZELWOOD RESEARCH ET SANTÉ CANADA. *First Nations and Innu traditional foods workshop report – mars 2002*, s.l., 2002.
465. *Programme de surveillance des gras trans, Premier ensemble de données de surveillance* (consulté le 15 juillet 2008). Sur Internet : http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/gras-trans-fats/tfa-age_first-data_prem-donn-fra.php#highlights.
466. *Programme de surveillance des gras trans, Quatrième ensemble de données de surveillance* (consulté le 21 décembre 2009). Sur Internet : http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/gras-trans-fats/tfa-age_four-data_quatr-donn-fra.php.
467. *Programme de surveillance des gras trans, Deuxième ensemble de données de surveillance* (consulté le 25 juillet 2008). Sur Internet : http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/gras-trans-fats/tfa-age_sec-data_deux-donn-fra.php#high.
468. *Programme de surveillance des gras trans, Troisième ensemble de données de surveillance – Santé Canada* (consulté le 17 avril 2009). Sur Internet : http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/gras-trans-fats/tfa-age_tm-intro-fra.php#highlight.
469. Trilateral Cooperation Charter between the Secretariat of Health of the Mexican United States, through the Federal Commission for the Protection from Sanitary Risks; the Health Products and Food Branch of the Department of Health of Canada; and the Food and Drugs Administration within the Department of Health and Human Services of the United States of America, 14 octobre 2009.
470. TRUEMAN, S. *Functional Foods, Patents and Health Claims*, 2009. Sur Internet : http://www.nerac.com/nerac_insights.php?category=articles&id=220.
471. TRUEMAN, S. « Functional foods, patents and health claims », *The IP Strategist*, avril à juin 2009, numéro du printemps, 2009.
472. TWILLEY, N. *Good food* (consulté le 27 décembre). Sur Internet : <http://www.good.is/post/this-exemplary-embodiment-the-year-in-food-patents/>.
473. *U.S. National Academies* (consulté le 1 octobre 2004). Sur Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/intactivit/nas/index-fra.php>.

474. UK DEPARTMENT FOR ENVIRONMENT, FOOD AND RURAL AFFAIRS. *Impact assessment, plant protection products: enforcement regulations and fees regulations*, R.-U., 2010.
475. UK MINISTRY OF AGRICULTURE, FISHERIES AND FOOD et DEPARTMENT OF HEALTH. Advisory Committee on Novel Foods and Processes (ACNFP) annual report 1997, Londres (R.-U.), UK Ministry of Agriculture, Fisheries and Food, 1997.
476. UNIVERSITY OF GUELPH. *Towards a National Food Safety Strategy*, Guelph (Ont.), 2005.
477. US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES et SANTÉ SANADA. *Joint FDA/Health Canada quantitative assessment of the risk of Listeriosis from soft-ripened cheese consumption in the United States and Canada: draft report*, s.l., 2012.
478. US ENVIRONMENTAL PROTECTION AGENCY. (). *FY 2011 Annual plan*. Sur Internet : <http://nepis.epa.gov/EPA/html/DLwait.htm?url=/Exe/ZyPDF.cgi?Dockey=P100A4A3.PDF>.
479. US FOOD AND DRUG ADMINISTRATION. *FY 2010 Congressional justification* (consulté le 15 mai 2009). Sur Internet : <http://www.fda.gov/AboutFDA/ReportsManualsForms/Reports/BudgetReports/ucm153374.htm>.
480. US FOOD AND DRUG ADMINISTRATION. *Color additive certification fees* (consulté le 21 mai 2009). Sur Internet : <http://www.fda.gov/ForIndustry/UserFees/ColorAdditiveCertificationFees/default.htm>.
481. US FOOD AND DRUG ADMINISTRATION. *Existing grant and cooperative agreement programs* (consulté le 9 décembre 2010). Sur Internet : <http://www.fda.gov/ForFederalStateandLocalOfficials/CooperativeAgreementsCRADAsGrants/ucm234305.htm>.
482. US GOVERNMENT ACCOUNTABILITY OFFICE. *Experiences of seven countries in consolidating their food safety systems*, Washington (É.-U.) l'auteur, 2005.
483. VAN STELTEN, A., et coll. (2011). Significant shift in median guinea pig infectious dose shown by an outbreak-associated *Listeria monocytogenes* epidemic clone strain and a strain carrying a premature stop codon mutation in *inlA*. *Applied and Environmental Microbiology*, 77(7), 2479-2487.
484. WEATHERILL, S. *Rapport de l'Enquêteuse indépendante sur l'éclosion de listériose de 2008*, Ottawa, gouvernement du Canada, 2009.
485. *Ce que nous faisons* (consulté le 19 décembre 2012). Sur Internet : <http://intranet.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/rapb-brp/about-apropos/actions-fra.php>.
486. WHO COLLABORATING CENTRES GLOBAL DATABASE. *WHO Collaborating Centres in Canada*, 2013, Tiré de la base de données mondiale de l'OMS.
487. WILSON, K. (2009). « Early detection of disease outbreaks using the Internet », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol.180, n° 8 (2009), p. 829-831.
488. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ ET FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS. *Toxicological and health aspects of bisphenol A, report of joint FAO/WHO expert meeting, 2-5 November 2010, and report of stakeholder meeting on bisphenol A, 1 November 2010, Ottawa, Canada*, 2011. Sur Internet : http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/97892141564274_eng.pdf.
489. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *International Health Regulations – Second Edition*. Genève, Suisse, 2005. Sur Internet : http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241580410_eng.pdf.
490. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Safety evaluation of certain contaminants in food*. Genève, Suisse, 2011. Sur Internet : http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241660631_eng.pdf.
491. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Baseline information for food safety policy and measures* [Brochure] (consulté le 6 mai 2011). Sur Internet : http://www.who.int/foodsafety/about/Flyer_FBD.pdf.
492. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ ANIMALE. (2013). *Experts et laboratoires de référence*, 2013. Sur Internet : <http://www.oie.int/fr/notre-expertise-scientifique/laboratoires-de-reference/liste-de-laboratoires/>.

Annexe 1 Partenaires et intervenants du programme

Le PSQNA fait appel à un vaste éventail de partenaires et d'intervenants qui complètent les activités des participants clés du programme dans les secteurs qui suivent.

- Au sein de Santé Canada
 - La Direction générale de la politique stratégique coordonne l'ensemble des politiques sur la santé et les sciences pour le Ministère.
 - La Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs (DGSESC) fournit une orientation et des cadres pour la gestion des produits chimiques et de leurs effets sur l'environnement et la santé humaine.
 - Le BPCP fournit des renseignements et des occasions aux Canadiens pour qu'ils puissent prendre part aux processus décisionnels de la DGPSA concernant les priorités, les politiques et les programmes.
- Au sein du portefeuille de la Santé
 - Les IRSC financent la recherche en santé, renforcent les capacités de recherche dans les secteurs sous-développés (p. ex. santé de la population et services de santé) et veillent à l'application des connaissances afin que les résultats de recherche puissent être intégrés aux politiques, aux pratiques, aux procédures, aux produits et aux services du programme.
- Au sein du gouvernement fédéral
 - AAC et le ministère des Pêches et des Océans collaborent avec les responsables du PSQNA quand ces derniers élaborent des politiques et des règlements qui ont une incidence sur ces secteurs économiques importants.
 - Statistique Canada soutient le programme en ce qui a trait à l'obtention de données d'enquêtes sur la consommation (pour les estimations de l'apport en éléments nutritifs et en contaminants) grâce à l'aide financière provenant du programme.
 - EC et AADNC fournissent des directives pour mieux éclairer les décisions prises dans le cadre du programme.
 - AAC et le MAECD collaborent avec les responsables du programme et l'ACIA pour définir les positions du Canada sur les normes en matière d'alimentation établies à l'échelle internationale.
- Échelle nationale
 - Les gouvernements provinciaux et territoriaux jouent un rôle clé dans la protection et la promotion de la santé des Canadiens et fournissent des politiques et des messages uniformes, crédibles et axés sur des données probantes. Santé Canada participe à divers organes de gouvernance FPT.
 - Les responsables du programme travaillent en étroite collaboration avec divers intervenants, notamment des groupes faisant la promotion de la salubrité des aliments et de la nutrition, des ONG, des associations de producteurs, des groupes d'action de consommateurs, des professionnels de la santé, des associations de patients et l'industrie alimentaire.
- Échelle internationale
 - Des organisations internationales, comme l'OMS, la FAO, l'OIE, l'Organisation panaméricaine de la santé et, surtout, le Codex, jouent un rôle clé dans les efforts du programme visant à ce que le Canada soit bien représenté dans les forums internationaux d'élaboration de politiques et d'établissement de normes.
 - Santé Canada collabore étroitement avec la FDA des États-Unis, l'AESA, FSANZ ainsi que plusieurs organismes de réglementation des aliments d'États membres de l'UE. Le Ministère participe également au Forum de la coopération en matière de salubrité des aliments du Forum de coopération économique Asie-Pacifique et collabore activement avec des organisations chargées de la salubrité des aliments et le gouvernement chinois.

- Universités (à l'échelle nationale et internationale)
 - o Plusieurs employés du programme ont des nominations conjointes dans des universités canadiennes. Santé Canada a établi une collaboration avec d'autres centres de recherche et centres universitaires à l'échelle nationale et internationale (p. ex. le National Institute of Medicine des États-Unis).

Annexe 2 Précisions sur les méthodes de collecte et d'analyse des données

Les évaluateurs se sont appuyés sur de multiples sources de données, ce qui est reflété dans les méthodes de collecte de données choisies pour l'évaluation. Ces méthodes comprenaient :

- une revue de la littérature;
- un examen des dossiers;
- des entrevues;
- des études de cas.

Des critères d'inclusion ou d'exclusion ont été utilisés pour chacun des examens et chacune des études de cas pour s'assurer de choisir et d'examiner les renseignements les plus adéquats, crédibles, fiables et pertinents nécessaires pour répondre aux questions dans le cadre de l'évaluation. Voici quelques-uns de ces critères :

- Date de publication : On a surtout utilisé des données produites du 1^{er} avril 1999 au 31 mars 2012 pour examiner les questions essentielles, mais on a également tenu compte de données d'autres années aux fins de comparaison et d'analyse des tendances.
- Sujets traités dans les publications : Contenu relatif aux questions de l'évaluation (p. ex. mesure du rendement et contrôle).
- Crédibilité de la source : Publication du gouvernement, articles dans des revues examinées par les pairs et littérature grise.
- Pertinence des renseignements par rapport à chaque indicateur et à chaque question de l'évaluation.

Pour démontrer l'économie et l'efficacité, on a tenté d'adopter une approche de répartition, car il s'agit d'un programme de longue date qui aurait dû atteindre des résultats à long terme.

