



Analyse sommaire d'initiatives favorables à l'amélioration de l'environnement alimentaire des restaurants

INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
DU QUÉBEC

Analyse sommaire d'initiatives favorables à l'amélioration de l'environnement alimentaire des restaurants

Direction du développement des
individus et des communautés

Novembre 2009

AUTEURES

Julie Strecko, Dt.P, M. Sc., conseillère scientifique
Institut national de santé publique du Québec

Laurie Plamondon, Dt.P., M. Sc., conseillère scientifique
Institut national de santé publique du Québec

Marie-Claude Paquette, Dt.P., Ph. D., conseillère scientifique
Institut national de santé publique du Québec

Johanne Laguë, M.D., M.Sc., FRCPC, chef d'unité scientifique
Institut national de santé publique du Québec

AVEC LA COLLABORATION DE

Lucie Corriveau, Dt.P.

Marie-Hélène Sylvestre, conseillère juridique

Guillaume Dumas-Couture, agent de planification, de programmation et de recherche
Institut national de santé publique du Québec

Catherine Gervais, conseillère scientifique
Institut national de santé publique du Québec

MISE EN PAGES

Danielle Gagnon, agente administrative
Institut national de santé publique du Québec

Souad Ouchelli, agente administrative
Institut national de santé publique du Québec

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

DÉPÔT LÉGAL – 1^{er} TRIMESTRE 2010
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-57696-9 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN : 978-2-550-57697-6 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2010)

RÉSUMÉ

- o Les transformations de notre mode de vie au cours des dernières décennies ont provoqué un accroissement de l'apport énergétique et une diminution de la dépense énergétique des individus contribuant à l'épidémie d'obésité.
- o L'accroissement des taux d'obésité requiert des interventions environnementales visant à faciliter l'adoption de saines habitudes alimentaires.
- o Les restaurants constituent une composante de l'environnement alimentaire importante à cause de l'augmentation des dépenses reliées à la consommation de repas à l'extérieur du foyer et du nombre de restaurants au Québec, et des liens possibles avec l'obésité.
- o Le secteur de la restauration constitue une cible d'interventions pertinente dans une stratégie globale de promotion de la santé et de prévention des problèmes reliés au poids.
- o Ce document se base sur un survol de la littérature grise et scientifique reliée aux initiatives mises sur pied au Québec et ailleurs dans le monde pour améliorer l'environnement alimentaire des restaurants.
- o Cette analyse sommaire répond aux trois objectifs suivants :
 1. répertorier les initiatives évaluées et non évaluées mises sur pied au Québec et ailleurs dans le monde;
 2. analyser ces initiatives à la lumière des connaissances scientifiques actuelles en matière d'environnement alimentaire;
 3. dégager les principaux éléments (faits, questionnements, mises en garde) à prendre en compte dans la planification de projets québécois.
- o Un total de 26 initiatives adoptées volontairement par des restaurateurs ont été identifiées, dont 5 ont été mises sur pied au Québec et 13 ont été évaluées.
- o Dans l'ensemble, ces initiatives mettent en lumière plus de 30 moyens différents ayant été utilisés pour améliorer l'environnement alimentaire des restaurants.
 - Les moyens les plus souvent utilisés sont l'apposition d'un symbole au menu pour identifier les items santé offerts, l'établissement de critères nutritionnels et la promotion des items santé dans le restaurant.
 - La majorité des moyens utilisés appartient à la stratégie qui vise l'augmentation de la disponibilité d'aliments sains.
- o Les évaluations d'impact sur la consommation d'items sains faites pour 5 initiatives ont rapporté des effets variant de modestes à nuls et étant de courte durée. Deux de ces évaluations ont identifié un élément précis de l'initiative comme ayant un effet significatif. Dans un cas, cet élément-clé était la promotion interne et dans l'autre cas, l'offre d'un montant d'argent au personnel de service pour chaque repas sain vendu.

- o Les évaluations n'ont pas permis de dégager des moyens plus efficaces ou des pratiques prometteuses. Cependant, les évaluations d'implantation ont identifié des éléments qu'il semble important d'inclure dans les initiatives telles que l'implication des restaurateurs, la promotion des initiatives et la préférence pour les autocollants au menu pour identifier les choix sains.
- o Quatorze mesures législatives relatives au gras trans dans les restaurants ont été répertoriées. Celles-ci concernent le contenu en gras trans dans les corps gras utilisés (13 initiatives) et dans les aliments servis (10 initiatives).
 - Au Canada, des recommandations concernant la teneur en gras trans dans les aliments ont été émises et un projet de loi a été proposé, mais le gouvernement fédéral n'a pas, à ce jour, légiféré à cet effet.
- o L'analyse des initiatives légales répertoriées suggère la faisabilité d'un recours à la législation pour limiter la teneur en gras trans des aliments servis au restaurant et son utilité pour assurer l'adoption rigoureuse de pratiques de réduction des gras trans par les restaurateurs.
- o Six mesures législatives en matière d'affichage nutritionnel dans les restaurants ont été répertoriées. Les éléments soumis à l'affichage nutritionnel obligatoire sont le contenu en calories seul (4 initiatives) ou le contenu en calories accompagné d'autres nutriments (2 initiatives).
 - Au Canada, bien qu'un projet de loi ait été déposé à cet effet à l'échelle du pays, aucune mesure n'est actuellement appliquée.
- o Les données consultées ne permettent pas de commenter la faisabilité d'implantation de l'affichage nutritionnel au point d'achat au restaurant. Cependant, il semble que les mesures législatives en la matière pourraient être favorables à une plus grande implication des restaurateurs dans la divulgation d'information accessible et utile aux consommateurs qui désirent faire des choix plus éclairés au restaurant.
- o Malgré le contexte d'évidences scientifiques incomplètes quant au lien entre les restaurants et le poids, les mesures d'amélioration de l'environnement alimentaire suivantes sont jugées comme étant prioritaires par plusieurs experts pour la prévention de l'obésité :
 1. L'augmentation de l'offre d'aliments faibles en calories (ou la diminution de l'offre d'aliments riches en calories). Une amélioration de l'offre de l'ensemble du menu dans les restaurants pourrait influencer les apports alimentaires de tous les clients et non uniquement des individus sensibilisés à une saine alimentation.
 2. L'affichage d'information nutritionnelle au point d'achat. La divulgation d'information nutritionnelle sur les menus au restaurant est une mesure appuyée par plusieurs experts et sa réglementation est appliquée ou envisagée dans un nombre croissant de régions notamment aux États-Unis. Pourtant, il semble que cette information au restaurant soit peu utilisée et que celle-ci ait peu d'effets positifs sur les choix des

consommateurs. Néanmoins, cette mesure pourrait avoir des effets sur les restaurateurs en les incitant à améliorer leur offre alimentaire.

3. La réduction de l'accès aux portions de grande taille. Une diminution de l'accès à des portions de grande taille pourrait prévenir la surconsommation au restaurant et favoriser un apport énergétique approprié.
- o Davantage de recherches doivent être faites pour combler le manque de connaissances sur l'implantation de différentes mesures d'amélioration de l'environnement alimentaire des restaurants et sur leurs impacts autant positifs que potentiellement négatifs. De plus, très peu de données existent sur l'applicabilité de ces mesures dans le contexte québécois.
 - o Les initiatives d'amélioration de l'environnement alimentaire des restaurants sont considérées comme une piste d'intervention intéressante et prometteuse par plusieurs experts. Des changements dans l'environnement alimentaire des restaurants influenceront certainement d'autres secteurs de l'alimentation, soit les distributeurs et les transformateurs alimentaires. Des effets positifs sur les normes alimentaires sont également probables.
 - o En conclusion, dans un contexte de mouvement social soutenu par un plan d'action impliquant plusieurs secteurs, la modification de l'environnement alimentaire des restaurants a le potentiel d'induire un effet systémique favorable à la promotion d'une saine alimentation et à la prévention de l'obésité.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	VII
LISTES DES SIGLES ET ACRONYMES	IX
1 INTRODUCTION	1
2 PROBLÉMATIQUE	3
2.1 L'épidémie d'obésité et les facteurs de promotion du gain de poids	3
2.2 La consommation d'aliments préparés hors foyer dans la population.....	4
2.3 Le portrait du secteur de la restauration au Québec et au Canada.....	5
2.4 Le poids corporel en lien avec la fréquentation et la présence de restaurants dans le milieu de vie	8
3 DÉFINITIONS ET CADRE CONCEPTUEL	11
4 OBJECTIFS ET MÉTHODE	13
4.1 Objectifs.....	13
4.2 Sources et collecte d'information.....	13
4.3 Limites associées à l'approche choisie.....	14
5 INITIATIVES VOLONTAIRES DE MODIFICATION DE L'ENVIRONNEMENT ALIMENTAIRE DES RESTAURANTS.....	15
5.1 Analyse sommaire des initiatives volontaires répertoriées	15
5.2 Constats découlant des évaluations d'implantation et d'impact des initiatives volontaires évaluées	19
5.3 Description des initiatives volontaires évaluées	22
5.3.1 Québec	23
5.3.2 Canada	25
5.3.3 États-Unis	32
6 INITIATIVES LÉGALES DE MODIFICATION DE L'ENVIRONNEMENT ALIMENTAIRE DES RESTAURANTS.....	43
6.1 Analyse et constats relatifs aux initiatives de réglementation des gras trans.....	43
6.2 Description des initiatives de réglementation des gras trans.....	47
6.2.1 Canada	47
6.2.2 États-Unis	50
6.2.3 Europe	52
6.3 Analyse et constats relatifs aux initiatives de réglementation de l'affichage nutritionnel	54
6.4 Description des initiatives de réglementation de l'affichage nutritionnel.....	56
6.4.1 Canada	56
6.4.2 États-Unis	59
7 DISCUSSION	65
7.1 Constats généraux relatifs aux initiatives recensées.....	65
7.2 Réflexions sur l'amélioration de l'environnement alimentaire des restaurants	66
8 CONCLUSION.....	71

9	RÉFÉRENCES	73
ANNEXE 1	INITIATIVES VOLONTAIRES DE MODIFICATION DE L'ENVIRONNEMENT ALIMENTAIRE DES RESTAURANTS N'AYANT PAS ÉTÉ ÉVALUÉES	85
ANNEXE 2	RÉSUMÉ DES INITIATIVES VOLONTAIRES DE MODIFICATION DE L'ENVIRONNEMENT ALIMENTAIRE DANS LES RESTAURANTS	95

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Niveaux d'évidences scientifiques des facteurs reliés au milieu de la restauration qui augmentent les risques de gain de poids et d'obésité	3
Tableau 2	Facteurs reliés au milieu de la restauration qui influencent les habitudes alimentaires.....	4
Tableau 3	Données économiques sur le secteur québécois de la restauration.....	6
Tableau 4	Liste des plus importantes chaînes de restauration québécoises selon les ventes et le type de restauration en 2005	6
Tableau 5	Top 5 des aliments consommés au Canada en restauration, 2006.....	7
Tableau 6	Caractéristiques sommaires des initiatives volontaires répertoriées	15
Tableau 7	Liste des moyens utilisés par les initiatives volontaires répertoriées	17
Tableau 8	Types d'intervention pour améliorer l'environnement alimentaire des restaurants	18
Tableau 9	Distribution des moyens utilisés selon le type d'intervention dans les restaurants	19
Tableau 10	Sommaire des résultats des évaluations d'impact sur la consommation de choix sains	20
Tableau 11	Initiatives légales pour limiter les gras trans dans les aliments servis au restaurant.....	44
Tableau 12	Initiatives légales relatives à l'affichage nutritionnel obligatoire au point d'achat dans les restaurants	55

LISTES DES SIGLES ET ACRONYMES

AHA	American Heart Association
ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
CHRB	Calgary Health Region Board
CRFA	Canadian Restaurant and Foodservices Association / Association canadienne des restaurateurs et des services alimentaires
CSPI	Center of Science for the Public Interest / Centre pour la science dans l'intérêt du public
DOHMH	Department of Health and Mental Hygiene, ville de New York
FMC	Fondation des maladies du cœur
IMC	Indice de masse corporelle
LAD	Loi sur les aliments et drogues
LEAN Act	<i>Labeling Education and Nutrition Act</i>
LPC	Loi sur la protection du consommateur
MAPAQ	Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec
MEAL Act	<i>Menu Education and Labeling Act</i>
NPD	Nouveau parti démocratique
NYSRA	New York State Restaurant Association
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PAG	<i>Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 - Investir pour l'avenir</i>
RAD	Règlement sur les aliments et drogues
USDA	Unites States Department of Agriculture

1 INTRODUCTION

Cette analyse sommaire a été réalisée pour répondre à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) qui souhaite encourager une transformation des pratiques de l'industrie de la restauration visant une offre d'aliments sains en portions adéquates, tel qu'énoncé dans le cadre du *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 - Investir pour l'avenir* (PAG). Cette analyse sommaire vise donc à documenter les initiatives favorables à l'amélioration de l'environnement alimentaire des restaurants développées au Québec et ailleurs dans le monde afin d'identifier des approches prometteuses.