1.1 Revue de la littérature

Cette méthode consistait à examiner un certain nombre de documents présélectionnés portant sur la salubrité des aliments et la nutrition, dont bon nombre étaient de nature scientifique, pour répondre à des questions liées au fonctionnement du programme ainsi qu'aux lacunes, enjeux et nouvelles questions connexes.

Les évaluateurs ont utilisé la Bibliothèque scientifique de Santé Canada pour effectuer une recherche générale de documents liés à la salubrité et à la qualité nutritionnelle des aliments (SQNA). Ils cherchaient à trouver et à recueillir des articles pertinents à partir de n'importe quelle source d'information (p. ex. bases de données, comme Food Science and Technology Abstracts et AGRICOLA). La recherche était fondée sur une liste de mots et de termes clés utilisés en combinaison au moyen d'un ensemble d'opérateurs booléens produisant de multiples résultats de recherche. Les résultats de chaque recherche étaient ensuite précisés grâce à un processus d'examen préliminaire.

Les documents trouvés (96) ont ensuite été analysés par étapes successives : 1) les documents non pertinents ont tout d'abord été retirés; 2) les autres documents ont ensuite été analysés et résumés selon leur sujet (salubrité des aliments ou qualité nutritionnelle), leur pertinence par rapport aux questions d'évaluation, les articles cités, les objectifs, les méthodes, les limites et les conclusions; 3) les documents ont été résumés en thèmes clés pour chaque sujet.

1.2 Examen des dossiers

La méthode visait à examiner des documents et des bases de données considérés par les responsables du programme comme pertinents pour l'évaluation. Les données probantes ont été compilées selon les indicateurs de l'évaluation, puis résumées en fonction de chaque question de l'évaluation afin de les fusionner avec les renseignements découlant d'autres méthodes.

Les évaluateurs ont recueilli des documents (versions électroniques et papier) auprès de chaque participant clé du programme. Ces documents (plus de 2 000 au total) ont ensuite été répartis par indicateur dans une matrice de correspondance « co-univoque » afin de favoriser l'analyse initiale (c.-à-d. que, comme la plupart des documents comportaient des renseignements correspondant à de multiples indicateurs, la base de données permettait une évaluation préliminaire des lacunes). La majeure partie des documents portaient sur la période de 1999 à 2012; les documents de 1990 à 1998 ont été utilisés à titre de référence, tandis que les documents d'années ultérieures, y compris 2013, ont été utilisés pour refléter les changements récents du programme ou les réalisations liées à des initiatives en cours. Les documents ont été analysés par étapes successives et résumés par indicateur. Chaque document a ensuite été classé par thème clé, par indicateur et par question d'évaluation.

Ce processus a été complété par des entrevues auprès d'intervenants clés, menées de février à mai 2009, afin d'obtenir une bonne compréhension du programme et du contexte ou de la portée de l'évaluation.

Les évaluateurs ont également recueilli de l'information sur un certain nombre de bases de données internes et de fichiers de données externes (p. ex. données d'enquêtes) utilisés par les responsables du programme. Ils ont ensuite dressé une courte liste des bases de données clés pour examiner la base de données elle-même ou, dans les cas où des rapports existaient, les rapports résumant l'objet et les données offertes par chaque application. Un certain nombre d'entrevues ont ensuite été effectuées pour obtenir des faits sur les bases de données pour lesquelles des renseignements n'étaient pas facilement accessibles. Les renseignements pertinents de chaque base de données ont ensuite été intégrés à l'analyse.

Une évaluation supplémentaire et une classification des données probantes ont été complétées par un examen secondaire des sources du programme. Pour chacune des lacunes cernées dans le cadre de l'examen, on a demandé aux participants clés du programme de fournir des renseignements nouveaux ou additionnels. Les renseignements obtenus dans le cadre de ces exercices ont été ajoutés aux données probantes existantes.

1.3 Entrevues

Cette méthode a été utilisée pour recueillir auprès d'un certain nombre de responsables du programme, de partenaires et d'intervenants des renseignements portant sur le rendement du programme et, surtout, les secteurs qu'il faudrait examiner davantage à la lumière de la revue de la littérature et des dossiers. Ces renseignements ont été résumés et ont également servi à éclairer le processus de détermination et d'élaboration des études de cas.

Les responsables du programme sont des employés de participants clés du programme qui connaissent le programme; il s'agit notamment d'employés de la DA, du BESA, du BPPN, de la DMV, du BRP, de la DGSPNI, de l'ARLA et de l'Agence de la santé publique du Canada. Les partenaires nationaux et internationaux sont des organisations qui contribuent à la mise en œuvre du programme (p. ex. ONG) ou qui ont des programmes de réglementation semblables ayant trait à la SQNA (p. ex. organisations gouvernementales FPT et internationales). Les intervenants tirent profit des avantages ou des effets du programme et comprennent :

- des universitaires;
- des importateurs et des exportateurs d'aliments et de produits alimentaires;

- des représentants de l'industrie alimentaire et de l'industrie agricole;
- des associations de consommateurs.

Comme un nombre élevé de personnes participent au programme, il aurait fallu beaucoup trop de ressources financières et de temps pour établir un échantillon qui aurait produit des résultats significatifs sur le plan statistique. Par conséquent, les évaluateurs ont recouru à une approche d'échantillonnage stratifié dirigé^{cxl} et ont demandé aux participants clés du programme de produire une liste de personnes connaissant bien^{cxli} le programme dans l'ensemble des organisations relevées. De cette façon, même si l'échantillon n'était pas représentatif de la population ou n'a pas produit de résultats statistiquement significatifs, les entrevues pourraient tout de même permettre d'obtenir des renseignements utiles pour fournir un contexte en vue de la formulation des constatations et des conclusions, approfondir les secteurs nécessitant une clarification et obtenir des renseignements sur les secteurs où il n'y avait pas suffisamment de données probantes. En utilisant les renseignements des entrevues de cette façon, on a diminué le plus possible le potentiel de biais. Une liste de 241 personnes connaissant bien le programme, réparties selon les groupes et les sous-groupes mentionnés ci-dessus, a été utilisée pour mener les entrevues.

La prochaine étape consistait à établir un modèle de questions d'entrevue à la lumière des conclusions tirées des autres méthodes. Voici quelques aspects sur lesquels portaient les questions :

- pertinence et besoin du programme;
- processus de l'évaluation des risques;
- perceptions des consommateurs à l'égard du programme;
- résultats des activités du programme menées à l'échelle internationale;
- élaboration de méthodes de laboratoire et résultats des travaux de recherche sur la réglementation;
- résultats des activités de collaboration et de consultation nationales;
- degré d'intégration du système canadien d'assurance de la salubrité des aliments;
- progression des activités de mesure du rendement du programme;
- problèmes liés aux niveaux de ressources du programme;
- détermination des autres structures de prestation du programme;
- autres problèmes ou enjeux.

Cette liste maîtresse a ensuite été utilisée pour élaborer des guides d'entrevue semi-structurée, personnalisés pour chaque groupe et sous-groupe. Afin que les entrevues soient les plus courtes possible et pour favoriser la participation, les guides d'entrevue ont été limités à 20 questions pour les entrevues avec les représentants du gouvernement et à 12 questions pour les personnes interviewées de l'extérieur. Lorsque le nombre maximal de questions a été dépassé dans les guides d'entrevue semi-structurée, on a réparti les questions en deux catégories : priorité élevée et priorité faible. On a offert aux personnes interviewées la possibilité de prolonger l'entrevue, de fixer un rendez-vous pour une deuxième entrevue ou de fournir à une date ultérieure des réponses écrites aux questions qui n'avaient pas été abordées pendant l'entrevue initiale.

Pour fixer la date et l'heure de l'entrevue, on a communiqué avec les personnes par courriel ou par téléphone. Les guides d'entrevue semi-structurée ont été remis à chaque personne interviewée (en anglais ou en français) avant l'entrevue pour lui donner suffisamment de temps pour se préparer. Les guides à l'intention des

^{cxl} L'échantillonnage dirigé est un type d'échantillonnage non probabiliste dans le cadre duquel l'échantillon est trié sur le volet pour examiner des secteurs d'intérêt relatifs à la recherche en question. L'échantillonnage peut être stratifié (p. ex. intervenants, partenaires et participants clés du programme) pour refléter les groupes qui varient selon une dimension clé (p. ex. degré de participation ou de contribution au programme).

^{cxli} Les participants clés du programme ont fourni le nom de personnes qui participaient ou avaient participé au programme ou qui le connaissaient bien en raison de relations interorganisationnelles.

intervieweurs comportaient un ensemble de questions à poser au besoin pour obtenir davantage de renseignements; ces questions ont été utilisées à la discrétion des intervieweurs.

Les personnes ont été interviewées selon les trois méthodes d'entrevue suivantes :

- Entrevues individuelles en personne;
- Entrevues de groupe en personne;
- Entrevues par téléphone, individuelles ou de groupe (utilisées principalement pour les entrevues effectuées à l'extérieur de la région de la capitale nationale).

Les entrevues ont été effectuées dans la langue officielle choisie par la personne interviewée. Toutes les personnes interviewées ont été informées du fait que les données resteraient confidentielles, et on les a assurées que ces données seraient regroupées afin de les encourager à fournir des réponses honnêtes.

Au total, 152 personnes provenant de multiples organisations ont été interviewées. Le **Table 19** résume le nombre d'entrevues par groupe et sous-groupe. Les entrevues ont été effectuées du mois d'octobre au mois de décembre 2009.

Table 19 Entrevues auprès de responsables du programme, de partenaires et d'intervenants

Groupe	Sous-groupe		Entrevues
Responsables du programme	DGPSA	Bureau du directeur général	2
		Bureau d'innocuité des produits chimiques (BIPC)	14
		Bureau des dangers microbiens (BDM)	8
		Bureau des sciences de la nutrition (BSN)	6
		Bureau de la réglementation des aliments, des affaires internationales et interagences (BRAAII) ^{exlii}	6
		Division de la recherche animale ^{exliii}	3
		Bureau des services de gestion et de planification	3
	DPPAI	Division des affaires internationales, fédérales-provinciales-territoriales et du portefeuille	1
		BESA	2
	DMV BPPN		9
	BRP	Laboratoires et bureaux régionaux	12
	DGSPNI	DPC DSSPSP	9
	ARLA	Direction de la gestion des réévaluations Direction d'évaluation sanitaire	4
Agence de la santé publique du Canada	CMIOAEZ LNM LLZOA	6	
ACIA	Direction générale des opérations Direction générale des programmes Direction générale des sciences Direction générale de vérification, évaluation et surveillance du risque (DGVESR)	23	

^{exlii} Le Bureau a été fusionné avec le BIPA et est devenu le BPARI pendant l'exercice 2011-2012.

^{exliii} La Division a été fusionnée avec le BIPC.