La première section de ce document décrit la problématique du poids, l'environnement alimentaire des restaurants et les liens avec l'épidémie d'obésité. La méthode utilisée pour recenser les initiatives est ensuite détaillée.

Dans la section suivante, une analyse sommaire des 26 initiatives volontaires d'amélioration de l'environnement alimentaire des restaurants ayant été retenues est présentée. Sont ensuite décrites les 13 initiatives qui ont fait l'objet d'une évaluation. Celles qui n'ont pas fait l'objet d'une évaluation se retrouvent à l'Annexe I. Afin de faciliter la compréhension du document, les initiatives sont décrites suivant le même ordre de présentation des informations : l'organisme fondateur; les critères nutritionnels ou alimentaires utilisés¹; les activités et outils de promotion et de marketing; les acteurs impliqués dans les initiatives et les résultats d'évaluation.

Par la suite, les initiatives légales concernant les réglementations sur les gras trans et sur l'affichage nutritionnel au restaurant sont abordées. L'analyse descriptive de ces initiatives et les constats qui en découlent sont d'abord présentés. Ensuite, les 14 initiatives en matière d'utilisation de gras trans dans les restaurants sont décrites de façon plus détaillée, suivies des 6 initiatives relatives à l'affichage nutritionnel.

Finalement, les constats généraux de cette analyse sommaire sont suivis d'une discussion de trois mesures d'amélioration de l'environnement alimentaire jugées prometteuses par des groupes d'experts à la lumière de la littérature scientifique.

¹ Les critères *alimentaires* font référence à des normes relatives aux types d'aliments servis (ex. : disponibilité de produits céréaliers à grains entiers), tandis que les critères *nutritionnels* désignent des seuils à respecter quant à la quantité en certains nutriments (ex. : quantité maximale de gras saturé).

2 PROBLÉMATIQUE

2.1 L'ÉPIDÉMIE D'OBÉSITÉ ET LES FACTEURS DE PROMOTION DU GAIN DE POIDS

L'épidémie d'obésité est un problème de santé publique préoccupant. En moins de vingt ans, de 1987 à 2003, le nombre de personnes obèses au Québec a doublé (Mongeau et collab., 2005). En 2004, 57 % de la population québécoise était en excès de poids; 35 % faisait de l'embonpoint et 22 % souffrait d'obésité (Tjepkema, 2005). Au Canada, on estimait en 2004 que 45 % des cas d'hypertension, 39 % des cas de diabète de type 2, 23 % des cas de coronaropathies et 22 % des cancers de l'endomètre étaient attribuables à l'obésité (Luo et collab. 2007). L'obésité est en fait l'un des principaux facteurs de risque des maladies coronariennes, des accidents vasculaires cérébraux et du diabète de type 2.

Les facteurs génétiques ne peuvent à eux seuls expliquer cette croissance soudaine de l'obésité. Ce sont plutôt les transformations de notre mode de vie qui sont mises en cause. Elles amènent une augmentation de l'apport énergétique concurremment à une diminution de la dépense énergétique (OMS, 2003a). Des rapports d'experts (OMS, 2003b, Booth et collab., 2001) présentent plusieurs facteurs alimentaires qui pourraient potentiellement contribuer à la hausse du poids de la population. Un rapport de l'OMS (2003b), qui tente de caractériser les facteurs associés au poids, expose les facteurs alimentaires qui peuvent augmenter les risques de gain de poids ainsi que la force des évidences scientifiques qui y sont associées. Les facteurs qui touchent les restaurants sont regroupés au tableau 1. De même, un panel d'experts a élaboré un cadre conceptuel des déterminants qui influencent les comportements alimentaires et la pratique d'activité physique associés aux maladies chroniques et à l'obésité (Booth et collab., 2001). Les restaurants figurent parmi les milieux de vie ou environnements au sein desquels plusieurs facteurs ont été identifiés comme étant à privilégier lors de la mise en place d'interventions portant sur les choix alimentaires. Le tableau 2 présente les facteurs d'influence sur la consommation alimentaire qui concerne les restaurants tels que rapportés par Booth et collaborateurs (2001).

Tableau 1 Niveaux d'évidences scientifiques des facteurs reliés au milieu de la restauration qui augmentent les risques de gain de poids et d'obésité

Niveau d'évidence	Facteurs de risque
Probant	Apport élevé d'aliments à forte teneur énergétique et à faible valeur nutritive
Probable	Promotion agressive d'aliments à forte teneur énergétique et à faible valeur nutritive Promotion des restaurants à service rapide Apport élevé en boissons gazeuses et en jus de fruits additionnés de sucre
Possible	Grande taille des portions Apport alimentaire composé d'une proportion importante d'aliments préparés hors foyer

Adaptation et modification de : OMS (2003b), *Diet, Nutrition, and the Prevention of chronic diseases*. Genève, FAO/OMS.

Tableau 2 Facteurs reliés au milieu de la restauration qui influencent les habitudes alimentaires

Facteur d'influence	Impact 1 = faible 2 = modéré 3 = élevé	Facilité de modification 1 = difficile 2 = modéré 3 = facile
Taille des portions	2	3
Transformation/méthodes de préparation des aliments	2	3
Choix limité d'aliments sains	2	2
Incitatifs à la consommation (ex. jouets)	2	1
Accès à l'information nutritionnelle	1	3
Incitatifs à choisir des items additionnels	1	2
Prix des mets combinés (<i>combos</i>)	1	2

Adaptation de Booth et collab. (2001). « Environmental and societal factors affect food choice and physical activity: rationale, influences, and leverage points ». *Nutr.Rev.*, 59, S21-S39.

En somme, les restaurants constituent pour les experts et certaines autorités de santé publique, une des cibles d'intervention pertinentes dans une stratégie globale de prévention de l'obésité.

2.2 LA CONSOMMATION D'ALIMENTS PRÉPARÉS HORS FOYER DANS LA POPULATION

L'accroissement de la consommation d'aliments préparés hors foyer² fait partie des transformations qui ont influencé le mode de vie et l'alimentation de la population au cours des dernières décennies. De 1982 à 2004, la proportion des dépenses alimentaires pour les repas consommés à l'extérieur du foyer est passée de 23 % à 32 % au Québec (Association des restaurateurs du Québec, 2005).

Très peu d'études québécoises ou canadiennes se sont penchées sur la fréquentation des restaurants. Un sondage canadien de 2008 rapporte que 16 % des Canadiens mangeait le repas du midi au restaurant au moins 2 fois par semaine, tandis que 12 % y mangeait le repas du soir au moins 2 fois par semaine. Cependant, la grande majorité des consommateurs échantillonnés mangeait le repas du midi ou du soir (62 % et 74 % respectivement) au restaurant une fois par semaine ou moins d'une fois par semaine (Canadian Council of Food and Nutrition, 2008). La fréquentation de différents types de restaurants n'était pas différenciée dans ce sondage et les données ne peuvent qu'être une estimation de fréquentation au Québec.

² Les aliments préparés hors foyer proviennent des services alimentaires comme les restaurants, les cafétérias, les traiteurs et les cantines. Par opposition, les aliments préparés au foyer sont apprêtés à la maison à partir d'aliments achetés dans les magasins d'alimentation au détail tels que les épiceries, les dépanneurs et les marchés publics.

Les données d'un autre sondage canadien, mené celui-ci en 2006, rapportent des résultats semblables. En 2006, 6 % des Canadiens mangeaient 4 fois ou plus par semaine au restaurant, 17 % mangeaient 2 à 3 fois par semaine au restaurant et 67 % mangeaient une fois ou moins par semaine au restaurant (Canadian Council of Food and Nutrition, 2006). Le rapport de ce sondage compare les données de 2006 à celles de 2004. Il rapporte une augmentation de la proportion de personnes qui mangent au restaurant 4 fois ou plus par semaine (3 % à 6 %) et de la proportion des personnes qui y mangent de 2 à 3 fois par semaine (14 % à 17 %). De plus, il y a eu une diminution de la proportion ne mangeant jamais au restaurant (13 % à 8 %). Toutefois, aucune différence n'a été notée dans la proportion de gens qui mangeaient au restaurant une fois par semaine ou moins (67 % pour les deux sondages) (Canadian Council of Food and Nutrition, 2006).

Les données de l'ESCC 2004, volet nutrition (Garriguet, 2007) rapportent que le quart de la population canadienne déclare avoir consommé la veille de l'entrevue des aliments ayant été préparés dans un restaurant avec service rapide. Ce taux varie selon l'âge des répondants. Le tiers des jeunes de 14 à 18 ans avait consommé au moins un aliment de restauration rapide, tandis que c'était le cas pour 39 % des hommes de 19 à 30 ans qui représente la plus forte proportion dans la population. Malheureusement, l'enquête ne permet pas d'identifier précisément quels aliments ont été consommés. En effet, ces derniers peuvent varier d'un repas combo à un café. Cependant, l'enquête révèle que 40 % des clients des restaurants avec service rapide ont choisi une pizza, un sandwich, un hamburger ou un hot-dog, et 25 %, une boisson gazeuse ordinaire. Par ailleurs, plus de 50 % de la population a rapporté que tous les aliments consommés la veille de l'entrevue avaient été préparés à la maison.

Les données disponibles suggèrent que la plupart des Canadiens consomment la majorité de leur repas à la maison et que la consommation d'aliments de restauration rapide varie selon l'âge et le sexe. Par ailleurs, la fréquentation des restaurants pourrait être en croissance. Des recherches supplémentaires sont néanmoins nécessaires afin de pouvoir dresser un portrait fiable de la consommation d'aliments préparés hors foyer au Québec. Les données québécoises disponibles portent uniquement sur la proportion des dépenses alimentaires. Une augmentation de cette proportion peut représenter tout aussi bien une augmentation de la fréquentation des restaurants qu'un choix de restaurants où les mets sont plus dispendieux ou qu'une augmentation de la quantité consommée lors d'un repas au restaurant.

2.3 LE PORTRAIT DU SECTEUR DE LA RESTAURATION AU QUÉBEC ET AU CANADA

Parallèlement à l'accroissement de la proportion des dépenses reliées à l'achat d'aliments hors foyer chez les Québécois, le nombre de restaurants et les ventes réalisées par les restaurateurs ont augmenté au cours des dernières années. Selon les données du MAPAQ, il y avait 16 041 restaurants au Québec en 2007, ce qui constitue une augmentation de 10 % comparativement à 2001. De ce nombre, 60 % étaient des restaurants à service complet et 40 % étaient des restaurants à service rapide (MAPAQ, 2009b). Ce sont les restaurants à service rapide exploités en chaîne qui ont connu le plus fort taux de croissance en termes de nombre d'établissements entre 2001 et 2007 (+ 23 %), suivis des restaurants à service

rapide totaux³ (+ 12 %), des restaurants avec service complet totaux (+ 10 %) et des restaurants avec service complet exploités en chaîne (+ 4 %).

Pour l'ensemble des restaurants, les ventes ont totalisé 9,1G\$ en 2007, ce qui représente une augmentation de l'ordre de 2 % par rapport à l'année 2006 (MAPAQ, 2008). Tel qu'indiqué au tableau 3, ce sont les établissements à service rapide qui profitent d'une plus grande croissance des ventes. Il reste que les dépenses annuelles des Québécois y sont de 43 % inférieures à celles effectuées dans les restaurants à service complet.

Tableau 3 Données économiques sur le secteur québécois de la restauration

	Restaurants à service complet	Restaurants à service rapide
Nombre d'établissements au Québec (unités), 2008	9627	6414
Parts de marché (%), 2008	41	23
Dépense par personne (\$/an), 2008	630	359
Croissance des ventes (%), 2006-2007	0,4	6,3

Source : MAPAQ 2009, Bottin statistique de l'alimentation, Édition 2008, p.66, p.69. MAPAQ 2008, L'activité bioalimentaire au Québec, Bilan 2007, p.17.

Ensuite, une des grandes particularités du secteur de la restauration québécoise réside dans le fait que 75 % des restaurants sont indépendants, tandis que 25 % appartiennent à des chaînes de restauration (MAPAQ, 2009a). Parmi ces chaînes, la restauration à service complet semble être favorisée chez les entreprises québécoises évoluant dans ce secteur (voir tableau 4), contrairement aux entreprises de propriété canadienne ou internationale les plus courantes qui sont plutôt associées à la restauration rapide.

Tableau 4 Liste des plus importantes chaînes de restauration québécoises selon les ventes et le type de restauration en 2005

Nom de la chaîne	Ventes en 2006 (milliers \$)	Type de restauration
St-Hubert	305 000	Familiale
La cage aux sports	106 000	Resto-bar
Chez Cora déjeuners	102 000	Familiale
Casa Grecque	66 000	Familiale
Pacini	62 500	Italien
Au vieux Duluth	56 000	Grillades et fruits de mer
Café Dépôt	55 000	Café spécialisé
Nickels Grill et Bar	47 500	Grill et Bar
Normandin	44 000	Familiale

Source : MAPAQ 2009, Bottin statistique de l'alimentation, Édition 2008.

³ Totaux = restaurants indépendants + restaurants exploités en chaîne.

Par ailleurs, le tableau 4 ne reflète pas nécessairement la réalité de l'offre de restaurants au Québec. En 2007, les entreprises de restaurations présentes en plus grand nombre de succursales sur le territoire québécois étaient d'origine américaine ou canadienne. Il s'agissait de Subway avec 443 succursales, Tim Horton avec 275 succursales, McDonald's avec 261 succursales et PFK avec 210 succursales (Robitaille, Bergeron et Lasnier, 2009).

Malgré le manque d'accès à des données québécoises sur le sujet, il demeure intéressant de documenter dans la population canadienne l'utilisation des restaurants selon le repas. En 2001, les déjeuners correspondaient à 10 % des aliments achetés au restaurant, contre 34 % au dîner, 50 % au souper et 6 % pour les produits consommés entre les repas (Association des restaurateurs du Québec, 2005). Plus précisément, comme le montre le tableau 5, le café régulier représentait 59 % des aliments consommés dans les restaurants au déjeuner au Canada en 2006, tandis que les frites et les boissons gazeuses régulières décrivaient 50 % des aliments consommés dans les restaurants au dîner. Finalement, les frites et la pizza représentaient 52 % des aliments consommés dans les restaurants au souper.

Tableau 5 Top 5 des aliments consommés au Canada en restauration, 2006

Repas	Aliment consommé	%
Déjeuner	Café régulier	59
	Pommes de terre rissolées	10
	Œufs (sauf omelette)	9
	Rôtie, muffin anglais	8
	Bagel	8
Dîner	Frites	28
	Boisson gazeuse régulière	22
	Hamburger	18
	Café régulier	13
	Salade	12
Souper	Frites	31
	Pizza	21
	Volaille	21
	Boisson gazeuse régulière	20
	Salade	18
Entre les repas	Café régulier	31
	Crème glacée, yogourt	14
	Beigne	9
	Boisson gazeuse régulière	7
	Frites	6

Source : MAPAQ 2009, Bottin statistique de l'alimentation. Édition 2008, p.30.

En somme, on constate que le marché de la restauration au Québec est principalement constitué de restaurants à service complet, mais la restauration à service rapide semble davantage en croissance. De plus, le Québec dénombre une majorité d'établissements de restauration à exploitation indépendante plutôt qu'en chaîne. En ce qui a trait aux chaînes de

restaurant, celles d'origine québécoise et qui sont les plus importantes en termes de ventes, sont principalement composées de restaurants avec service complet, tandis que les chaînes de restaurants qui disposent du plus grand nombre d'établissements sur le territoire québécois offrent de la restauration de type rapide et sont d'origine américaine ou canadienne. Ainsi, la mise en place d'interventions visant exclusivement les restaurants exploités en chaîne aurait une influence sur une faible proportion de restaurants au Québec.

Enfin, les repas consommés le plus souvent au restaurant sont le souper et le dîner. On observe également que les aliments les plus vendus au restaurant au dîner et au souper dans les restaurants canadiens sont de haute valeur calorique et de faible valeur nutritive. Tout porte à croire que ce type d'aliments est largement valorisé dans les restaurants canadiens et québécois, ce qui laisse une place plutôt marginale à des alternatives qui correspondent davantage à une saine alimentation.

2.4 LE POIDS CORPOREL EN LIEN AVEC LA FRÉQUENTATION ET LA PRÉSENCE DE RESTAURANTS DANS LE MILIEU DE VIE

Le lien entre le poids et la fréquence ou la présence de restaurants a fait l'objet de bon nombre d'études américaines.

Plusieurs d'entre elles ont rapporté un lien entre la fréquentation de restaurants à service rapide et l'excès de poids. Un sondage national sur la consommation, mené aux États-Unis, a révélé que la consommation d'aliments provenant de la restauration rapide à raison d'une fois par semaine ou plus était significativement mais faiblement associée à l'excès de poids (Bowman et Vinyard, 2004). Deux autres études, une longitudinale et une transversale, ont aussi suggéré un lien positif entre le fait de fréquenter des restaurants à service rapide et l'indice de masse corporelle (IMC) (Duffey et collab., 2007; Jeffery et collab., 2006). Par ailleurs, aucune relation significative n'a été démontrée entre la fréquentation d'autres types de restaurants et l'IMC dans ces dernières études (Duffey et collab., 2007; Jeffery et collab., 2006).

Une étude de Binkley, Eales et Jekanowski (2000) utilisant les mêmes données que Bowman et Vinyard (2004), citée précédemment, rapporte que le lien significatif entre un IMC élevé et la fréquentation de restaurants à service complet serait présent seulement chez les hommes. Par ailleurs, cette étude établit un lien significatif entre un IMC élevé et la fréquentation de restaurants à service rapide, sans distinction entre les sexes (Binkley, Eales et Jekanowski, 2000). Enfin, une étude menée en Californie portant sur le lieu de consommation alimentaire des familles a rapporté que le taux d'obésité était significativement plus élevé chez les familles (parents et enfants) qui mangeaient au restaurant plus d'une fois par semaine (Ayala et collab., 2008).

Quant à la présence de restaurants, une étude explorant l'impact de la densité géographique des restaurants sur l'IMC menée dans plusieurs comtés aux États-Unis suggère que les personnes qui vivent dans les milieux ayant une densité plus importante de restaurants à service rapide ou un ratio-restaurants à service rapide/restaurants avec service complet plus élevé ont un IMC plus élevé et sont plus à risque de souffrir d'obésité (Mehta et Chang, 2008). Finalement, une synthèse systématique de la littérature réalisée en 2006 a examiné

le lien entre l'obésité et des variables environnementales reliées aux commerces d'alimentation. Les résultats révèlent qu'une seule des quatre études ciblant les restaurants a observé que la présence de restaurants était positivement associée à un IMC plus élevé chez les habitants du secteur étudié (Holsten, 2009).

En somme, les études consultées explorant le lien entre les restaurants et le poids font ressortir les incohérences et limites des données actuellement disponibles. Il semblerait que la fréquentation de restaurants à service rapide est associée au poids, mais que le lien entre la fréquentation des restaurants dans leur ensemble et le poids est moins certain. La relation entre la présence de restaurants dans l'environnement alimentaire et l'obésité demeure, quant à elle, difficile à établir compte tenu du fait que les liens entre les facteurs environnementaux qui influencent les habitudes de vie et le poids ne sont pas directs ou linéaires (Huang et collab., 2009).

Ce bref survol de la littérature explore les nombreuses transformations survenues dans l'industrie de la restauration parallèlement à l'augmentation des taux d'obésité. L'accroissement possible des dépenses consacrées aux aliments préparés hors foyer, de la fréquentation des restaurants et du nombre de restaurants, particulièrement des restaurants à service rapide exploités en chaîne, sont des transformations correspondant à un environnement plus obésogène. Malgré les difficultés inhérentes à l'établissement d'un lien scientifique direct entre les restaurants et le poids, ces transformations obésogènes justifient une amélioration de l'environnement alimentaire des restaurants.

3 DÉFINITIONS ET CADRE CONCEPTUEL

Dans le cadre de ce document, deux types d'initiatives d'amélioration de l'environnement alimentaire au restaurant ont été retenues : 1) des initiatives proposées par des organismes et adoptées volontairement par les restaurateurs et 2) des mesures législatives imposées aux restaurateurs. Ces initiatives devaient aussi toucher directement l'environnement alimentaire des établissements et non seulement les consommateurs.

Puisqu'aucune définition précise de l'environnement alimentaire des restaurants n'a été identifiée dans la littérature scientifique, une définition inspirée de celle de Baril (2008) sur l'environnement alimentaire scolaire est ici proposée (Baril, 2008) : *L'environnement alimentaire des restaurants désigne tous les éléments matériels et immatériels qui entourent la consommation d'aliments au restaurant.* Plus précisément, quatre éléments composent cet environnement : 1) *l'offre alimentaire*; 2) *les structures physiques (aménagement des lieux, niveau de bruit)*; 3) *les messages publicitaires et promotionnels reliés à l'alimentation au restaurant*; 4) *les politiques et règlements (ex. réglementation sur les gras trans)*. Les interventions visant à améliorer l'environnement alimentaire des restaurants peuvent agir sur une ou plusieurs de ces quatre dimensions.

L'amélioration de l'environnement alimentaire, dont celui des restaurants, est reconnue comme une stratégie environnementale prometteuse en prévention des problèmes reliés au poids et en promotion de la santé (Booth et collab., 2001, Sallis, 2009, Swinburn, 2004).

Glanz, Sallis, Saelens et Frank (2005) proposent un modèle conceptuel pour l'étude des environnements alimentaires (Figure 1) dans lequel on retrouve trois variables environnementales qui peuvent influencer directement ou indirectement (via leur effet sur des variables individuelles) les comportements alimentaires et qui concernent le milieu de la restauration. Ce sont *l'environnement alimentaire de la communauté*, *l'environnement alimentaire du consommateur* et *l'environnement informationnel*.

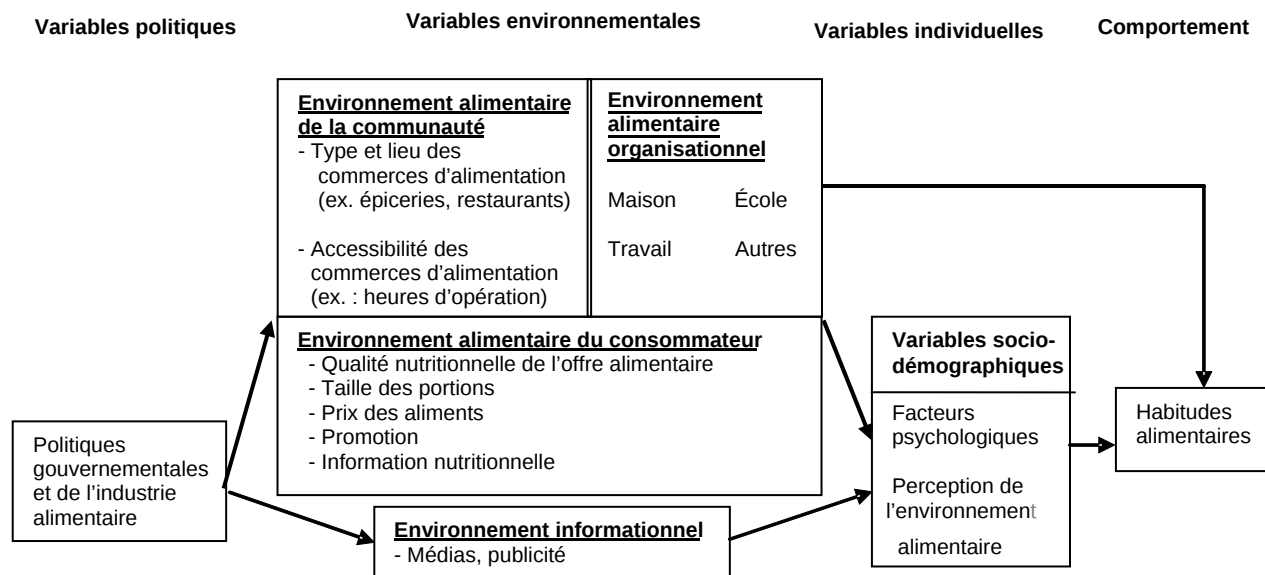


Figure 1 Modèle des environnements alimentaires de la communauté

Adaptation et modification du « Model of Community Nutrition Environments » de Glanz, K., et collab. dans « Healthy Nutrition Environments: Concepts and Measures ». American Journal of Health Promotion 19,5 (2005): 330-33.