Groupe	Sous-groupe		Entrevues
Partenaires nationaux	DGPSA	BPCP	2
	DGSESC		1
	AAC		4
	AADNC ^{cxliv}		2
	Gouvernements provinciaux et territoriaux	Ministères provinciaux et territoriaux de l'Alimentation ou de l'Agriculture	10
Partenaires internationaux	Organisations chargées de l'alimentation et de la réglementation d'autres pays		1
	OMS		1
Intervenants	<ul style="list-style-type: none"> • Associations de l'industrie <ul style="list-style-type: none"> ○ Exploitations agricoles ○ Fabrication ○ Importations, exportations ○ Transports ○ Pesticides 		12
	Groupes environnementaux		1
	Associations de consommateurs		3
	Groupes des Premières Nations et inuits		4
	Universitaires		3
Total			152

On avait estimé que les entrevues dureraient 90 minutes pour les fonctionnaires et 60 minutes pour les intervenants externes. On avait prévu deux heures pour les entrevues en petits groupes (deux ou trois personnes). Les entrevues avec plusieurs personnes ou auprès de cadres supérieurs du programme ont été effectuées par deux intervieweurs; toutes les autres entrevues ont été menées par un seul intervieweur. Les évaluateurs ont surveillé certaines entrevues pour assurer une collecte de données et un rendement acceptables. Des notes ont été prises pour chaque entrevue, par question d'entrevue. Dans le cadre des entrevues, on a relevé des documents supplémentaires à examiner et demandé une copie de ces documents à la personne qui les avait mentionnés.

Les résultats des entrevues ont été compilés dans une matrice par question d'évaluation et par groupe. Les commentaires ont été codifiés afin de permettre la détermination des questions principales et de faciliter l'établissement de rapports. On a analysé chaque groupe, et des renseignements regroupés et résumés ont été présentés. Comme les questions posées aux personnes interviewées étaient ouvertes, les pourcentages figurant dans le présent rapport reflètent de multiples réponses. Les résultats ont été présentés en tant que pourcentage d'un nombre n de répondants pour une question donnée; habituellement, les trois réponses ayant obtenu le pourcentage le plus élevé ont été présentées. Dans certains cas, un commentaire formulé par une seule personne a été utilisé pour traiter d'un secteur d'intérêt particulier ou fournir un contexte pour les réponses données par les répondants.

1.4 Études de cas

Des consultations tenues avec les participants clés du programme pendant le processus d'élaboration du cadre d'évaluation ont permis de dresser une liste (14) d'études de cas. À la lumière des données probantes recueillies dans les rapports techniques précédents, six études de cas faisant partie de cette liste ont été sélectionnées et effectuées pour éclairer certains secteurs d'intérêt. Une autre étude de cas sur l'intervention de Santé Canada lors de l'éclosion de listériose de 2008 a été ajoutée plus tard à cette liste pour s'assurer d'examiner entièrement cette intervention et pour faire rapport au sujet des engagements pris dans le cadre d'une demande de fonds dédiés relative à cette éclosion.

^{cxliv} Pendant la période d'évaluation, les personnes interviewées travaillaient à Affaires indiennes et du Nord canadien.

Ces études de cas ont permis d'avoir une compréhension approfondie de la façon dont diverses activités liées au mandat et aux activités d'appui du programme ont été menées et dont certaines initiatives ont permis de réaliser de façon démontrable les résultats escomptés du programme. Le **Table 20** présente une liste des études de cas et de leur objet.

Table 20 Études de cas

Étude de cas	Objet
Acrylamide dans certains aliments	Évaluer et déterminer la façon dont les responsables du programme réagissent aux nouveaux dangers chimiques relevés dans l'approvisionnement alimentaire.
Évaluation des matériaux d'emballage des aliments	Examiner le processus d'évaluation des matériaux d'emballage des aliments non lié au mandat du programme pour déterminer la valeur de cette activité pour les fabricants de l'industrie et les consommateurs du Canada.
Programmes de SQNA dans certains pays	Évaluer le rendement du PSQNA et le comparer à celui de programmes de SQNA internationaux menés dans les quatre pays suivants : Australie, Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni et États-Unis ^{cxlv} . Plus précisément, cette comparaison internationale a permis d'examiner la portée, les lois et le budget associés à chaque programme tout en contribuant à la détermination de nouvelles questions, de lacunes et de priorités changeantes qui ne sont pas actuellement traitées dans le cadre du PSQNA.
Approche de Santé Canada relative au fromage au lait cru	Examiner la réponse sur le plan des politiques du programme dans un cas de produit alimentaire controversé au Canada et faire enquête sur cette réponse en examinant la fabrication, l'importation au Canada, la sensibilisation des consommateurs et les relations provinciales et territoriales. Cette étude portait sur la présence de <i>L. monocytogenes</i> dans les fromages au lait cru à pâte molle ou demi-ferme, car il s'agit d'une bactérie plus susceptible d'entraîner la mort que les autres bactéries pouvant causer un empoisonnement alimentaire.
Soutien apporté par Santé Canada à la recherche en milieu communautaire sur la contamination par le mercure dans la collectivité de Grassy Narrows	Examiner le soutien apporté par les responsables du programme à la recherche en milieu communautaire pour examiner les problèmes de santé environnementale concernant la contamination par le mercure ayant touché les collectivités de Grassy Narrows et de White Dog à la fin des années 1970. Comme le poisson et les animaux sauvages constituent une grande part de l'alimentation des Premières Nations, cette contamination était une préoccupation majeure liée à la salubrité des aliments.
Gras trans ^{cxlvi}	Examiner la réponse sur le plan des politiques du programme dans un cas de produit insalubre et faire enquête sur cette réponse en se penchant sur la fabrication du produit et son importation au Canada, du point de vue des fabricants de l'industrie et des consommateurs au Canada et à l'étranger.

^{cxlv} Ces pays ont été sélectionnés à la lumière de discussions tenues avec les participants clés du programme au moment de mener le processus d'élaboration du cadre. Les participants ont soutenu la décision parce que Santé Canada a de nombreux liens avec ces pays (p. ex. PE, réunions internationales régulières, etc.), qu'il existe des similitudes entre les approches relatives à la SQNA et que les pays sont les mieux classés parmi les membres de l'OCDE. Dans le cadre de l'analyse de l'étude de cas, on a examiné, entre autres, les différences au chapitre de la population, la dispersion géographique et les niveaux de soutien. La sélection des organisations nationales s'est appuyée sur une comparaison de la portée du PSQNA.

^{cxlvi} Gras trans est le nom commun des gras non saturés contenant des isomères trans. Le processus de fabrication des gras trans industriels consiste à ajouter de l'hydrogène à de l'huile végétale au moyen d'un procédé appelé hydrogénation. Les gras trans sont plus solides que l'huile, ce qui fait qu'ils sont moins susceptibles de se gâter. On utilise les gras trans dans la fabrication d'aliments afin que ceux-ci restent frais et se conservent plus longtemps et qu'ils aient un aspect moins gras.

Étude de cas	Objet
Intervention de Santé Canada lors de l'écllosion de listériose de 2008	Examiner la réponse des responsables du programme aux recommandations formulées dans le document intitulé <i>Intervention de Santé Canada lors de l'écllosion de listériose de 2008</i> , le rapport <i>Au-delà de la crise de la listériose</i> et le <i>Rapport de l'enquêteuse indépendante sur l'écllosion de listériose de 2008</i> (ci-après appelé le rapport Weatherhill), de même que les engagements pris dans le cadre d'une demande de fonds dédiés pour tenir compte de ces recommandations.

Les données probantes pour les études de cas ont été recueillies dans le cadre de la revue la littérature et de l'examen des dossiers ainsi que des entrevues supplémentaires auprès de responsables du programme (20) et, le cas échéant, auprès de partenaires (6) et d'intervenants (3).

Les données probantes pour chaque étude de cas ont été résumées selon les questions d'évaluation et les indicateurs pertinents. Dans la mesure du possible, les études de cas portaient sur les réalisations et les enjeux clés quant à la mise en œuvre du programme, ainsi que sur les leçons apprises.

1.5 Démonstration de l'économie et de l'efficacité

Pour démontrer l'économie et l'efficacité, on a tenté d'adopter une approche de répartition, car il s'agit d'un programme de longue date qui aurait dû atteindre des résultats à long terme. À cette fin, l'évaluation visait à obtenir des renseignements sur les demandes de fonds dédiés, les budgets et les déviations, les dépenses et les ETP pendant la période de l'évaluation. L'objectif était d'harmoniser les demandes de fonds dédiés avec les budgets et les dépenses pour ensuite effectuer le suivi des changements financiers au fil du temps tout en les liant aux activités et aux résultats. Ces renseignements, en combinaison avec les données sur les ETP, permettraient ensuite aux évaluateurs d'évaluer l'affectation des ressources, d'analyser l'efficacité et d'établir un lien entre les résultats de cette analyse et les données du programme obtenues d'autres sources. L'analyse en découlant serait ensuite également utilisée pour examiner comment les changements de ressources ont une incidence sur la réalisation des résultats et les motifs des décisions.

Annexe 3 Produits et outils d'information

Le **Table 21** présente certains des produits d'information créés dans le cadre du programme^{49,263,403,74,73}.

Table 21 Produits d'information du programme

Produit	Description	Période	Sujets	Public cible	Accessibilité de l'information
<i>Ça vous concerne</i>	Cette publication fournit des renseignements sur les décisions de la DGPSA concernant les priorités, les politiques et les programmes en matière de santé. Elle présente également des renseignements connexes d'autres directions générales ayant des responsabilités semblables au chapitre de la réglementation.	2001-2008	<ul style="list-style-type: none"> Renseignements sur les décisions de Santé Canada concernant les priorités, les politiques et les programmes en matière de santé. 	<ul style="list-style-type: none"> Grand public Industrie 	<ul style="list-style-type: none"> En ligne
<i>Votre santé et vous</i>	Une série de fiches de renseignements rédigées par la DA en consultation avec les scientifiques et les experts de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada (elles peuvent également être examinées par d'autres experts nationaux) qui présentent de l'information destinée au public.	2001- aujourd'hui	<ul style="list-style-type: none"> Maladies Environnement Aliments et nutrition Modes de vie Aspect médical Produits 	<ul style="list-style-type: none"> Grand public Plus précisément : Hommes, parents et enfants, aînés, femmes et jeunes 	<ul style="list-style-type: none"> En ligne Imprimé Avis par courriel
<i>La Chronique alimentaire</i>	Bulletin trimestriel de la DA ayant pour objet d'informer les intervenants sur les travaux de la Direction liés à l'établissement de normes, ses publications, son rendement au chapitre des décisions préalables à la mise en marché, ses progrès dans le cadre de certaines initiatives visant à améliorer les processus et ses activités de mobilisation et de consultation des intervenants.	2011- aujourd'hui	<ul style="list-style-type: none"> Décisions réglementaires relatives à la salubrité des aliments et à la nutrition Matériel de communication des risques Publications et communications Affichage sur le Web de la DA Consultation sur une multitude de sujets 	<ul style="list-style-type: none"> Tous les intervenants du domaine de l'alimentation 	<ul style="list-style-type: none"> Courriel (diffusion directe aux intervenants)
Rapports C-EnterNet ^{cxlvii}	Rapports annuels fournissant un sommaire des cas déclarés de maladie entérique infectieuse touchant des humains, initialement dans le site sentinelle 1 ^{cxlviii} et, depuis 2010, dans le site sentinelle 2.	2005- aujourd'hui	<ul style="list-style-type: none"> Maladies entériques infectieuses 	<ul style="list-style-type: none"> Grand public Partenaires de la santé publique 	<ul style="list-style-type: none"> En ligne

^{cxlvii} C-EnterNet reçoit des fonds de multiples sources, y compris le Cadre stratégique pour l'agriculture et le PASPAC.