L'environnement alimentaire de la communauté réfère à la distribution des endroits où l'on peut se procurer des aliments, c'est-à-dire le nombre, le type, le lieu, et l'accessibilité des commerces d'alimentation. Les magasins d'alimentation et les restaurants sont les principaux établissements où sont disponibles des aliments.

Pour sa part, *l'environnement alimentaire du consommateur* désigne les conditions auxquelles le consommateur est exposé à l'intérieur et aux alentours d'un commerce d'alimentation. Au restaurant, ces éléments incluent notamment : l'offre alimentaire (qualité nutritionnelle des aliments, variété de choix), la taille des portions (disponibilité de petites portions et présence de « méga portions »), le prix des aliments, la promotion et l'information nutritionnelle (Glanz et collab., 2005).

L'environnement alimentaire informationnel représente quant à lui les informations rapportées par les médias et la publicité diffusée au public (Glanz et collab., 2005). Par exemple, les activités de promotion relatives aux établissements de restauration et à leur offre alimentaire qui sont offertes à l'extérieur des restaurants correspondent à cette composante.

Ces composantes environnementales peuvent être affectées par des politiques (incluant des règles formelles et informelles, des lois et des réglementations) qui sont issues du gouvernement ou d'autres organisations (Glanz et collab., 2005). On pense notamment aux lois et réglementations en matière de gras trans et d'information nutritionnelle relative aux aliments servis dans les restaurants.

4 OBJECTIFS ET MÉTHODE

4.1 OBJECTIFS

Les objectifs de la présente analyse sommaire sont les suivants : 1) répertorier les initiatives évaluées et non évaluées mises sur pied au Québec et ailleurs dans le monde; 2) analyser ces initiatives à la lumière des connaissances scientifiques actuelles en matière d'environnement alimentaire; 3) dégager les principaux éléments (faits, questionnements, mises en garde) à prendre en compte dans la planification de projets québécois.

4.2 SOURCES ET COLLECTE D'INFORMATION

Une recension des écrits scientifiques de janvier 2003 à juin 2008 a été effectuée afin de documenter les initiatives qui visent à améliorer l'environnement alimentaire dans les restaurants au Québec et ailleurs dans le monde. Par ailleurs, certains articles moins récents, mais qui fournissent de l'information utile ont été retenus.

Les moteurs de recherche suivants ont été utilisés : EMBASE, PubMed, Ovid medline, PsycINFO et ERIC. Les mots clés utilisés sont : restaurants et/ou fast-food + obésité et/ou environnement alimentaire, et/ou initiatives, et/ou aliments, et/ou nutrition, et/ou calorie (en anglais et en français). La littérature grise a également été sondée de manière non systématique afin d'identifier des initiatives non décelées dans la littérature scientifique. Ainsi, les sites Internet de différents organismes reconnus (gouvernementaux ou autres) ont été explorés tels que ceux de Santé Canada, des Diététistes du Canada, de l'Association des restaurateurs du Québec et de la Fondation des maladies du cœur. Une requête a également été réalisée avec les moteurs de recherche Google et Yahoo en utilisant les mots clés suivants : restaurant et/ou fast-food et initiatives, et/ou intervention, et/ou offre alimentaire saine, et/ou saine alimentation, et/ou valeurs nutritives (en anglais et en français). Les informations sur les initiatives présentées viennent en grande partie des sites Internet repérés à l'aide de ces moteurs de recherche.

Compte tenu du petit nombre d'initiatives volontaires de modification de l'environnement alimentaire des restaurants ayant été répertoriées, le principal critère de sélection utilisé fut la disponibilité des informations suivantes : l'organisme fondateur, les critères nutritionnels ou alimentaires et le détail des activités menées.

En ce qui concerne les initiatives légales, une recension de littérature a été effectuée de décembre 2008 à avril 2009. Une recherche de la législation canadienne en vigueur a d'abord été effectuée avec le moteur de recherche disponible sur le site de l'Institut canadien d'information juridique (CanLII). Tant les documents provinciaux que fédéraux ont été consultés à cet effet. De même, une recherche a été effectuée afin de déterminer si des projets de loi émanant de l'Assemblée nationale du Québec ou de la Chambre des communes à Ottawa (LegisInfo) concernant les gras trans et l'affichage nutritionnel dans les restaurants avaient été déposés avant mai 2009.

Dans un deuxième temps, les sites Internet des autorités américaines, danoises et suisses compétentes en matière législative ont été consultés. Mentionnons à titre d'exemple, les sites Internet de certaines autorités de santé publique de l'État de la Californie ou de la ville de New York, des autorités fédérales de la Confédération suisse et de la Ville de Calgary.

Dans un troisième temps, des articles de doctrine ont également été recherchés à l'aide des moteurs de recherche PubMed, Wiley InterScience, EMBASE et Google Scholar. Pour ce faire, les termes, seuls ou combinés, suivants ont été utilisés : restaura*, obes*, loi, droit, legis*, gras ou graisse trans, menu, affich*. La même recherche a été effectuée avec les termes anglais. De même, une recherche de la littérature grise a également été effectuée par le biais du moteur de recherche Google à l'aide des mêmes termes.

Enfin, les initiatives légales retenues l'ont été sur la base de la disponibilité des écrits concernant les initiatives légales applicables dans les restaurants. Dans un premier ordre, des textes législatifs, et dans un deuxième ordre, des articles de doctrine et de la littérature grise ont été consultés. Certaines initiatives, celles de juridiction locale notamment, n'ont pas été retenues en raison de leur similitude.

4.3 LIMITES ASSOCIÉES À L'APPROCHE CHOISIE

Les objectifs de la présente analyse sommaire étant de nature descriptive et analytique plutôt qu'exhaustive, une recension systématique de la littérature grise et scientifique n'a pas été effectuée. Le portrait des initiatives présenté dans ce document n'est donc pas complet.

Les initiatives volontaires de petite envergure, de très courte durée, ou insuffisamment documentées n'ont pu être retenues. Tel que mentionné précédemment, le principal critère d'inclusion des initiatives était la disponibilité de la documentation. Ainsi, plusieurs initiatives privées initiées par des chaînes de restauration par exemple n'ont pas été incluses faute de documentation disponible. Les initiatives volontaires retenues ne représentent donc qu'une partie de ce qui se fait à l'échelle provinciale, nationale et internationale, par des organismes publics et privés. De plus, aucune évaluation de la qualité des initiatives ou de la rigueur scientifique des évaluations d'impact et d'implantation n'a été effectuée.

Quant aux initiatives légales, la liste de celles rapportées dans cette analyse sommaire se veut une représentation sommaire des mesures légales adoptées par des juridictions aux niveaux local, provincial, et national en matière de présence de gras trans et d'affichage nutritionnel dans les restaurants.

5 INITIATIVES VOLONTAIRES DE MODIFICATION DE L'ENVIRONNEMENT ALIMENTAIRE DES RESTAURANTS

Dans les dernières années, plusieurs initiatives ont été mises sur pied afin de modifier l'environnement alimentaire des restaurants et d'y favoriser des choix plus sains⁴. En tout, 26 initiatives volontaires ont été retenues pour cette analyse sommaire. Dans ces initiatives, on en retrouve 5 menées au Québec, dont une a été évaluée. Des 21 initiatives restantes, 12 ont fait l'objet d'évaluations. Seules les initiatives qui ont été évaluées sont présentées dans le corps du texte (section 5.2). Les initiatives non évaluées sont décrites à l'Annexe I. Le tableau suivant présente le pays d'origine des initiatives, leur nombre, le nombre de celles qui ont été évaluées et le type d'évaluation :

Tableau 6 Caractéristiques sommaires des initiatives volontaires répertoriées

Pays d'origine	Nombre total	Évaluées	Évaluation d'implantation	Évaluation d'impact sur la consommation
Québec	5	1	1	1
Canada	7	6	6	1
États-Unis	9	6	5	3
France	1	0		
Suisse	1	0		
Angleterre	1	0		
Écosse	1	0		
Total	26	13	12	5

5.1 ANALYSE SOMMAIRE DES INITIATIVES VOLONTAIRES RÉPERTORIÉES

Même si la moitié des initiatives ont été évaluées, il est difficile de porter un regard critique sur leurs impacts et leur processus d'implantation ou d'identifier des pratiques prometteuses. En fait, les initiatives utilisent une grande variété de moyens, combinent différemment les moyens privilégiés et, pour celles qui ont fait l'objet d'évaluations, ce sont majoritairement des aspects précis de l'initiative qui sont évalués. Tel qu'on peut le remarquer au Tableau 6, très peu d'initiatives (15 %) ont fait l'objet d'une évaluation d'impact. Il n'en demeure pas moins qu'il est intéressant d'analyser les stratégies retenues afin d'en dégager quelques constats.

Une analyse qualitative descriptive des moyens et types d'intervention utilisées par les 26 initiatives répertoriées a été effectuée.

⁴ Notons que les termes « initiatives », « programmes » ou « projets » sont utilisés indistinctement pour désigner les initiatives.

Premier niveau d'analyse : les moyens utilisés dans les initiatives

Cette section présente la liste des moyens utilisés dans les 26 initiatives. Plus de 20 moyens ont été utilisés (Tableau 7). Ces moyens sont de l'ordre de la détermination de critères nutritionnels, d'identification des choix sains via l'apposition d'un symbole au menu, l'élaboration des manuels de préparation pour le personnel ou encore de la formation destinée aux chefs. Les moyens le plus souvent utilisés sont l'apposition d'un symbole au menu (21 initiatives), l'établissement de critères nutritionnels (20 initiatives), la promotion des choix sains dans le restaurant (17 initiatives), l'établissement de critères alimentaires (15 initiatives) et l'élaboration de répertoire qui identifie les restaurants participants (13 initiatives).

En ce qui concerne l'établissement de critères nutritionnels, les critères les plus utilisés sont de limiter le contenu en gras total (18 initiatives), en gras saturé (9 initiatives) et en sel (7 initiatives). Quant à l'établissement de critères alimentaires, ce sont l'inclusion de légumes et de fruits (12 initiatives), l'utilisation de méthodes de préparation et de cuisson saines (principalement pour diminuer le contenu en gras) (10 initiatives), la diminution des portions (8 initiatives), la disponibilité de lait réduit en gras (8 initiatives) et l'inclusion de produits céréaliers à grains entiers (6 initiatives) qui sont le plus souvent utilisés.

Tableau 7 Liste des moyens utilisés par les initiatives volontaires répertoriées

Moyens et moyens spécifiques en ordre d'importance	Nombre d'initiatives
Symbole sur les menus	21
Critères nutritionnels Gras total, gras saturé, sel, sucre, matières grasses ajoutées, cholestérol, calories, fibres, protéines, gras trans.	20
Promotion interne Symbole dans le menu, affichette, autocollant pour la vitrine, brochure, affiche.	17
Critères alimentaires Légumes et fruits, méthodes de préparation et de cuisson saines, grosseur des portions, lait réduit en gras, produits céréaliers à grains entiers, dessert santé, menu sain pour les enfants, viandes maigres, substitutions moins grasses, équilibre des groupes alimentaires.	15
Répertoire des restaurants	13
Promotion externe	12
Méthodes de préparation	6
Analyse des menus	5
Formation des serveurs	4
Formation des chefs ou des cuisiniers	4
Manuel de préparation	4
Menu santé pour les enfants	3
Analyse nutritionnelle	3
Conseils d'une nutritionniste ou diététiste	3
Prix de reconnaissance pour les restaurants	2
Information nutritionnelle non affichée, mais disponible à la demande des clients	2
Certification	1
Tableau des valeurs nutritives	1
Échantillons des mets modifiés offerts aux clients	1
Coupons de réduction	1
Assistance téléphonique pour les restaurateurs offrant des conseils pour réduire le contenu en gras des mets	1
Élaboration et dissémination de recettes saines par les chefs impliqués	1
Politique de prix favorisant un choix sain	1

La très grande majorité des initiatives utilisent plus d'un moyen afin de modifier leur environnement alimentaire. En moyenne, les initiatives utilisent une combinaison de 5 moyens (mode = 6) (écart : 2 à 8 moyens par initiative). Une analyse des 4 moyens les plus utilisés suggère que deux combinaisons de moyens semblent être privilégiées dans plusieurs initiatives, la combinaison des critères nutritionnels et de l'apposition d'un symbole au menu (17 initiatives) et la combinaison des critères alimentaires et de la promotion interne (13 initiatives).

Deuxième niveau d'analyse : les moyens regroupés selon le type d'intervention selon la grille d'analyse

Une version modifiée d'une typologie d'interventions de Glanz et Hoelscher (2004) a servi de grille d'analyse des différents moyens utilisés dans les initiatives répertoriées. Cette grille identifie 6 types d'intervention afin d'améliorer l'offre de fruits et de légumes dans les restaurants. La typologie, qui a été adaptée afin d'inclure une amélioration de l'offre alimentaire plus large que seuls les fruits et légumes, est présentée au tableau 8.