^{cxlviii} Le site sentinelle 1 est situé dans la municipalité régionale de Waterloo (Ontario). Le site sentinelle de C-EnterNet est une collectivité d'environ 500 000 résidents qui comporte des régions urbaines et rurales et fait preuve d'innovation dans le domaine de la santé publique et de la conservation et du traitement des eaux. Dans ce site, la surveillance active des pathogènes entériques est effectuée dans l'eau, les aliments et les

Produit	Description	Période	Sujets	Public cible	Accessibilité de l'information
FCEN ^{cxlix}	Base de données en ligne qui permet aux Canadiens de chercher la valeur nutritive de certains aliments. Elle présente jusqu'à 150 éléments nutritifs présents dans plus de 5 807 aliments.	Version actuelle 2007	<ul style="list-style-type: none"> Valeurs pour certains éléments nutritifs, comme les vitamines, les minéraux, les protéines, l'énergie, les matières grasses, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> Grand public 	<ul style="list-style-type: none"> En ligne
Brochures ^{cl}	Brochures sur la manipulation sécuritaire des aliments pour les populations vulnérables.	2010-aujourd'hui	<ul style="list-style-type: none"> Salubrité des aliments 	<ul style="list-style-type: none"> Adultes âgés de 60 ans et plus Personnes ayant un système immunitaire affaibli Femmes enceintes 	<ul style="list-style-type: none"> Imprimé
Affiches ^{cli}	Affiches sur la manipulation sécuritaire des aliments pour les populations vulnérables.	2010-aujourd'hui	<ul style="list-style-type: none"> Salubrité des aliments 	<ul style="list-style-type: none"> Adultes âgés de 60 ans et plus Personnes ayant le système immunitaire affaibli Femmes enceintes 	<ul style="list-style-type: none"> Imprimé
Trousse sur l'étiquetage nutritionnel à l'intention des éducateurs – version Premières Nations et Inuits	Trousse à l'intention des éducateurs des Premières Nations et des éducateurs inuits pour les aider à comprendre les étiquettes des aliments et à transmettre leurs connaissances dans leur collectivité pour que les personnes fassent des choix plus sains dans les épiceries.	Divers	<ul style="list-style-type: none"> Étiquetage nutritionnel 	<ul style="list-style-type: none"> Collectivités des Premières Nations et collectivités inuites Éducateurs des Premières Nations et éducateurs inuits 	<ul style="list-style-type: none"> En ligne Imprimé

fermes, et la surveillance accrue des maladies humaines se fait en collaboration avec les partenaires de la santé publique. Le site sentinelle 2 est l'autorité sanitaire du Fraser de la Colombie-Britannique.

cxlix <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/fiche-nutri-data/index-fra.php>

cl Composante de la stratégie de marketing social de Santé Canada élaborée pour tenir compte des recommandations découlant des examens sur l'éclosion de listériose de 2008 et le rapport Weatherill.

cli Les données pour les autres années n'étaient pas disponibles.

Produit	Description	Période	Sujets	Public cible	Accessibilité de l'information
<i>Guide alimentaire canadien – Premières Nations, Inuits et Métis</i>	Recommandations adaptées à la culture portant sur l'alimentation saine pour promouvoir la santé, répondre aux besoins nutritifs et contribuer à diminuer le risque de plusieurs maladies chroniques. Élaboré pour refléter les valeurs, les traditions et les choix alimentaires des Premières Nations, des Inuits et des Métis et reconnaître l'importance des aliments traditionnels et achetés à l'épicerie dans l'alimentation des Autochtones.	2007-aujourd'hui	<ul style="list-style-type: none"> Directive alimentaire et recommandations portant sur l'alimentation saine 	<ul style="list-style-type: none"> Collectivités inuites, métisses et des Premières Nations, et membres de ces collectivités Éducateurs travaillant auprès des Premières Nations, des Inuits et des Métis 	<ul style="list-style-type: none"> En ligne Imprimé
Conclusions de recherche de la DRSE de la DGSPNI	Séries d'affiches, de brochures et de rapports pour présenter les résultats de la recherche menée par la DRSE.	Divers	<ul style="list-style-type: none"> • Multiples sujets liés aux aliments traditionnels et aux contaminants de l'environnement, par exemple : <ul style="list-style-type: none"> ○ Examen des habitudes de consommation d'aliments traditionnels à la lumière de la recherche en milieu communautaire menée par certaines collectivités des Premières Nations du Canada ○ Programme national sur les contaminants de l'environnement chez les Premières nations (PNCEPN)^{clii}, qui fait partie du Programme sur les contaminants de l'environnement chez les Premières nations^{cliii} ○ Programme de lutte contre les contaminants dans le Nord (PLCN)^{cliv} 	<ul style="list-style-type: none"> • Grand public • Premières Nations et Inuits 	<ul style="list-style-type: none"> • Imprimé

clii En tant que composante du PCEPN, l'objectif clé du PNCEPN est d'aider les peuples des Premières Nations du Canada (qui habitent au sud du 60^e parallèle) à évaluer leur exposition aux contaminants de l'environnement et les risques connexes potentiels pour leur santé et leur bien-être³⁷³.

cliii Le PCEPN a été établi en 1999 pour répondre aux besoins des Premières Nations en matière de données techniques. Le programme, administré conjointement par Santé Canada et l'Assemblée des Premières Nations, offre aux Premières Nations l'occasion d'effectuer des projets de recherche communautaires. Le PCEPN comporte deux composantes principales : le PNCEPN et le Programme régional sur les contaminants de l'environnement chez les Premières nations^{316,373}.

cliv Le PLCN, administré par AADNC, affecte des fonds à la recherche et aux activités connexes dans cinq principaux domaines : recherche sur la santé humaine, surveillance et recherche environnementales, recherche et surveillance au sein des communautés, communication, sensibilisation et consultation ainsi que coordination nationale et régionale et partenariats autochtones³⁷⁷.

Le **Table 22** présente certains des mécanismes de diffusion de l'information utilisés par le programme.

Table 22 Mécanismes de diffusion de l'information du programme

Nom	Description	Période	Sujets	Public cible	Accessibilité de l'information
Sites Web					
Salubrité des aliments de Santé Canada ^{clv}	Page Web fournissant un accès aux fiches de renseignements <i>Votre santé et vous</i> , aux sites Web des partenaires (p.ex. ACIA et Agence de la santé publique du Canada), à des avis (ACIA), etc., afin d'offrir des renseignements sur la salubrité des aliments fondés sur la recherche.	En cours	<ul style="list-style-type: none"> • Santé animale et médicaments vétérinaires • Contaminants chimiques • Intervention d'urgence • Additifs alimentaires • Allergies et intolérances alimentaires • Irradiation des aliments • Maladies d'origine alimentaire • ESA • Matériaux d'emballage • Conseils sur la salubrité des aliments 	<ul style="list-style-type: none"> • Grand public • Plus précisément : adultes âgés de 60 ans et plus pour les conseils sur la salubrité des aliments 	<ul style="list-style-type: none"> • En ligne • Téléchargement de documents • Avis par courriel
Maladies d'origine alimentaire de Santé Canada ^{clvi}	Page Web fournissant des renseignements sur les maladies d'origine alimentaire (ce qu'elles sont, comment les gens tombent malades, les symptômes et les traitements, le rôle du gouvernement fédéral) ainsi qu'un accès à d'autres sites et outils pertinents (p. ex. mises en garde, avis et rappels).	En cours	<ul style="list-style-type: none"> • Botulisme • Campylobactérie • Cronobacter • <i>Cyclospora</i> • <i>E. coli</i> • Hépatite A et E • <i>Listeria</i> et listériose • Norovirus • <i>Salmonella</i> • Shigella • Vibriion 	<ul style="list-style-type: none"> • Grand public 	<ul style="list-style-type: none"> • En ligne • Téléchargement de documents
Surveillance des aliments et de la nutrition ^{clvii} , étiquetage des aliments ^{clviii} et nutrition et saine alimentation ^{clix}	Trois pages Web fournissant un accès aux fiches de renseignements <i>Votre santé et vous</i> , à du matériel de sensibilisation, à des enquêtes, à des études, à des bases de données, à des résultats d'évaluation, etc., afin d'offrir des renseignements sur les risques liés à la nutrition et les avantages pour la santé fondés sur la recherche.	En cours	<ul style="list-style-type: none"> • Nutrition et allégations relatives à la santé • Étiquetage nutritionnel • Surveillance de la nutrition 	<ul style="list-style-type: none"> • Grand public • Professionnels de la santé et communicateurs • Premières Nations, Inuits et Métis 	<ul style="list-style-type: none"> • En ligne • Téléchargement de documents

clv <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/securit/index-fra.php>

clvi <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/securit/ill-intox/index-fra.php>

clvii <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/surveill/index-fra.php>

clviii <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/label-etiquet/index-fra.php>

clix <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/index-fra.php>

Nom	Description	Période	Sujets	Public cible	Accessibilité de l'information
Conseils sur la salubrité des aliments ^{clx}	Portail Web fournissant des conseils sur la salubrité des aliments régulièrement mis à jour par Santé Canada et l'ACIA.	2010 – aujourd'hui	<ul style="list-style-type: none"> • Multiples sujets, par exemple : • Allergies • Barbecue • Œufs • Halloween • Fêtes • Botulisme • Températures de cuisson interne • Restes • Préparation et manipulation des préparations pour nourrissons en poudre • Lait cru • Été • Jus non pasteurisés • Utilisation de thermomètres numériques pour les aliments 	<ul style="list-style-type: none"> • Grand public • Plus précisément : adultes âgés de 60 ans et plus, personnes ayant un système immunitaire affaibli et femmes enceintes 	<ul style="list-style-type: none"> • En ligne et de façon interactive • Téléchargement de documents
Canadiens en santé ^{clxi}	Portail Web fournissant des renseignements sur les rappels et les avis ainsi que les initiatives sur les modes de vie sains.	2010 – aujourd'hui	<ul style="list-style-type: none"> • Rappels et avis : produits de consommation, médicaments et dispositifs médicaux, aliments, véhicules et déplacements • Initiatives sur les modes de vie sains : allergies alimentaires, dangers environnementaux, santé et sécurité des enfants, sécurité des consommateurs, manipulation sécuritaire des aliments, grippe saisonnière, sodium, pourcentage de la valeur quotidienne, renoncement au tabac 	<ul style="list-style-type: none"> • Grand public • Plus précisément : enfants, adultes âgés de 60 ans et plus, personnes ayant un système immunitaire affaibli et femmes enceintes 	<ul style="list-style-type: none"> • En ligne • Téléchargement de documents • Avis par courriel • Médias sociaux • Dispositifs mobiles
Salubrité des aliments ^{clxii}	Portail Web fournissant des renseignements sur la salubrité des aliments ainsi qu'un accès à d'autres sites pertinents.	2010 – aujourd'hui	<ul style="list-style-type: none"> • Rappels, mises en garde et rapports • Manipulation et préparation sécuritaires des aliments • Salubrité des aliments et étiquettes • Allergies alimentaires • Comprendre la salubrité des aliments • Empoisonnement alimentaire • Rôles liés à la salubrité des aliments 	<ul style="list-style-type: none"> • Général • Plus précisément : adultes âgés de 60 ans et plus, personnes ayant un système immunitaire affaibli et femmes enceintes 	<ul style="list-style-type: none"> • En ligne • Téléchargement de documents • Avis par courriel • Médias sociaux • Dispositifs mobiles

clx <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/securit/kitchen-cuisine/index-fra.php>

clxi <http://www.canadiensensante.gc.ca/index-fra.php>

clxii <http://www.foodsafety.gc.ca/francais/introf.asp>

Nom	Description	Période	Sujets	Public cible	Accessibilité de l'information
Autres					
Publications professionnelles ^{clxiii}	Distribution d'affiches destinées aux professionnels de la santé lors de l'envoi postal du <i>Journal de l'Association médicale canadienne</i> (JAMC).	2010-2011	• Salubrité des aliments	• Professionnels de la santé et leurs patients : adultes âgés de 60 ans et plus, personnes ayant un système immunitaire affaibli et femmes enceintes	• Imprimé
Radio ^{clxiv}	Publicité de 30 secondes dans le cadre d'une campagne radiophonique nationale menée entre le 22 et le 31 mars 2010.	2010	• Salubrité des aliments	• Adultes âgés de 55 ans et plus	• Radio
Courrier ^{clxv}	Encarts publicitaires bilingues du Régime de pensions du Canada	2010-2011	• Salubrité des aliments	• Adultes âgés de 60 ans et plus	• Imprimé

Le **Table 23** présente certaines des activités de mobilisation relevées dans ces rapports^{173,157,152}.

Table 23 Exemples d'activités de mobilisation du programme

Type de prestation	Sujets de mobilisation			
	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2007
Organisme consultatif				• Groupe de travail comportant de multiples intervenants, coprésidé par Santé Canada et la Fondation des maladies du cœur du Canada, dont les travaux portent sur les solutions de rechange plus saines et les stratégies pour éliminer ou réduire les gras trans artificiels.
Réunion bilatérale			• GFPTN (4 réunions)	• Réunion avec les gouvernements provinciaux et territoriaux portant sur l'élaboration d'une stratégie nationale sur les résultats en santé publique liés à la salubrité des aliments et à la qualité nutritionnelle.
Conférence de consensus				• Problèmes liés aux allergènes alimentaires et solutions connexes.
Groupe de			• Groupes de	

clxiii Composante de la stratégie de marketing social de Santé Canada élaborée pour tenir compte des recommandations découlant des examens sur l'éclosion de listériose de 2008 et le rapport Weatherill.

clxiv Idem.

clxv *Id.*

Type de prestation	Sujets de mobilisation			
	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2007
discussion			discussion sur l'enrichissement alimentaire (série de 23)	
Réunion publique	<ul style="list-style-type: none"> • Aperçu de la DGPSA et du BPCP, mobilisation des citoyens, discours du Trône et initiatives de la DGPSA (information) et irradiation des aliments. • Processus réglementaire, cadre décisionnel, étiquetage nutritionnel et réseau régional de citoyens. • Bureau régional de l'Ouest, nouveau législatif, communication des risques et plan de communication en matière de biotechnologie et de santé. • Ouverture et transparence (partie un), planification intégrée de la DGPSA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ouverture et transparence : ouverture et transparence, stratégie de mobilisation du public, nouveau législatif : publicité sur les produits de santé et règlement des différends. • Innovation pour de meilleurs résultats en matière de santé : biotechnologie animale dans les aliments, cadre sur les biotechnologies de Santé Canada et résistance aux antimicrobiens. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apport du Canada dans l'élaboration des normes mondiales du Codex sur la SQNA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apport du Canada dans l'élaboration des normes mondiales du Codex sur la SQNA.
Consultation technique				<ul style="list-style-type: none"> • Groupe de travail comportant de multiples intervenants, coprésidé par Santé Canada et la Fondation des maladies du cœur du Canada, dont les travaux portent sur les solutions de rechange plus saines et les stratégies pour éliminer ou réduire les gras trans artificiels. • Consultation sur la stratégie révisée de gestion des risques associés au mercure. • Cinq allégations génériques relatives à la santé des États-Unis dont l'utilisation est envisagée au Canada.
Atelier			<ul style="list-style-type: none"> • Troisième atelier sur les méthodes d'analyse des allergènes alimentaires. • Détection des 	<ul style="list-style-type: none"> • Atelier d'information destiné à l'industrie alimentaire concernant l'amélioration des pratiques de prévention des allergènes. • Atelier de formation sur la préparation des demandes

Type de prestation	Sujets de mobilisation			
	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2007
			aliments et ingrédients irradiés dans les repas servis dans des établissements de restauration. <ul style="list-style-type: none"> • Forum des intervenants de la DA. 	concernant les aliments nouveaux.

Des activités de mobilisation sont également menées par d'autres participants clés du programme, notamment des ateliers tenus par la DGSPNI sur les aliments traditionnels et les contaminants de l'environnement de 2002 à 2007 (à Kamloops, à Nanaimo, à Prince George, à Thunder Bay, à Québec, à Whitehorse et en Alberta).

Le **Table 24** présente les approches utilisées dans le cadre de la stratégie de marketing social. Pour réaliser les buts visés, la stratégie reposait sur une approche ciblée à multiples volets relative à la diffusion des renseignements par divers moyens, outre le Web, notamment des publications annuelles, des encarts publicitaires, des médias imprimés, une campagne radiophonique et une alliance stratégique^{49,263,403,74,72,73,237,238,239}.

Table 24 Approches de marketing social utilisées pendant l'exercice 2010-2011

Approche	Portée
Numéro 1-800	<ul style="list-style-type: none"> • Grand public (92 %) : <ul style="list-style-type: none"> ○ Au total, 1 132 demandes de renseignements sur la salubrité des aliments. ○ Source du numéro sans frais : Brochure ou publication (41 %) ○ Origine des appels : Ontario (451 %) ○ Sexe des personnes ayant appelé : Femme (68 %) ○ Langue : Anglais (85 %) ○ Publications les plus fréquemment commandées (n = 9 534) : Allergènes alimentaires courants : Guide du consommateur – Comment gérer les risques (16 %) et Safe Food Handling for Adults 60+ /Guide sur la salubrité, des aliments pour les 60 ans et plus (15 %)
Envoi postal du <i>Journal de l'Association médicale canadienne</i> (JAMC)	<ul style="list-style-type: none"> • Professionnels de la santé et leurs patients : <ul style="list-style-type: none"> ○ Safe Food Handling For Adults 60+/Guide sur la salubrité des aliments pour les 60 ans et plus : 39 552 ○ Safe Food Handling For People with Weakened Immune Systems/Guide sur la salubrité des aliments pour les personnes ayant un système immunitaire affaibli : 5 617 ○ Safe Food Handling For Pregnant Women/Guide sur la salubrité des aliments pour les femmes enceintes : 35 498
Affiches sur la manipulation sécuritaire des aliments	<ul style="list-style-type: none"> • Safe Food Handling For Adults 60+/Guide sur la salubrité des aliments pour les 60 ans et plus : commandes directes : 30, envois : 41 379 • Safe Food Handling For People with Weakened Immune Systems/Guide sur la salubrité des aliments pour les personnes ayant un système immunitaire affaibli : commandes directes : 26, envois : 7 309 • Safe Food Handling For Pregnant Women/Guide sur la salubrité des aliments pour les femmes enceintes : commandes directes : 32, envois : 37 499

Approche	Portée
Brochures sur la manipulation sécuritaire des aliments	<ul style="list-style-type: none"> • Safe Food Handling For Adults 60+/Guide sur la salubrité des aliments pour les 60 ans et plus: commandes envoyées : 2 120, envois : 447 945 • Safe Food Handling For People with Weakened Immune Systems/Guide sur la salubrité des aliments pour les personnes ayant un système immunitaire affaibli: commandes directes : 1 343, envois : 46 587 • Safe Food Handling For Pregnant Women/Guide sur la salubrité des aliments pour les femmes enceintes : commandes directes : 1 659, envois : 258 552
Encarts publicitaires du Régime de pensions du Canada	<ul style="list-style-type: none"> • Adultes âgés de 60 ans et plus : 630 000
Campagne de publicité radiophonique nationale	<ul style="list-style-type: none"> • On s'attendait à joindre chaque semaine de 30 à 35 % des adultes âgés de 55 ans et plus visés par la campagne, selon le marché^{clxvi}
Alliance stratégique avec Reitmans Canada	<ul style="list-style-type: none"> • Guide de la salubrité des aliments pour les femmes enceintes dans les magasins de vente au détail Thyme Maternité : jusqu'à 200 000 copies
Campagne au moyen de bannières Web	<ul style="list-style-type: none"> • Personnes ayant un système immunitaire affaibli et femmes enceintes <ul style="list-style-type: none"> ○ Public : 4 727 614 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anglais : 7 864 visites sur Babycentre, UpTrend, Olive, Yahoo, WebMD, Canoe et Transcontinental ▪ Français : 4 917 visites sur Canoe, Olive et Transcontinental

clxvi Il y a eu quelques exceptions (pour diverses raisons, notamment la diminution des cotes d'écoute de la station choisie, l'incapacité de la station de diffuser les publicités) en ce qui a trait au fait d'atteindre ou de dépasser le point d'exposition brut : Red Deer (Alberta); Kingston (Ontario); Québec (Québec); Nouveau-Brunswick; Nouvelle-Écosse; Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve. Le point d'exposition brut est la somme des cotes d'écoute selon un support publicitaire ou à un moment donné. Il permet de mesurer le volume total de diffusion d'un message publicitaire auprès du public cible⁷⁴.