Tableau 8 Types d'intervention pour améliorer l'environnement alimentaire des restaurants

Types d'intervention	Définition
Augmentation de la disponibilité de choix sains	Augmenter l'offre des aliments de haute valeur nutritive en ajoutant ou en modifiant les choix au menu, en augmentant la variété ou en améliorant la qualité nutritionnelle des mets existants. Cette stratégie inclut également certaines mesures qui contribuent à augmenter la disponibilité telle que la formation des cuisiniers sur les méthodes saines de préparation des aliments.
Augmentation de l'accès aux choix sains et à différents formats de portions	Rendre les aliments de haute valeur nutritive faciles à choisir, minimiser les efforts pour trouver ce type de produit. Il ne suffit pas que l'aliment soit disponible, il est important que le consommateur puisse facilement se le procurer. Par exemple, en augmentant l'offre et la variété en fruits et légumes comme accompagnement de base au met principal sans coût supplémentaire. Offrir des petits formats de portion.
Réduction du prix ou offre de coupons de réduction	Réduire le prix des aliments sains ou offrir des coupons de réduction pour les aliments au menu qui sont de haute valeur nutritive.
Politique des services alimentaires	Se doter d'une politique qui exige l'inclusion d'aliments de haute valeur nutritive ainsi que le développement de techniques de préparation des aliments plus sains pour les services alimentaires privés ou publics.
Information aux points de vente	Fournir aux consommateurs de l'information nutritionnelle sur les aliments servis aux restaurants. Par exemple, en identifiant les choix sains, basés sur des critères établis, par un symbole ou un message sur les menus.
Promotion et communication	Utiliser des affiches et d'autres moyens de communication (tentes de tables) pour faire connaître et encourager la consommation d'aliments sains. Les restaurants utilisent une réduction du prix, un nouvel aliment au menu ou la modification d'une recette pour en faire des événements promotionnels.

Source : Adaptation pour l'environnement alimentaire des restaurants de la typologie proposée par Glanz et Hoelscher (2004) pour l'offre de fruits et légumes.

Le tableau 9 présente le nombre de moyens utilisés selon les types d'intervention présentés au tableau 8. La majorité des moyens utilisés vise une augmentation de la disponibilité, ce qui est cohérent puisque l'objectif premier de la plupart des initiatives est d'améliorer l'offre alimentaire au restaurant.

De plus, certains types d'interventions sont plus souvent utilisés que d'autres. Les interventions qui semblent les plus utilisées dans les initiatives répertoriées sont l'augmentation de la disponibilité (25 initiatives l'utilisent), l'augmentation de l'accès (17 initiatives l'utilisent), l'information au point de vente (19 initiatives l'utilisent) et la promotion et la communication (22 initiatives l'utilisent). On remarque aussi que très peu d'initiatives ont utilisé la réduction du prix ou une offre de coupons de réduction ou la mise sur pied d'une politique des services alimentaires.

Tableau 9 Distribution des moyens utilisés selon le type d'intervention dans les restaurants

Types d'intervention	Nombre de moyens par type	Nombre d'initiatives qui ont utilisé chaque intervention (n = 26)
Augmentation de la disponibilité	3	25
Augmentation de l'accès	4	17
Réduction du prix ou offre de coupons de réduction	3	5
Politique des services alimentaires	1	3
Information aux points de vente	3	19
Promotion et communication	2	22
Autres*	11	
Total	32	

* Autres moyens : Prix pour les chefs ou les restaurateurs, tirage pour les consommateurs, manuel et formation pour les chefs ou les restaurateurs, distribution d'échantillons des mets, assistance téléphonique pour les consommateurs, consultation avec une diététiste professionnelle, etc.

5.2 CONSTATS DÉCOULANT DES ÉVALUATIONS D'IMPLANTATION ET D'IMPACT DES INITIATIVES VOLONTAIRES ÉVALUÉES

Pour quelques initiatives (Treat Yourself Well, 2008; Fitzgerald et collab., 2004; Santé Canada, 2008a; Demers et Renaud, 1992; Anderson et Haas, 1990), une évaluation de leur impact sur les choix alimentaires des consommateurs a été effectuée. Ces évaluations rapportent des effets variant de modestes à nuls et de courte durée (voir Tableau 10). Seules deux études (Treat Yourself Well, 2008; Demers et Renaud, 1992) montrent qu'un élément particulier de leur initiative avait eu un impact sur le choix d'un met plus sain. Dans une première étude (Demers et Renaud, 1992), la promotion interne, c'est-à-dire la promotion faite dans le restaurant sur les choix plus sains au menu était associée à un impact plus important sur la sélection d'un met sain. Une seconde étude (Treat Yourself Well, 2008) rapporte que le moyen le plus efficace pour augmenter le choix d'un met sain était d'offrir un montant d'argent au personnel de service pour chaque repas sain vendu.

Tableau 10 Sommaire des résultats des évaluations d'impact sur la consommation de choix sains

Initiatives	Moyens d'intervention utilisés	Durée, participants et méthode	Résultats
Programme de marketing nutritionnel (Demers et Renaud, 1992)	Symbole sur les menus Critères nutritionnels Promotion interne et externe Analyse des menus Formation des serveurs	2 mois 984 clients Interview à la sortie du restaurant après intervention 7 restaurants Ventes avant et après intervention	Proportion de clients ayant consommé un choix sain : 23 %. Hausse significative de 1 % des ventes de choix sains durant la première moitié du programme (de 18,4 % à 19,5 %). Deuxième moitié du programme, chute du nombre de choix sains vendus à taux pré-intervention (de 19,5 % à 18,9 %).
<i>To Your Heart's Delight</i> (Santé Canada, 2008a)	Symbole sur les menus Critères nutritionnels Promotion interne et externe Formation des serveurs	6 semaines Non rapporté Interview à la sortie du restaurant avant et après intervention	Augmentation de choix d'items « bon pour le cœur » (7 % à 22 %). Augmentation des sauces servies à part (18 % à 32 %).
<i>Healthy Dining Program</i> (Fitzgerald et collab., 2004)	Symbole sur le menu Critères nutritionnels	8 semaines 9 restaurants Ventes avant et après intervention	En moyenne, la tendance montre une augmentation non significative (2 %) des ventes d'items sains à la suite de l'intervention.
<i>TrEAT Yourself Well</i> (Treat Yourself Well, 2008)	Symbole dans les menus Critères nutritionnels et alimentaires Promotion interne et externe Échantillons alimentaires Coupons de réduction	15 mois 12 restaurants expérimentaux et 11 restaurants témoins appariés faisant partie de 5 chaînes de restaurants Ventes avant, durant et après intervention	Avant intervention, taux d'items sains vendus variait de 1 % à 6 % des ventes. Durant la campagne de promotion, le taux d'items sains vendus variait de 2 % à 8 % des ventes. En moyenne, la part d'items sains vendus est passée de 1,89 % à 2,61 % suite à l'intervention, ce qui correspond à une augmentation de ventes d'items sains de 38 %.
<i>Dine to your Heart's Delight</i> (Anderson et Haas, 1990)	Critères nutritionnels et alimentaires Promotion interne Modification des méthodes de préparation Répertoire de restaurants Formation des chefs et restaurateurs	4 semaines 9 restaurants Ventes avant et après intervention. Formulaire sur les ventes complété par le restaurateur.	Les ventes d'items sains ont connu une augmentation variant de 8 % à 100 %. Pour 5 restaurants, l'augmentation de vente d'items sains était significative.

En ce qui concerne les évaluations d'implantation, certains éléments tels que la promotion et l'implication des restaurateurs sont ressortis comme essentiels à une implantation réussie. Deux défis importants se dégagent aussi des évaluations d'implantation. D'abord, l'applicabilité des initiatives semble varier selon le type d'exploitation des restaurants, exploitation en chaîne ou pas. Deuxièmement, la très grande variabilité des critères nutritionnels et alimentaires utilisés incite à se demander si les changements apportés constituent une amélioration significative de l'offre alimentaire.

La promotion des initiatives, c'est à dire la promotion dans le restaurant ou dans la communauté par le biais de publicités dans les médias écrits, télévisuels et électroniques, est identifiée par les restaurateurs comme un incitatif important pour leur participation à une initiative (City of Berkeley Public Health Division, 2008; Macaskill et collab., 2003; Dwivedi, 1999). Ce résultat n'est pas surprenant puisque les restaurateurs doivent y trouver leur compte. Leur participation à des initiatives d'amélioration de l'offre alimentaire leur donne un avantage concurrentiel, car la promotion de l'initiative leur offre de la publicité gratuite et la possibilité d'augmenter leur clientèle et d'accroître leur visibilité. Néanmoins, certains restaurateurs affirment aussi leur intérêt de répondre à la demande des consommateurs pour des aliments sains et d'offrir un service public aux clients tout en leur permettant d'améliorer l'image du restaurant (City of Berkeley Public Health Division, 2008; Macaskill et collab., 2003).

Cependant, il semble que tous les restaurateurs ne perçoivent pas une demande suffisante pour des choix santé au restaurant pour adopter des initiatives de promotion de la saine alimentation. En effet, des restaurateurs qui ne participaient pas à un tel programme ont, quant à eux, rapporté qu'une plus grande demande de la part des consommateurs pour des restaurants adoptant des programmes valorisant les choix santé augmenterait leur intérêt à y participer (Dwyer et collab., 2004). Certains ont par ailleurs exprimé une préoccupation à l'égard des coûts et du temps supplémentaire associés aux demandes spéciales des clients (Dwyer et collab., 2004).

Les activités de promotion de diverses natures semblent également assurer la notoriété des initiatives (Acharya et collab., 2006; Macaskill et collab., 2003). Plusieurs restaurateurs suggèrent qu'on leur fournisse davantage de matériel promotionnel (Macaskill et collab., 2003). Toutefois, certains chercheurs ont souligné la difficulté à maintenir des stratégies de promotion des choix sains à long terme (ex. diffusion de brochures, feuillets dans les journaux), ce qui limite leur efficacité potentielle à modifier les choix alimentaires des consommateurs de façon durable (Treat Yourself Well, 2008).

De plus, les études sont unanimes sur la façon d'identifier des choix sains dans le menu, les autocollants avec un symbole apposés dans les menus sont le moyen préféré des restaurateurs plutôt que des encarts ou affichettes de table (Santé Canada, 2008a; Wenzel et collab., 1999). Des restaurateurs ont toutefois exprimé de l'inquiétude à l'effet que l'identification des certains items comme étant « santé » puisse contribuer à une image négative de ceux qui ne portent pas cette mention (Dwyer et collab., 2004; Paul et collab., 1989).

Certains auteurs ont identifié cinq éléments importants à inclure dans un programme d'information nutritionnelle dans les restaurants soit 1) des autocollants pour le menu; 2) des lignes directrices pour les gérants; 3) des recettes standardisées qui correspondent aux critères du programme; 4) du matériel promotionnel à utiliser dans les restaurants, et 5) des vidéos de formation pour le personnel. Ils estiment aussi que l'engagement continu du gérant ou du propriétaire du restaurant est le facteur le plus important pour déterminer le succès et l'acceptation du programme parmi le personnel (Wenzel et collab., 1999).

Très peu d'initiatives ont abordé les contextes particuliers des différents types de restaurants. Par exemple, les restaurants indépendants dont les propriétaires sont généralement plus impliqués dans les décisions évoluent dans un contexte différent des restaurants qui sont exploités en chaîne et où le propriétaire de franchise ou gérant de succursale a des pouvoirs limités sur certains aspects tels que les items du menu, etc. Cependant, une étude (CSPI, 2008a) faite uniquement avec des restaurants exploités en chaîne rapporte de faibles taux de participation au programme de la part des restaurateurs. Il semble donc que les stratégies pour joindre ce type de restaurants doivent être différentes de celle utilisée pour les restaurants indépendants. De plus, un rapport (CDC, 2008) suggère que certains restaurants indépendants ne souhaitaient pas être associés à une initiative incluant des restaurants exploités en chaîne.

Ce type de commentaire découle probablement du fait que plusieurs initiatives ont des critères nutritionnels et alimentaires très tolérants qui ne permettent pas de garantir une saine alimentation. De fait, on remarque que les « normes » pour un même critère sont très hétérogènes. Par exemple pour le contenu en gras total, les critères recensés dans les initiatives sont les suivants : 30 % des calories provenant du gras ou moins, faible teneur en lipides, maximum de 25 g de gras pour un plat principal, maximum de 12 g de gras pour un plat principal. En outre, les modifications nutritionnelles et alimentaires sont aussi très hétérogènes (gras saturés, sucre, sel, protéines, fibres, cholestérol, calories, gras trans).