Annexe 4 Accords internationaux

L'évaluation a relevé 22 protocoles d'entente, accords et engagements internationaux signés par les participants clés du programme pendant la période de l'évaluation; les voici :

- *MoU on Cooperation in Food Safety and Inspection, and Animal and Plant Health between the Secretariat of Agriculture, Livestock and Rural Development of the United Mexican States and the Canadian Food Inspection Agency, responsible to the Minister of Agriculture and Agri-Food, and the Department of Health of Canada* (1999). Le PE porte sur l'échange de renseignements personnels, scientifiques et techniques, la recherche conjointe et l'organisation de réunions liées aux domaines des systèmes de surveillance et de contrôle, etc.³⁶⁸.
- *Confidentiality Commitment Statement of Legal Authority and Commitment from Health Canada Not to Publicly Disclose Non-Public Information Shared by the U.S. Food and Drug Administration (USFDA), U.S. Department of Health and Human Services* (2003)⁶⁹.
- *Letter of intent between Health Canada and the Secretariat of Health of the United Mexican States on health sector collaboration* (2004). La lettre porte sur la coopération et l'échange de renseignements entre des organismes gouvernementaux, des établissements de santé, des spécialistes, des scientifiques et des professionnels de la santé dans les domaines des maladies non transmissibles, de l'équité en santé et des soins de santé chez les peuples autochtones, de l'élaboration de politiques en matière de santé, etc.³⁵².
- *MoU between Food Standards Australia New Zealand and Food Directorate Health Products and Food Branch, Health Canada* (2004). Le PE porte sur l'échange de renseignements et la coopération dans les domaines des aliments nouveaux, des allégations relatives à la santé, des évaluations quantitatives des risques microbiens, de l'enrichissement alimentaire, etc.³⁶¹.
- *Trilateral Cooperation Charter between the Health Products and Food Branch of Health Canada, Canada, the Food and Drug Administration within the U.S. Department of Health and Human Services, and the Federal Commission for the Protection from Sanitary Risks of the Secretaría de Salud of Mexico* (2004).
- PE conclu entre Santé Canada et les CDC des États-Unis pour permettre l'échange en temps réel de renseignements sur les isolats cliniques et leurs sous-types entre le LNM et les CDC des États-Unis (2005)⁴⁵⁴.
- *MoU between the Food Standards Agency of the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland and the Food Directorate Health Products and Food Branch Health Canada* (2006). Le PE porte sur l'échange de renseignements et la coopération dans les domaines de la sécurité chimique, des mesures pour réduire les incidents liés à la salubrité des aliments, des mesures d'intervention en cas d'urgence, de l'harmonisation des méthodes et des processus d'évaluation des risques, etc.³⁶⁷.
- *Declaration Among the Department of Health and Human Services of the United States of America, the Department of Health of Canada, the Public Health Agency of Canada, and the Ministry of Health of the United Mexican States* (2007). La déclaration traite de l'aide mutuelle offerte pendant une situation d'urgence en santé publique, de même que de la coopération en vue d'améliorer la préparation aux situations d'urgence en santé publique et les interventions connexes⁷⁸.
- PE conclu entre l'Agence de la santé publique du Canada et le CEPCM (2007)⁹⁴.
- *MoU on Indigenous Health between the Department of Health and Human Services of the United States of America and the Department of Health of Canada for the Period 2007 – 2012* (2007). Le PE porte sur la collaboration et l'échange de renseignements à l'égard de la santé des Autochtones, de la prévention des maladies et des programmes environnementaux³⁶⁹.
- Échange de lettres entre la DGPSA et la FDA des États-Unis en ce qui concerne la modification du PE de 2003 visant à inclure les aliments et les PSN (2008)³⁵¹.
- *MoU between the Food Directorate of Health Products and Food Branch of the Department of Health of Canada and the Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments* (2008)³⁶⁶.

- *Arrangement between the Health Products and Food Branch and the New Zealand Food Safety Authority on Food Safety, Health Product Safety, and Nutrition* (2009)¹⁴.
- Échange de lettres entre la DGPSA et la Medicines and Healthcare products Regulatory Agency du département de la Santé du Royaume-Uni en ce qui concerne l'échange de renseignements confidentiels (2009)^{349,350}.
- Échange de lettres constituant une entente entre la DGPSA, la DGSESC et la Health Surveillance Agency du Brésil (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) en ce qui concerne l'échange de renseignements confidentiels (2009)^{345,348}.
- *MoU between the Department of Health of Canada and the Ministry of Health of the Federative Republic of Brazil on Health Sector Collaboration* (2009)³⁶⁵.
- *Trilateral Cooperation Charter between the Secretariat of Health of the Mexican United States, through the Federal Commission for the Protection from Sanitary Risks; the Health Products and Food Branch of the Department of Health of Canada; and the Food and Drugs Administration within the Department of Health and Human Services of the United States of America* (2009)⁴⁶⁹.
- *Plan of Action on Cooperation between the Department of Health of Canada, the Public Health Agency of Canada and the Ministry of Health of the People's Republic of China in the Field of Health for the Period 2009-2011* (2009). Le plan vise à encourager la coopération bilatérale dans le domaine de la santé en favorisant la mise en commun de renseignements, de leçons apprises et de pratiques exemplaires, en facilitant l'échange de scientifiques et d'autres professionnels de la santé, en faisant la promotion de la coopération entre les établissements et les associations de santé et en encourageant la coopération entre les établissements de recherche⁴⁶⁰.
- *2009-2011 Work Plan between HPFB, the USFDA and CFIA for health products and for food, NHPs and dietary supplements* (2010)².
- Échange de lettres entre la DA de Santé Canada et l'AESA en ce qui concerne l'échange de renseignements à l'appui des activités des deux organisations visant à cerner, à évaluer et, pour la DA de Santé Canada, à gérer les risques d'origine alimentaire potentiels pour la santé humaine^{347,346}.
- *Plan of Action on Cooperation between the Department of Health of Canada, the Public Health Agency of Canada, and the Ministry of Health of the People's Republic of China in the Field of Health for the Period 2011-2014* (2011). Le plan vise à renforcer la coopération bilatérale dans le domaine de la santé en favorisant la mise en commun de renseignements, de leçons apprises et de pratiques exemplaires, en encourageant la coopération entre les établissements de recherche et de santé et les associations de santé et en encourageant et en favorisant les contacts et les réseaux entre les professionnels de la santé canadiens et chinois³⁹⁹.
- *International Health Regulations* (2005). Entente ayant force exécutoire qui fournit un cadre pour la coordination de la gestion des événements qui peuvent constituer une urgence en santé publique d'ampleur internationale⁴⁸⁹.

Annexe 5 Compendiums de Santé Canada

Santé Canada publie trois compendiums de méthodes sur son site Web. Ces méthodes renvoient aux méthodes évaluées de Santé Canada, lesquelles peuvent être utilisées par les laboratoires de l'industrie et du gouvernement pour déterminer la conformité, évaluer la qualité et soutenir les enquêtes sur les maladies d'origine alimentaire. Les compendiums portent sur les domaines suivants :

- Le Recueil des méthodes d'analyse des allergènes alimentaires renvoie aux méthodes propres à l'analyse des allergènes évaluées par Santé Canada, que des laboratoires de l'industrie et du gouvernement peuvent utiliser. Santé Canada et l'ACIA travaillent conjointement dans le cadre du Comité de méthodologies sur les allergènes en vue de « mieux orienter et coordonner la planification, la mise en œuvre et l'avancement des programmes d'analyses et de recherches sur les allergènes alimentaires¹¹ ».
- Le Compendium de méthodes d'analyse chimique des aliments fournit une liste de méthodes classées ainsi : méthodes officielles, méthodes de la DGPS et procédures de laboratoire⁵⁹.
 - o Les méthodes officielles sont les méthodes d'analyse désignées comme telles dans le RAD; les méthodes de la DGPS sont entièrement validées au moyen d'études interlaboratoires et de méthodes d'analyse éprouvées; les procédures de laboratoire sont des méthodes qui ont été validées par au moins un laboratoire de la DGPS, mais sans l'avoir été entièrement au moyen d'études interlaboratoires⁵⁹. Le Compendium dresse aussi la liste des procédures de laboratoire pour la surveillance.
- Le Compendium de méthodes est présenté en cinq volumes : Méthodes officielles pour l'analyse microbiologique des aliments, *Méthodes de la DGPS pour l'analyse microbiologique des aliments*, *Procédures de laboratoire concernant l'analyse microbiologique des aliments*, *Méthodes pour la détection des matières étrangères dans les aliments et Méthodes d'analyse des parasites, virus et autres agents pathogènes d'origine alimentaire*⁴⁵⁹. Les méthodes pour l'analyse microbiologique et la détection des matières étrangères dans les aliments sont révisées par un CMM, composé d'un comité directeur et de groupes techniques comptant des représentants de Santé Canada et de l'ACIA²³⁵.
 - o Les méthodes officielles sont les méthodes d'analyse désignées comme telles par le directeur pour usage dans l'application de la LAD et du RAD (article A.01.010). Les méthodes de la DGPS sont des méthodes d'analyse entièrement validées et éprouvées qui peuvent être utilisées pour déterminer la conformité avec diverses normes et lignes directrices. Les procédures de laboratoire sont des méthodes qui ont été validées par au moins un laboratoire de la DGPS, mais sans l'avoir été entièrement au moyen d'études interlaboratoires²⁰⁰. Les ExFHPB et les ExFLP sont des méthodes de la DGPS et des procédures de laboratoire, respectivement, *pour la détection des matières étrangères dans les aliments, tandis que les OPFLP sont des méthodes d'analyse des parasites, virus et autres agents pathogènes d'origine alimentaire.*

Annexe 6 Réseaux et systèmes Web pour la collecte et la diffusion de renseignements

Le **Table 25** présente certains des réseaux et systèmes Web utilisés dans le cadre du programme pour la collecte et la diffusion de renseignements.