En somme, cette analyse sommaire n'a pas permis de dégager les moyens les plus efficaces ou même les pratiques les plus prometteuses de modification de l'environnement alimentaire des restaurants. Cependant, elle a identifié les moyens et types d'intervention les plus communs des initiatives volontaires répertoriées ainsi que ceux moins utilisés.

5.3 DESCRIPTION DES INITIATIVES VOLONTAIRES ÉVALUÉES

Cette section décrit les initiatives de modification de l'environnement alimentaire qui ont fait l'objet d'une évaluation. Les initiatives qui n'ont pas été évaluées se retrouvent à l'Annexe I. De plus, toutes les initiatives sont résumées à l'Annexe II, où les critères alimentaires et nutritionnels, notamment, sont détaillés. Les initiatives québécoises et canadiennes sont présentées en premier lieu, suivies de celles provenant des États-Unis et d'ailleurs dans le monde.

5.3.1 Québec

5.3.1.1 Programme de marketing nutritionnel en contexte de restauration

Un programme de marketing nutritionnel dans les restaurants a été élaboré par des chercheurs du Département de santé communautaire (DSC) de l'Hôpital général de Montréal avec la collaboration de quelques restaurants de Montréal (Renaud et Demers, 1992; Demers et Renaud, 1992). Il a fait l'objet d'un projet de recherche subventionné par le Conseil régional de la Santé et des Services sociaux du Montréal métropolitain et par l'Association des médecins du DSC de l'Hôpital général de Montréal. Le programme visait deux objectifs : favoriser l'offre d'options faibles en gras et en cholestérol dans les restaurants et augmenter la demande des consommateurs pour de tels items.

Dans le cadre de cette initiative, les serveurs étaient formés pour répondre aux questions des consommateurs à l'égard du programme. La formation comportait un manuel d'autoapprentissage et un cours de 1,5 heure. Les menus existants étaient analysés par une nutritionniste qui identifiait les items faibles en gras et en cholestérol. Les items correspondant aux critères nutritionnels (voir en Annexe pour les détails) étaient identifiés par un symbole (de cœur en mouvement) sur les menus. Une languette explicative était également insérée au menu pour expliquer la signification du symbole et pour insister sur le bon goût de ces plats. D'autres éléments promotionnels (affichettes de tables, affiches) étaient utilisés dans les restos et servaient à mettre en valeur les items santé dans les restaurants et une campagne publicitaire a été réalisée par le biais de différents médias (placards publicitaires, journaux, radio, télévision, gobelets à café distribués aux travailleurs du centre-ville). Une conférence de presse a également eu lieu pour lancer la campagne et susciter la couverture médiatique du programme.

Évaluation de l'implantation et des retombées du programme

Une étude a été réalisée en 1989 dans sept restaurants avec service complet situés au centre-ville de Montréal ayant accepté d'adopter le programme expérimental (Renaud et Demers, 1992; Demers et Renaud, 1992). Il s'agissait d'évaluer la faisabilité du programme en termes de recevabilité pour les restaurateurs et de réceptivité de la part des consommateurs.

Évaluation de l'implantation du programme dans les restaurants

Le processus d'implantation a été évalué pour trois activités, soient l'analyse nutritionnelle des recettes, la formation des serveurs, et la promotion par affichage et étiquetage.

En ce qui concerne l'analyse des recettes, les restaurateurs préféreraient, dans l'hypothèse de l'élargissement de ce projet expérimental, s'occuper eux-mêmes de l'analyse nutritionnelle de leurs recettes, et ce, pour deux principales raisons : détenir une plus grande souplesse dans la gestion de leur menu et faciliter le processus d'ajustement des recettes aux normes proposées. De plus, ils ont jugé que le suivi de la constance des recettes par la coordinatrice de l'implantation du programme était une activité inapplicable à un tel programme. En fait, les restaurateurs ont manifesté de la réticence à la présence d'une nutritionniste dans leur cuisine; ils préféreraient contrôler eux-mêmes leurs activités. Ces

derniers souhaitaient par ailleurs que les plats répondant aux critères nutritionnels reçoivent l'approbation d'un organisme reconnu tel le département de santé communautaire.

Pour leur part, les évaluations relatives à la formation des serveurs suggèrent que la majorité d'entre eux répondait adéquatement aux questions des consommateurs. Par ailleurs, on rapporte que les serveurs étaient difficiles à rejoindre pour les séances d'information et que l'organisation physique des restaurants n'offrait généralement pas le calme nécessaire aux activités de formation. Toutefois, puisque les restaurateurs s'étaient assuré que leur personnel maîtrisait l'information, le fait d'être absent à la formation ne semble pas avoir influencé la capacité à fournir les renseignements demandés.

Enfin, les résultats relatifs à l'utilisation du matériel promotionnel à l'intérieur des restaurants indiquent que trois des outils ont été utilisés : les symboles apposés sur les menus pour identifier les plats sélectionnés, les languettes explicatives s'insérant dans le menu et les affiches.

Notoriété du programme

Au cours de la période d'intervention de deux mois, 984 clients ont été sollicités à leur sortie des restaurants pour répondre à un court questionnaire. Il s'agissait de mesurer leur exposition au programme (reconnaissance du symbole, connaissance du programme, essai d'un mets étiqueté) et de déterminer le moyen par lequel ils y avaient été exposés (menu, autre matériel promotionnel interne, médias, placards publicitaires, etc.).

Les résultats révèlent que 59 % des clients reconnaissaient le symbole, 41 % avaient entendu parler des plats santé, 28 % savaient qu'il s'agissait de plats réduits en gras et que 23 % avaient essayé l'un de ces plats. Les clients avaient généralement appris l'existence du programme sur place. Quelque 22 % des répondants en avaient entendu parler par la promotion utilisée à l'intérieur du restaurant, 12 % par la promotion réalisée à l'extérieur et 2,4 % par ces deux sources. De plus, on rapporte que la promotion interne a été significativement plus efficace à inciter les clients à essayer les plats visés que celle réalisée à l'extérieur : la probabilité d'opter pour un mets santé (rapport de cotes) était de 0,90 pour ceux qui avaient pris connaissance du programme par le biais de publicité externe et de 1,46 pour ceux informés par le restaurant.

Évaluation de l'effet sur les ventes

Les relevés de caisses de six des sept restaurants ont été examinés avant et pendant l'implantation du programme afin de suivre l'évolution de la demande des mets étiquetés comme étant « santé ». Les résultats suggèrent que le programme n'a pas contribué à une augmentation de la demande à long terme de ces items de la part des consommateurs. Quoiqu'il y ait eu une légère augmentation dans les ventes d'items santé durant la première moitié du programme (hausse de 1 %, significative), cette augmentation n'a été que transitoire. En fait, le taux d'incidence de plats sains vendus par 100 plats servis par jour est passé de 18,4 % à 19,5 % au cours de la première moitié de l'intervention pour ensuite chuter à 18,9 % lors de la deuxième moitié, soit près du taux préintervention.

Les auteurs concluent qu'un tel programme est recevable par les restaurateurs tout en reconnaissant sa portée limitée sur les habitudes des consommateurs.

5.3.2 Canada

5.3.2.1 To Your Heart's Delight

La Nova Scotia Heart Foundation a réalisé un projet de six semaines dans 21 restaurants de différents types dans la ville d'Halifax (Forster Coull et Gillis, 1988) dans (Santé Canada, 2008a), (Fitzpatrick, 1995). Celui-ci visait à favoriser les choix « bon pour le cœur » dans ces établissements. Ces items étaient définis comme faibles en gras, en sel et en sucre selon les Recommandations sur la nutrition pour les Canadiens de 1977, et étaient identifiés par des autocollants (en forme de cœur) dans le menu. Les items étaient également inscrits sur des encarts de menu et de l'information sur les moyens de réduire le gras des mets commandés au restaurant était présentée sur des affichettes de tables. De plus, des fiches-conseils étaient distribuées au personnel afin de les aider à répondre aux questions des clients concernant le programme. Des dépliants publicitaires étaient également distribués dans la communauté.

Évaluation de l'implantation et des retombées du programme

Une étude a été menée auprès des consommateurs, de même que des gérants et du personnel de service de deux restaurants participants afin d'évaluer les retombées du programme (Forster Coull et Gillis, 1988).

Effets sur les choix des consommateurs

Avant et après l'implantation du programme, des clients ont été interrogés à la sortie de deux restaurants sur l'heure du dîner au sujet de leur choix de repas. Les résultats révèlent que 69 % des répondants ayant été interrogés une fois le programme implanté ont pu nommer au moins un item identifié « bon pour le cœur » (Forster Coull et Gillis, 1988 dans Fitzpatrick, 1995). On rapporte également une augmentation significative du pourcentage de clients ayant choisi des items « bon pour le cœur » (7 % c. 22 %) et qui ont demandé des sauces servies à part (18 % c. 32 %) suite à l'intervention (Forster Coull et Gillis, 1988 dans Fitzpatrick, 1995). De plus, l'étude suggère que les autocollants apposés au menu étaient plus efficaces que les fiches insérées au menu pour inciter les consommateurs à choisir les options santé (Forster Coull et Gillis, 1988 dans Santé Canada, 2008a).

Appréciation du programme par le personnel

Les données récoltées auprès des gérants et du personnel des restaurants révèlent qu'en général, ceux-ci étaient satisfaits du programme et trouvaient qu'il répondait aux besoins des consommateurs. Ces derniers ont également déclaré préférer les autocollants et les affichettes de tables à l'insertion de fiches au menu comme méthode de diffusion de l'information (Forster Coull et Gillis, 1988 dans Fitzpatrick, 1995).

5.3.2.2 À votre santé! (*Eat Smart!*)

Le programme de restaurants santé À votre santé! est issu d'une collaboration entre l'Association de santé publique de l'Ontario, la Fondation des maladies du cœur (FMC) de l'Ontario et la Société canadienne du cancer (À votre santé! et le Centre de ressources en nutrition, 2008; Dwyer et collab., 2004; Macaskill et collab., 2003). Il est également supporté par le Centre de ressources en nutrition et financé par le gouvernement de l'Ontario. Il vise à améliorer l'offre de repas santé dans les restaurants et à accroître le nombre de clients qui en font la demande. Par la remise d'un prix, les départements de santé publique certifient les restaurants de l'Ontario qui rencontrent des normes d'excellence en matière de nutrition, de salubrité alimentaire et d'environnement sans-fumée.

En ce qui concerne l'offre alimentaire, les établissements certifiés doivent offrir un minimum d'items sains et les clients doivent pouvoir demander certains types d'aliments ou certaines méthodes de préparation et de service, de même que des portions réduites, le tout sans frais additionnels. Les critères alimentaires ont trait aux méthodes de préparation des aliments, à l'offre de produits céréaliers à grains entiers, de breuvages et de desserts santé (voir en Annexe pour les détails). Il n'y a toutefois pas de critères quant au contenu en nutriments des mets et les items santé ne sont pas identifiés.

Les restaurants participants utilisent le matériel promotionnel fourni (affiche, affichette de table, encart de menu, brochure, etc.), et sont identifiables par le symbole du programme accolé à l'extérieur de l'établissement. On retrouve également un répertoire en ligne. De plus, de la promotion gratuite est diffusée dans la communauté (publicités dans les journaux, à la radio et/ou à la télévision, etc.). En 2008, 788 restaurants ont été accrédités dans la province d'Ontario (À votre santé! et le Centre de ressources en nutrition, 2008).

Évaluation de l'implantation du programme

Suivant la première année d'implantation en 1999, une enquête a été menée auprès des 434 restaurateurs accrédités afin d'évaluer si l'objectif du taux de participation des restaurateurs avait été atteint et de recueillir leurs suggestions d'améliorations à apporter (Macaskill et collab., 2003). Trois-cent-dix-neuf restaurateurs ont répondu au questionnaire postal (taux de réponse 74 %).

Le sondage révèle que 22 % des restaurateurs affirment avoir fait des changements à leur menu afin de se qualifier pour le programme. Les principales raisons des restaurateurs pour participer était de se faire connaître comme un endroit propre et sain (98 %), d'offrir des options santé à leurs clients (95 %), de gagner une mention d'excellence (80 %) et d'attirer de nouveau ou un plus grand nombre de clients dans leur établissement (76 %). De plus, 98 % des répondants avaient l'intention de poursuivre leur participation au programme.