Table 25 Réseaux et systèmes Web pour la collecte et la diffusion de renseignements

Réseau ou système Web	Description
Programme intégré canadien de surveillance de la résistance aux antimicrobiens (PICRA)	Le PICRA est un ensemble d'outils de surveillance servant à recueillir des renseignements sur la résistance aux antimicrobiens des pathogènes entériques et des organismes commensaux présents dans le secteur agroalimentaire (fermes, abattoirs et vente au détail), la résistance aux antimicrobiens des pathogènes entériques isolés chez les humains et l'emploi des antimicrobiens chez les humains et les animaux ⁴⁸ .
Service de référence sur la listériose au Canada (SRL)	Le SRL, codirigé par le BDM et le LNM, fournit une base de données d'épidémiologie moléculaire complète sur tous les isolats au Canada qui sert de ressource pour des enquêtes sur les éclosions, la recherche et d'autres études microbiologiques ³⁸⁵ . Le Service de référence pour la listériose conserve pendant une période indéterminée toutes les données liées aux souches et aux caractérisations, ce qui facilite la comparaison des diverses souches ¹³³ .
Réseau canadien de renseignements sur la santé publique (RCRSP)	Le RCRSP, anciennement appelé Centre canadien de renseignements et de surveillance des éclosions, est un environnement national sécurisé sur le Web qui permet aux intervenants locaux, régionaux et FPT de la santé publique d'échanger en temps opportun et de communiquer de façon stratégique (p. ex. alertes) des renseignements sur la santé publique pour renforcer leur capacité d'anticiper, de détecter, de prévenir et de contrôler les risques pour la santé liés aux maladies transmissibles et d'intervenir en conséquence ¹⁴² .
Fichier canadien sur les éléments nutritifs (FCEN)	Le FCEN est une base de données bilingue en ligne qui fournit des renseignements sur la composition des aliments et la valeur moyenne des éléments nutritifs présents dans les aliments vendus au Canada. La plupart des données proviennent de la Nutrient Database for Standard Reference du département de l'Agriculture des États-Unis, sauf qu'on supprime les aliments qui ne sont pas vendus au Canada et qu'on inclut des produits canadiens. En tant que système de diffusion de renseignements, le FCEN est accessible et relativement convivial et comporte suffisamment d'explications pour les termes et les éléments nutritifs qu'il présente.
C-EnterNet	C-EnterNet est une base de données fournissant des données des sites sentinelles nationaux (service de santé publique de la région de Waterloo et autorité sanitaire du Fraser de la Colombie-Britannique) qui portent sur 11 maladies entériques à déclaration obligatoire comportant des facteurs de risque pour les humains et qui sont liées à des données provenant d'échantillons d'aliments, d'eaux de surface et d'animaux ⁵² .
Étude sur l'alimentation, la nutrition et l'environnement chez les Premières Nations (EANEPN)	L'EANEPN est un site Web qui fonctionne comme un mécanisme clé pour l'échange de connaissances sur les aliments traditionnels. Il contient des renseignements à jour sur les régimes alimentaires modernes des Premières Nations et la sécurité chimique des aliments récoltés traditionnellement, auxquels les Premières Nations se fient pour avoir une bonne alimentation. En plus de fournir des renseignements sur les connaissances actuelles concernant la salubrité des aliments et la sécurité alimentaire, le site Web présente des renseignements détaillés sur les protocoles et les politiques, ce qui permet aux collectivités des Premières Nations de reproduire les approches méthodologiques.
Réseau mondial des infections d'origine alimentaire (GFN)	Le GFN est un projet de collaboration de l'OMS, du Danish National Food Institute, des CDC des États-Unis, de l'Institut Pasteur de France, de l'Agence de la santé publique du Canada, de l'Utrecht University des Pays-Bas, du CEPCM, de l'OzFoodNet de l'Australie, de PulseNet International et du National Institute of Public Health du Japon. Le réseau a pour objet de renforcer et d'améliorer les capacités des laboratoires nationaux et régionaux quant à la surveillance de <i>Salmonella</i> et d'autres pathogènes d'origine alimentaire majeurs ainsi que de la résistance aux antimicrobiens de <i>Salmonella</i> et de la campylobactérie chez les humains et les animaux et dans les aliments ¹²⁰ .

Réseau ou système Web	Description
Réseau mondial d'information en santé publique (RMISP)	Géré par le CMIU de l'Agence de la santé publique du Canada, et élaboré en collaboration avec l'OMS, le RMISP est un système Internet protégé « d'alerte rapide » qui permet de recueillir des renseignements ayant une importance sur le plan de la santé publique (p. ex. contamination d'aliments, éclosions de maladies) à l'échelle mondiale et « en temps réel », 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Les rapports préliminaires ainsi obtenus sont analysés par une équipe multidisciplinaire et multilingue d'analystes afin que les renseignements pertinents soient diffusés aux autorités chargées de la santé publique et des mesures d'urgence de partout au monde en vue d'une gestion des risques adéquate. Au nombre des utilisateurs, on compte l'OMS, la FAO, l'OIE, des organismes non gouvernementaux et des gouvernements internationaux ^{185,360} .
Programme national de surveillance des maladies entériques (PNSME)	Le PNSME est une base de données permettant l'analyse de données fournies chaque semaine par les laboratoires de l'ensemble des provinces et des territoires pour tous les pathogènes entériques à déclaration obligatoire; il fournit des rapports hebdomadaires à des intervenants partout au Canada.
Réseau de recherche et de communication sur la salubrité de l'environnement des Premières Nations ^{clxvii}	Il s'agit d'un réseau virtuel permettant d'établir un lien entre les Premières Nations et les chercheurs dans le domaine de la salubrité de l'environnement pour renforcer les capacités des collectivités des Premières Nations, participer à la recherche sur la salubrité de l'environnement et utiliser les données et les connaissances.
Maladies à déclaration obligatoire en direct	Maladies à déclaration obligatoire en direct est une application Web créée par le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses de l'Agence de la santé publique du Canada afin d'améliorer la diffusion des données de surveillance recueillies sur les maladies à déclaration obligatoire au Canada. L'application contient des renseignements sur le nombre de cas déclarés pour plusieurs maladies à déclaration obligatoire ainsi que leur propagation dans la population pour la période de 1989 à 2004.
PulseNet Canada	PulseNet Canada est un réseau électronique virtuel qui relie les ordinateurs et les bases de données des laboratoires de santé publique de toutes les provinces et de certains laboratoires fédéraux. PulseNet est coordonné par le LNM et fait le suivi des empreintes génétiques de tous les cas d' <i>E. coli</i> et de la plupart des cas de <i>Salmonella</i> ⁴¹⁹ . PulseNet compte sur un PE pour l'échange de données sur la surveillance, et les CDC des États-Unis ont accès aux données des systèmes canadiens.

^{clxvii} Maintenant appelé le Réseau d'innovation en matière de salubrité de l'environnement des Premières nations.

Annexe 7 Processus liés à l'établissement de normes internationales

L'approche liée à la coopération internationale sur le plan de la réglementation de Santé Canada est axée sur ce qui suit¹⁶¹ :

- Conclure des ententes ou des accords avec d'autres organismes internationaux de réglementation (p. ex. la FAD des É.-U.) et des organismes chefs de file (p. ex. le Codex).
 - La participation du Canada au programme mixte FAO/OMS sur les normes alimentaires a pour objectif stratégique d'accroître l'influence du Canada sur les délibérations et les résultats du Codex; de promouvoir l'utilisation des normes Codex comme base des politiques et des réglementations nationales; d'améliorer la gestion stratégique et fonctionnelle du programme Codex du Canada; de promouvoir des processus visant à accroître l'efficacité du Codex²¹².
- Mobiliser les intervenants canadiens pour accroître la transparence (p. ex. en tant que membres de comités consultatifs d'experts).
- Établir des activités d'échange de renseignements pour accroître la qualité et l'efficacité de la prise de décisions au pays (p. ex. recours à des examens étrangers pour réduire l'arriéré de demandes à traiter).
- Déterminer les priorités et les mesures de responsabilisation.
- Mener des initiatives d'aide technique et de renforcement des capacités grâce à des moyens rentables (p. ex. visites de pays, formation).

De même, les objectifs de la DGPSA quant à la participation à la coopération internationale sur le plan de la réglementation comprennent les suivants¹⁶² :

- Nouer des relations internationales avec des représentants d'organismes de réglementation clés et d'autres organisations et les renforcer pour améliorer le rendement du système de réglementation en adoptant des pratiques exemplaires, en échangeant et en intégrant des connaissances scientifiques (p. ex. élaborer des demandes concurrentes et harmonisées avec d'autres organismes de réglementation, utiliser davantage d'examen étrangers pour la prise de décisions et élaborer des mécanismes de partage du travail) et en accroissant la transparence pour permettre au Canada de jouer un rôle important quant à l'établissement des normes à l'échelle mondiale.
- Collaborer dans le cadre d'initiatives internationales d'établissement de normes, d'établissement d'équivalences et d'harmonisation en passant en revue les règlements existants par rapport aux normes internationales, en harmonisant et en adoptant de nouvelles politiques et de nouveaux règlements lorsque cela est avantageux et approprié, en mettant en œuvre les normes et les règlements adoptés et en renforçant le rôle de la Direction générale en tant que leader au sein de certains organismes d'établissement de normes (p. ex. le Codex).
- Collaborer avec des pays pendant le processus d'élaboration de systèmes de réglementation pour permettre l'échange de connaissances et de pratiques et fournir une aide afin d'améliorer l'harmonisation à l'échelle internationale pour ainsi réduire le risque lié à l'importation d'aliments.

Ces approches et objectifs sont reflétés dans les activités internationales de la DA, qui dirige les initiatives de réglementation sur la SQNA¹⁷⁰ :

- Échanger des renseignements et effectuer des travaux de collaboration avec des organismes de réglementation d'autres pays en ce qui concerne la recherche, l'évaluation des risques, l'élaboration de politiques, l'établissement de normes et d'autres initiatives de collaboration liées aux dangers associés à la salubrité des aliments, à la sécurité nutritionnelle et à la qualité des aliments. Pour ce faire, des relations de travail bilatérales ou multilatérales sont établies dans le cadre de travaux avec des

organisations gouvernementales internationales (p. ex. OMS) ou des organismes gouvernementaux régionaux.

- Élaborer des normes internationales sur la salubrité des aliments, y compris la sécurité et la qualité nutritionnelles, en collaborant avec des organismes internationaux de réglementation (p. ex. dans le cadre de réunions quadrilatérales) et des organismes chefs de file (p. ex. Codex, comités FAO/OMS d'experts, OCDE) pour promouvoir l'élaboration de normes internationales sur les aliments qui reflètent le degré de protection des consommateurs assuré par les politiques et les normes canadiennes en matière de salubrité des aliments.
- Négocier et mettre en œuvre des ententes internationales (p. ex. PE) sur les responsabilités liées à la réglementation de la salubrité des aliments. Les comités mis sur pied dans le cadre de ces ententes permettent de mener des consultations régulières et de remplir les fonctions nécessaires pour mettre en œuvre les ententes et réaliser les objectifs qui y sont associés. Par exemple, les comités chargés des mesures sanitaires et phytosanitaires mandatés par l'OMS et l'ALENA, ainsi que de tels comités créés dans le cadre de l'Accord de libre-échange Canada-Costa Rica et de l'Accord de libre-échange Canada-Chili; les membres de ces comités discutent de questions qui les préoccupent, notamment les évaluations des risques, la mise en œuvre d'équivalences, la fourniture d'une aide technique et les procédures pour accroître la transparence. Les décisions prises par les comités chargés des mesures sanitaires et phytosanitaires influent directement sur la façon dont la DA établit les exigences liées à la salubrité des aliments au Canada.
- Renforcer les capacités des pays en développement et leur offrir une aide technique dans les secteurs de la salubrité des aliments, par exemple dans le cadre des fonctions du Canada aux termes de l'Accord sur l'application des mesures sanitaires et phytosanitaires et de l'Accord sur les obstacles techniques au commerce de l'OMS.