En ce qui concerne l'utilisation du matériel promotionnel, soulignons que seulement 65 % des restaurateurs l'avait reçu. Parmi ceux-ci, 33 % ont utilisé l'affichette de table, 40% ont utilisé l'affichette de table avec l'encart de menu, et 27 % ont utilisé la petite carte postale comme encart de menu.

Finalement, plusieurs suggestions d'amélioration du programme ont été proposées par les restaurateurs. Ils souhaitaient une plus grande quantité de matériel promotionnel pour les restaurants et leurs clients, des bons de réduction afin d'inciter les clients à choisir les items santé et une meilleure promotion du programme et des restaurants participants auprès du public. Les restaurateurs souhaitaient également avoir accès à des analyses nutritionnelles de menu, à de l'information nutritionnelle qu'ils pourraient transmettre à leurs clients, à des séminaires donnés par des diététistes sur des trucs et idées concernant l'offre d'aliments plus sains, ainsi qu'à un système de partage d'informations en matière de cuisine santé.

Une seconde évaluation du programme *À votre santé!* a été menée auprès de 35 restaurateurs ne participant pas au programme afin de mieux comprendre les facteurs favorables et défavorables à leur participation au programme (Dwyer et collab., 2004).

Les principales barrières à la participation concernaient des préjugés négatifs liés à l'implantation du programme. Notamment, les restaurateurs croyaient, à tort, que leur participation impliquerait une modification continuelle des menus. Certains percevaient également que les items santé n'étaient pas très populaires et que le matériel promotionnel utilisé pourrait contribuer à une image négative et à une diminution des ventes des repas qui ne portent pas l'identification santé (Dwyer et collab., 2004). Enfin, certains restaurateurs étaient préoccupés par les coûts et le temps supplémentaire associés aux demandes spéciales des clients (Dwyer et collab., 2004).

Quant aux éléments favorables à la participation, certains ont mentionné qu'ils seraient plus enclins à participer si le programme leur était expliqué en personne et que les responsables du programme auraient intérêt à insister davantage sur le fait que la participation représente une publicité positive pour les restaurateurs. Enfin, plusieurs ont rapporté qu'une plus grande demande de la part des consommateurs pour des restaurants qui adoptent ce genre de programme augmenterait leur intérêt à y participer (Dwyer et collab., 2004).

5.3.2.3 *Mangez bien! (Eat Well!)*

L'initiative *Mangez bien!* fait partie du programme communautaire *Mango* de la Régie régionale de la santé de la région de Miramichi au Nouveau-Brunswick (Régie régionale de la santé de Miramichi, 2007). Ce programme vise à diminuer le taux d'obésité de cette région en facilitant des initiatives pour améliorer les habitudes alimentaires et augmenter l'activité physique. Le programme *Mangez bien!* vise à promouvoir une alimentation plus saine au restaurant.

Pour participer, les restaurateurs doivent respecter certains critères alimentaires définis par les diététistes du programme. Ces dernières travaillent individuellement avec chaque restaurant afin de déterminer les portions raisonnables, les méthodes de cuisson faibles en gras, les quantités de grains entiers offertes et les options qui comprennent des fruits et légumes. Les items satisfaisant les critères alimentaires sont identifiés au menu par un autocollant *Mango*.

Du matériel promotionnel est fourni aux restaurateurs pour utilisation dans leur établissement (affiches, affichettes de table, encarts de menu, etc.). On trouve également une liste des

restaurants participants sur le site Internet du programme. De plus, de la publicité à la radio et dans les journaux locaux est diffusée à l'occasion. Les restaurants participants sont évalués sur une base annuelle afin de s'assurer du respect des critères et de recueillir leurs commentaires.

Évaluation de l'implantation du programme

Le programme de restaurant Mangez bien! a fait l'objet d'une évaluation d'implantation en 2007 (Mango, 2007). Les données ont été recueillies dans les 32 restaurants participants au programme au moment de l'étude. Cette étude révèle que 53 % des restaurateurs ont rapporté ne pas avoir eu à ajouter d'items santé à leur menu pour se qualifier. De plus, une visite dans les restaurants a permis de constater que la majorité utilisait le matériel promotionnel dans leur établissement, soit l'autocollant pour le menu (59 %), le certificat de participation (53 %), et l'autocollant de façade (63 %). Les encarts de menu étaient moins utilisés (44 %). Parmi les restaurateurs interrogés à savoir si le symbole sur le menu était utile pour leurs clients, 78 % se sont dit « d'accord » ou « fortement d'accord » (Mango, 2007).

5.3.2.4 Fresh Choice

Le programme d'intervention nutritionnelle en restaurant *Fresh Choice* été crée par le Vancouver Health Department en partenariat avec la Restaurateur and Foodservices Association of Greater Vancouver et la British Columbia Chef's Association (Fitzpatrick, Chapman et Barr, 1997; Fitzpatrick, 1995). Le programme a été conçu pour rendre plus disponibles des items qui sont à la fois faibles en gras et savoureux dans les restaurants. Il vise également à fournir de l'information aux consommateurs pour les habiller à faire des choix éclairés.

Dans le cadre de ce programme, les restaurateurs et les chefs suivent un atelier de formation où on leur enseigne les principes de modification de recettes pour en réduire le contenu en matières grasses. Les chefs, en collaboration avec des diététistes, identifient ou modifient les items susceptibles de répondre aux critères du programme. Les restaurateurs doivent offrir au moins trois mets *Fresh Choice* au menu ayant été approuvés à la suite d'une analyse nutritionnelle. Dans la préparation de ces mets, l'utilisation de matières grasses ajoutées est réduite au minimum; les critères nutritionnels à respecter ne sont toutefois pas documentés. Les items santé sont identifiés sur certains des outils promotionnels fournis, qui sont utilisés à la discrétion des restaurateurs (symbole pour le menu, encart de menu, brochure, etc.). Les restaurateurs doivent également fournir à la demande des consommateurs, l'information nutritionnelle détaillée des mets *Fresh Choice*. De plus, des brochures promotionnelles sont distribuées dans des entreprises et des centres communautaires avoisinant les restaurants participants.

Évaluation de l'implantation du programme

Une évaluation de l'implantation du programme a été réalisée dans neuf restaurants avec service complet (Fitzpatrick, Chapman et Barr, 1997; Fitzpatrick, 1995). L'étude visait à évaluer la satisfaction des clients à l'égard des items *Fresh Choice* (faibles en gras).

Lors de la quatrième semaine d'intervention, des questionnaires ont été distribués aux clients de huit des neuf restaurants participants. Les clients devaient identifier jusqu'à trois items qu'ils avaient consommés le jour du sondage, indiquer pour chacun des items si c'était un item *Fresh Choice* et indiquer leur niveau de satisfaction. Les résultats suggèrent que le fait de penser qu'un item est *Fresh Choice*, qu'il le soit ou non, influence de façon positive la satisfaction générale envers cet item et la perception qu'il est faible en gras (Fitzpatrick, 1997 7872 /id).

5.3.2.5 Cœur Atout (*Heart Smart*)

Le programme de restaurants Cœur atout, mis sur pied par la Fondation des maladies du cœur du Canada (FMC), a donné naissance à plusieurs adaptations régionales, notamment en Ontario (Dwivedi, 1999), en Saskatchewan (Green K.L. et collab., 1993) et à Terre-Neuve (New Foundland and Labrador Heart Health Program, 2008). Ce programme vise à offrir aux consommateurs un environnement facilitant les choix sains au restaurant en y rendant disponibles des options faibles en gras et riches en fibres. Les restaurants participants doivent répondre à un ensemble de critères concernant la préparation et le service, tel qu'offrir des substitutions moins grasses, des options plus riches en fibres, et des portions de viandes, volaille et poisson de taille réduite (voir détails en Annexe). Les restaurateurs ne sont pas tenus d'afficher ces options dans le menu, mais ils doivent pouvoir les fournir aux clients qui en font la demande.

Le programme offre ou exige aux restaurants participants, selon les adaptations régionales, de soumettre (à leur frais) certains plats de leur menu à une analyse nutritionnelle. Les recettes satisfaisant les critères pour la teneur en sel et en matières grasses établis par la FMC sont identifiées par un crochet rouge au menu. Lorsqu'un tel fonctionnement est appliqué, les restaurants mettent à la disposition de leur clientèle, à leur demande, la valeur nutritionnelle complète de ces plats.

De plus, du matériel promotionnel utilisé dans les restaurants (affichette de table, encart de menu, napperon, symbole pour la vitrine, etc.) fournit de l'information visant à aider les consommateurs à faire des choix sains. Les restaurants participants peuvent être repérés dans un guide des restaurants publié dans chaque région, dans lequel les items sains offerts au menu sont identifiés.

Évaluation de l'implantation et des retombées du programme

Saskatchewan

L'implantation du programme Cœur atout en Saskatchewan a été soutenue par la FMC de la Saskatchewan et par le Service de santé communautaire de Saskatoon. Une évaluation du programme a été menée à Saskatoon et Regina (Green K.L. et collab., 1993). Selon les auteurs de l'étude, les restaurateurs de ces villes n'étaient pas réceptifs à ce que du matériel promotionnel des items Cœur atout soit fourni (affichette de table, affiche ou napperon). Ils mentionnent également que l'analyse nutritionnelle obligatoire des mets avait auparavant limité la participation au programme. Le retrait de cette contrainte a permis d'attirer davantage de restaurateurs dont la participation impliquait uniquement une offre ponctuelle d'options plus saines à la demande des clients. Les restaurateurs profitaient également du

soutien et de la publicité entourant le programme offert par plusieurs agences (médias, agences de santé, groupes touristiques et commerciaux, restaurants et associations d'hôtels).

L'étude visait à évaluer le succès du programme en termes de participation et d'adhésion des restaurateurs, de même qu'en termes de connaissance, de compréhension et d'utilisation du programme par les consommateurs. Au moment de l'étude, le taux de participation atteignait 68 % des restaurants éligibles à Saskatoon et 56 % à Regina.

Les données recueillies auprès de 500 consommateurs dans chacune des villes révèlent qu'à Saskatoon, 41 % (205 individus) des répondants étaient familiers avec le programme comparativement à 22 % (110 individus) à Regina. Ces résultats sont cohérents avec la durée de mise en œuvre du programme dans ces villes ayant débutée respectivement 22 mois et 8 mois précédant l'étude. Parmi les consommateurs qui avaient entendu parler du programme, la plupart (environ 62 %) ont affirmé ne pas réellement chercher à fréquenter les restaurants désignés Cœur atout.

Dans les deux villes, seulement le tiers des consommateurs interrogés savait que dans un restaurant Cœur atout, on peut obtenir des options qui sont meilleures pour la santé si on en fait la demande. Parmi ces derniers, approximativement la moitié des consommateurs (40 % à Saskatoon et 49 % à Regina) avait fait une telle demande. De plus, relativement peu d'individus (34 % à Saskatoon et 6 % à Regina) ont dit être plus enclins à faire de telles requêtes dans un restaurant Cœur atout qu'ailleurs.

Les auteurs concluent qu'un programme comme celui-ci contribue à favoriser les choix plus sains lorsque les consommateurs sont motivés à faire un tel choix. Ils indiquent également que l'intérêt principal des restaurateurs étant de faire du profit, les changements de l'offre alimentaire des restaurants n'auront lieu que s'il y a une augmentation de la demande des consommateurs pour des aliments sains. Un programme tel que Cœur atout peut contribuer à accélérer ce processus (Green K.L. et collab., 1993).

Ontario

L'instauration du programme Cœur Atout dans la région d'Ottawa-Carleton, mis en œuvre grâce à un partenariat entre le Ottawa-Carleton Heart Beat, le Département de santé, l'Association des Restaurateurs d'Ontario et la FMC du Canada, a aussi fait l'objet d'une évaluation (Dwivedi, 1999). Dans cette région, comme dans celle présentée précédemment, l'analyse nutritionnelle des mets et l'identification des items sains sur le menu ne s'appliquaient pas; les options saines étaient plutôt offertes à la demande des clients.

L'étude visait à déterminer si les restaurants participants offraient réellement les choix sains demandés et s'ils utilisaient les outils promotionnels fournis. Les données ont été récoltées à l'aide d'un questionnaire auprès de 142 des 222 restaurants participants.

L'étude indique que plus de 90 % des restaurateurs ont affirmé pouvoir offrir, sur demande, la grande majorité des items de menu répondant aux critères du programme. De plus, 36 % avaient noté une augmentation du nombre de clients qui demandaient ces choix suite à leur participation au programme. Les auteurs soulignent qu'il est difficile d'attribuer

l'augmentation des requêtes pour des options plus saines au programme à cause de la tendance des consommateurs à se préoccuper de leur santé (Dwivedi, 1999).