Dans le cadre de chacune de ses activités internationales, la DA tient compte d'un certain nombre d'éléments pour la mobilisation et l'établissement des priorités, par exemple¹⁷⁰ :

- Pertinence par rapport à ses responsabilités et à son mandat (p. ex. élaboration de politiques et établissement de normes).
- Lien avec les priorités du gouvernement, du Ministère et de la Direction générale ainsi qu'avec les engagements et objectifs du Canada.
- Ampleur de l'élaboration de règlements, mesure dans laquelle les homologues internationaux ont les mêmes points de vue, questions en commun et possibilité de synergies.
- Portée de l'occasion à l'interne (p. ex. participation d'un ou de multiples participants clés du programme) et à l'externe (relation bilatérale ou multilatérale).
- Mesure dans laquelle l'activité contribuera à renforcer le système canadien d'assurance de la salubrité des aliments (p. ex. en améliorant la conformité avec les normes internationales, ce qui rend les importations plus sécuritaires).
- Mesure dans laquelle les ententes peuvent traiter de l'application de mesures sanitaires ou des obstacles techniques au commerce et de leurs répercussions sur les ententes établies de l'OMS (p. ex. Accord sur l'application des mesures sanitaires et phytosanitaires ou Accord sur les obstacles techniques au commerce).
- Ampleur des répercussions sur la réputation et l'influence du Canada à l'échelle internationale.
- Volonté des homologues internationaux d'affecter des ressources (humaines et financières) aux travaux proposés ainsi que niveau des ressources (p. ex. experts en la matière).
- Coûts et accessibilité des fonds.

Annexe 8 Comparaison des activités faisant l'objet d'un recouvrement des coûts

Le **Table 26** présente une comparaison des activités faisant l'objet d'un recouvrement des coûts dans le cadre du PSQNA du Canada et des programmes semblables en Australie, en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni et aux États-Unis.

Table 26 Recouvrement des coûts

Canada	Australie et Nouvelle-Zélande	Royaume-Uni	États-Unis
<ul style="list-style-type: none"> • DGPSA <ul style="list-style-type: none"> ○ Il n'y a pas de recouvrement des coûts pour les activités menées par la DA (p. ex. examen des demandes de l'industrie alimentaire). • La DPC et la DSSPSP de la DGSPNI n'imposent pas de frais pour leurs services (p. ex. programmes communautaires et surveillance de la salubrité des aliments). • La DGPCMI de l'Agence de la santé publique du Canada n'impose pas de frais pour les activités liées à la 	<ul style="list-style-type: none"> • FSANZ n'impose pas de frais pour l'évaluation d'une demande, sauf dans les deux situations suivantes¹⁰⁹ : <ul style="list-style-type: none"> ○ Elle détermine qu'un demandeur a un avantage commercial exclusif démontrable^{clxviii}. ○ Un demandeur souhaite que le traitement de la demande commence immédiatement plutôt que selon les délais prévus établis dans le cadre de l'évaluation administrative^{clxix}. • FSANZ, qui agit comme point de contact central pour la collecte de données sur la surveillance des aliments 	<ul style="list-style-type: none"> • FSA du R.-U. <ul style="list-style-type: none"> ○ Depuis la mise en œuvre du Règlement 258/97 du Conseil européen (CE) (1997) concernant les aliments nouveaux et les ingrédients d'aliments nouveaux, un barème est utilisé pour l'évaluation des demandes concernant les aliments nouveaux et les ingrédients d'aliments nouveaux. Les frais sont établis en fonction de ce qui suit^{475,408} : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les demandes concernant un organisme GM qui doit faire l'objet d'une évaluation des risques environnementaux. ▪ Tout autre type de demande. ▪ Une demande d'opinion sur l'équivalence substantielle. • La FSA et le DEFRA du R.-U. n'imposent pas de frais pour les activités liées à la salubrité des aliments. 	<ul style="list-style-type: none"> • FDA des É.-U. <ul style="list-style-type: none"> ○ Il n'y a pas de recouvrement des coûts pour les activités menées par le CFSAN et l'Office of Regulatory Affairs⁴⁷⁹. ○ Aux termes de la <i>Food, Drug and Cosmetic Act</i>, la FDA des É.-U. impose des frais pour l'homologation (par lot) de colorants alimentaires destinés à une utilisation dans les produits réglementés par la FDA des É.-U.⁴⁸⁰. • CDC des É.-U. <ul style="list-style-type: none"> ○ Le National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases et

^{clxviii} Lorsqu'une demande est susceptible d'entraîner une modification du *Food Standards Code* de l'Australie/la Nouvelle-Zélande et d'avantager exclusivement le demandeur, on considère que la demande confère un avantage commercial exclusif démontrable et le demandeur doit engager tous les coûts de traitement de sa demande. Par exemple, une demande d'approbation d'un aliment nouveau pour laquelle on cherche à obtenir une autorisation exclusive sera vraisemblablement considérée comme une demande qui confère un avantage commercial exclusif démontrable¹⁰⁹.

^{clxix} Une évaluation administrative de la demande est effectuée par FSANZ dans les 15 jours ouvrables suivant sa réception. L'évaluation administrative a pour objectif de déterminer si la demande sera acceptée ou rejetée aux termes de l'article 26 de la *FSANZ Act*¹⁰⁹.

Canada	Australie et Nouvelle-Zélande	Royaume-Uni	États-Unis
<p>salubrité des aliments (p. ex. surveillance des éclosions et épidémiologie).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actuellement, l'ARLA « impose des frais uniques pour les demandes, conformément à une annexe sur les frais prescrits pour l'examen des demandes d'homologation de pesticides et un frais de maintien annuel par produit homologué relatif au droit de fabrication ou de vente d'un produit au Canada. Une réduction des frais s'applique à ces deux types de frais. Les biopesticides et les propositions du Programme d'extension du profil d'emploi pour usages limités à la demande des utilisateurs (PEDUDU) sont exemptés des frais⁷⁰. » L'ARLA n'impose pas de frais pour la réévaluation des pesticides. 	<p>auprès des unités de santé publique en Australie et en Nouvelle-Zélande, n'impose pas de frais pour les activités liées à la salubrité des aliments.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'Australian Pesticides and Veterinary Medicines Authority impose des frais selon le type de produit agricole et chimique. L'organisme impose également des prélèvements et des frais annuels pour les produits agricoles et chimiques homologués et la valeur des ventes du produit pendant un exercice donné⁹⁵. • La New Zealand Food Safety Authority fonctionne selon le modèle opérationnel suivant en matière de pesticides, qui est fondé sur un barème¹⁰: <ul style="list-style-type: none"> ○ frais d'examen préliminaire pour toutes les demandes (non remboursables); ○ frais de traitement estimés en fonction du barème après le processus d'examen préliminaire (pour les demandes nouvelles et modifiées, l'homologation provisoire, l'approbation de la recherche, le processus Smart Track pour les demandes nécessitant une évaluation réglementaire très limitée et les renouvellements d'homologation); ○ frais d'accréditation; ○ frais horaires; ○ frais annuels; ○ autres frais prévus par règlement relativement aux approbations, à la conformité et aux demandes d'information officielles; ○ frais de gestion discrétionnaires liés aux certificats, à la détermination de la classe, aux services d'évaluation de données, aux écarts par rapport aux exigences relatives aux médicaments 	<ul style="list-style-type: none"> • DEFRA et HSE du R.-U. <ul style="list-style-type: none"> ○ La Chemical Regulations Directorate, qui relève de HSE du R.-U., impose des frais pour assurer un recouvrement complet des coûts d'évaluation et de traitement des demandes. Des frais sont imposés pour les demandes traitées par la Registration Branch (volets de produits) ou par la Pesticide Branch (nouvelles matières actives et examens de l'UE)⁷⁵. ○ La Registration Branch impose des frais pour les activités liées à la coordination, aux modules de spécialistes et à la reconnaissance officielle⁷⁵. ○ La Pesticide Branch impose des frais pour les activités liées aux données de base (nouvelles substances et examens de la Commission européenne), aux produits biologiques et aux phéromones, aux dossiers de substances de base et aux réunions préalables à la présentation des demandes⁷⁵. ○ Depuis la mise en œuvre de la Directive 91/414/EEC du Conseil européen, les coûts sont recouverts au moyen de frais imposés aux demandeurs ou aux fabricants de pesticides, selon leurs chiffres d'affaires au Royaume-Uni⁴⁷⁴. ○ De nouveaux frais seront imposés pour satisfaire aux exigences découlant de ce qui suit⁴⁷⁴: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Règlement 396/2005 (septembre 2008), introduisant un nouveau régime pour l'établissement et l'application de LMR pour les pesticides dans les aliments; ▪ Règlement 1107/2009 (CE) (juin 2011); 	<p>le Food Safety Office n'imposent pas de frais pour les activités liées à la salubrité des aliments (p. ex. surveillance des éclosions et épidémiologie).</p> <ul style="list-style-type: none"> • EPA des É.-U. <ul style="list-style-type: none"> ○ L'Office of Pesticide Programs et l'Office of Chemical Safety and Pollution Prevention imposent les frais suivants pour les pesticides⁴⁷⁸: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frais de maintien pour les pesticides : fournit un financement pour le programme d'examen de l'homologation, dont une partie soutient le traitement des demandes concernant les ingrédients « d'imitation » ou inertes. ▪ Frais pour des services d'homologation améliorés : pour accélérer le service de décision concernant l'homologation de pesticides, les entités cherchant à faire homologuer des pesticides destinés à une utilisation aux États-Unis paient des frais au moment de présenter leur demande à l'EPA des É.-U. ▪ Frais d'avis préalable à la fabrication : soutient l'examen et le traitement des avis préalables à la fabrication de nouveaux produits chimiques présentés à l'EPA des É.-U. par l'industrie des produits chimiques. ○ L'EPA des É.-U. propose d'introduire des frais pour la réduction accélérée des risques chimiques :

Canada	Australie et Nouvelle-Zélande	Royaume-Uni	États-Unis
	vétérinaires et aux composés agricoles, aux approbations de produits importés, aux inspections d'installations, à l'établissement de LMR, aux réunions avec les parties sur demande et à la photocopie de renseignements.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Directive 2009/128/EC, établissant un cadre pour l'utilisation durable des pesticides (novembre 2011). 	soutenir directement la mise en œuvre d'un programme restructuré de gestion des produits chimiques ⁴⁷⁸ .