La majorité (75 %) des restaurateurs se souvenait avoir reçu le matériel du programme. Les outils promotionnels ayant été utilisés avec le plus grand niveau de satisfaction étaient l'autocollant pour la façade et le certificat. Des raisons invoquées pour ne pas utiliser le matériel incluaient qu'il s'agençait mal au décor, que les tables étaient déjà trop encombrées et que les chaînes de restaurants ne pouvaient utiliser le matériel sans la permission de leurs supérieurs (Dwivedi, 1999).

Certains moyens pour augmenter et améliorer la publicité ont été suggérés par les restaurateurs tels que d'utiliser les journaux, la radio, et la télévision; de placer un autocollant sur les menus pour signaler que le restaurant participe au programme et d'instaurer un bulletin d'information sur le programme. Enfin, la presque totalité (98 %) des répondants a affirmé désirer paraître dans le guide des restaurants s'il était à nouveau publié (Dwivedi, 1999).

5.3.2.6 Programme d'information nutritionnelle de la CRFA

La table ronde sur la nutrition et la forme physique de l'Association canadienne des restaurateurs et des services alimentaires (CRFA), en collaboration avec plusieurs des grandes chaînes de restaurant établies au pays, a mis au point des lignes directrices sur la façon de fournir de l'information nutritionnelle (CRFA, 2008a). L'utilisation de ces lignes directrices par les utilisateurs demeure toutefois facultative. Cette initiative vise à fournir aux consommateurs de l'information nutritionnelle uniforme et facilement accessible et elle est destinée aux restaurants qui disposent d'un contrôle régulier d'items de menu et de portions.

Dans le cadre de ce programme, la teneur en nutriments des principaux produits vendus par les restaurants participants doit être présentée sous la forme d'un tableau des valeurs nutritives qui se rapproche le plus possible de celui utilisé pour les aliments préemballés. La teneur en calories et en plusieurs nutriments tels les lipides (saturés, trans, cholestérol), glucides (fibres et sucres), protéines, sodium, vitamines A et C, calcium et fer, doit donc être présentée. L'information doit être disponible sous forme de dépliant ou d'affiche dans les établissements et doit également être affichée sur le site Internet des entreprises. En 2007, 27 chaînes représentant des milliers de restaurants à travers le Canada étaient inscrites au programme (CSPI, 2008a).

Évaluation de l'implantation du programme

En 2007, une enquête a été menée auprès de 136 restaurants qui figuraient parmi les 27 chaînes participantes afin d'évaluer leur adhésion aux lignes directrices de la CRFA (CSPI, 2008a). Les restaurants visés étaient situés dans les villes de Vancouver, Toronto, Ottawa et Montréal. Le sondage révèle que 18 des 27 chaînes de restaurants ne respectaient pas les normes du programme, même celles qui semblaient les plus simples et les plus faciles à appliquer. En fait, ces 18 chaînes fournissaient des dépliants ou des affiches de valeurs nutritionnelles dans une minorité ou dans aucune des succursales à l'étude. Près de la moitié ($n = 13$) des chaînes ne fournissaient pas, ou pratiquement pas d'information nutritionnelle. De plus, pour un tiers des chaînes ($n = 9$), l'information

nutritionnelle n'était pas disponible sur leur site internet. Enfin, aucun restaurant n'affichait le nombre de calories ou le contenu en nutriments directement sur le menu, là où les consommateurs pourraient le voir et l'utiliser pour guider leurs choix (CSPI, 2008a).

5.3.3 États-Unis

5.3.3.1 *Healthy Dining Program*

Le *Healthy Dining Program* (HDP) est issu d'un partenariat entre des restaurants locaux et le système de santé universitaire du Michigan. Il vise à identifier et à promouvoir des mets « bon pour le cœur » dans les restaurants (Fitzgerald et collab., 2004). Les lignes directrices du programme, développées par des cardiologues, des diététistes et des chercheurs en nutrition, visent à modérer la consommation de gras et de sucre, à diminuer l'apport en sodium et en gras saturés de même qu'à accroître l'apport en fibre. Les mets identifiés « bon pour le cœur » dans le menu doivent inclure au moins deux groupes alimentaires sur quatre (produits laitiers, viandes et substituts, fruits et légumes, produits céréaliers) et respecter une limite de matières grasses par portion (voir Annexe II).

Évaluation des retombées du programme

Une étude a été menée afin de déterminer si une campagne de promotion du programme HDP aurait un impact sur les ventes d'items « bon pour le cœur » dans les restaurants de la communauté (Fitzgerald et collab., 2004). Les chercheurs ont développé et publié du matériel promotionnel (publicité imprimée, affiches et affichettes de table) pour faire connaître aux consommateurs l'existence des items HDP dans les restaurants participants. La campagne de promotion a été diffusée sur une période de huit semaines à la fois à large échelle et de façon plus ciblée. De la promotion a été effectuée via des médias imprimés dans toute la communauté suburbaine, et des affiches et affichettes de tables ont été fournies à neuf restaurants locaux participant au programme, à un centre de conditionnement physique et à deux cliniques en milieu hospitalier.

Effet sur les ventes d'items sains

Une évaluation se basant sur les ventes a été effectuée sur une période de quatre semaines avant et après la diffusion de la campagne promotionnelle dans neuf restaurants locaux avec service rapide ou avec service complet. Les données recueillies à l'aide des coupons de caisse ciblaient les ventes d'items « bon pour le cœur » et d'items similaires qui ne méritaient pas cette mention dans le menu. Au cours de la campagne, les items HDP comptaient pour 28 % à 33 % des ventes d'items surveillés (items HDP et items similaires, mais non HDP), indiquant que les choix sains étaient effectués le tiers du temps. L'étude montre également une légère augmentation non significative de 2 % des ventes d'items « bon pour le cœur » suite à la campagne de huit semaines. (Fitzgerald et collab., 2004).

Selon les auteurs, une augmentation de la durée de l'exposition à la campagne aurait le potentiel d'augmenter la popularité des items sains, et ce, sans pour autant augmenter considérablement les frais d'intervention (Fitzgerald et collab., 2004).

5.3.3.2 *TrEAT Yourself Well*

TrEAT Yourself Well (TYW), mené à San Diego (Californie), est une campagne de marketing social visant à favoriser une alimentation saine au restaurant (Treat Yourself Well, 2008; Acharya et collab., 2006). Le programme fait partie des activités de réduction des facteurs de risques liés à la nutrition du Department of Health et est soutenu par l'État de la Californie, par le Department of Health Services' Cancer Prevention and Nutrition Section et par le National Cancer Institute. Les objectifs de cette campagne sont d'informer la population au sujet des options saines offertes dans les restaurants et d'encourager les clients à choisir ces options.

Les restaurants participants doivent travailler avec des diététistes afin d'identifier ou de développer des options santé, lesquelles doivent contenir au moins deux portions de fruits ou de légumes et être faibles en gras (voir critères en annexe). Les items correspondant aux critères sont identifiés dans le menu.

La campagne inclut plusieurs éléments de promotion : des affichettes de table et affiches utilisées dans les restaurants, de la publicité diffusée à la télévision et dans des journaux et magazines, des échantillons alimentaires et des coupons de réduction distribués dans les logements et commerces environnants, du matériel promotionnel distribué à des professionnels de la santé, de même que des activités communautaires (séminaires, dégustations).

Évaluation de l'implantation et des retombées du programme

Une étude a été menée afin d'évaluer les croyances et les attitudes des consommateurs à l'égard des items sains offerts au menu, et de mesurer l'efficacité de la campagne à en augmenter la consommation (Acharya et collab., 2006; Treat Yourself Well, 2008).

Des données ont été récoltées dans quatre chaînes de restaurants, incluant des restaurants de type familial avec service rapide et avec service complet et des restaurants avec une cuisine plus gastronomique. Les menus étaient identiques dans tous les restaurants d'une même chaîne et les stratégies de promotion « interne » (identification des items sains, affichettes de table, affiches) étaient mises en œuvre dans tous les restaurants. Toutefois, au sein de chaque chaîne, deux établissements se trouvaient dans la région ciblée par la campagne médiatique (restaurants expérimentaux) et un ou deux autres n'étaient pas exposés à ces activités de promotion « externe » (restaurants témoins).

En plus des activités de promotion « externes » de la campagne (publicité dans les médias, distribution de matériel promotionnel), les restaurants expérimentaux étaient également exposés à des activités additionnelles créées dans le cadre de l'étude pour stimuler davantage les ventes dans ces restaurants. Celles-ci incluaient l'insertion de feuillets avec coupons de réduction dans les journaux, l'envoi de certificats-cadeaux aux professionnels de la santé, le publipostage auprès de la clientèle des restaurants et l'instauration d'incitatifs de vente pour le personnel de service. L'utilisation des stratégies promotionnelles variait entre les restaurants.

Effet sur les ventes

Les données sur les ventes qui ont été recueillies dans les premiers mois de la campagne révèlent que les repas sains ne constituaient qu'un faible pourcentage des ventes. La plupart des ventes de ces items variaient de moins de 1 % à 6 % des ventes totales durant les périodes initiales et de 2 à 8 % durant les activités de promotion. En moyenne, la campagne a augmenté la part des items sains vendus d'une proportion initiale des ventes de 2 % à 3 %. Ceci correspond à une augmentation de 38 % dans les ventes d'items sains (Treat Yourself Well, 2008).

Selon les auteurs du rapport, il semble que certaines activités promotionnelles peuvent encourager les consommateurs à manger plus sainement au restaurant (Treat Yourself Well, 2008). L'incitatif le plus efficace pour augmenter les ventes d'aliments sains fut d'offrir un montant d'argent au personnel de service pour chaque repas TYW vendu, suivi des brochures, des feuillets dans les journaux, des chèques-cadeaux envoyés aux professionnels de la santé et du publipostage auprès de la clientèle. Cependant, les auteurs soulignent que les stratégies utilisées sont difficiles à maintenir et que leur potentiel à modifier les habitudes de consommation de façon permanente est donc limité (Treat Yourself Well, 2008).

De plus, on a constaté que la distribution de coupons de réduction semblait influencer positivement les choix de certains consommateurs puisque les clients qui avaient indiqué avoir reçu des coupons étaient 17 % plus susceptibles d'acheter des items santé que ceux qui n'en avaient pas reçu (Acharya et collab., 2006).

Effet sur les attitudes des consommateurs

Des données recueillies auprès de 3200 clients des restaurants prenant part à l'étude avant, durant et après l'implantation de la campagne de marketing social TYW indiquent que les clients des restaurants du groupe expérimental étaient davantage au courant de la campagne que ceux des sites témoins (Acharya et collab., 2006). Les résultats suggèrent qu'une telle initiative peut avantageusement influencer les croyances et attitudes liées à l'alimentation saine au restaurant. D'une part, la proportion de clients affirmant que la santé ou la nutrition étaient des facteurs d'influence majeurs dans leurs choix d'aliments au restaurant était relativement plus élevée dans le groupe expérimental que dans le groupe témoin suite à la campagne (Acharya et collab., 2006). De plus, suite à la campagne, l'attitude et les croyances liées aux aliments sains en général et liées à l'alimentation santé au restaurant s'étaient significativement améliorées dans le groupe expérimental (Acharya et collab., 2006).

Archaya et collab. (2006) concluent qu'une campagne promotionnelle telle que TYW pourrait changer les choix alimentaires des consommateurs à la fois directement en leur indiquant les choix sains offerts au menu et indirectement en influençant leurs croyances et leurs attitudes envers une alimentation saine. Ils soulignent toutefois que ces éléments à eux seuls risquent de ne pas être assez importants pour entraîner les changements désirés, particulièrement lorsque les alternatives saines sont considérées comme étant moins bonnes au goût que les items réguliers (Acharya et collab., 2006).

5.3.3.3 *Dine to your Heart's Delight*

Le programme *Dine to your Heart's Delight*, a été créé par la Colorado State University's Cooperative Extension et l'American Heart Association (AHA) du Colorado pour aider les restaurateurs à offrir des options saines et à les promouvoir auprès de consommateurs (Wenzel et collab., 1999; Anderson et Haas, 1990).

Dans le cadre de ce programme, les restaurants participants doivent offrir quatre mets principaux (ou 25 % des mets au menu pour les petits établissements) qui respectent les critères alimentaires établis. Ces critères concernent la préparation, le service et le choix d'aliments offerts et visent à contrôler le contenu en calories, en gras, en cholestérol et en sodium (voir en annexe pour les détails). Toutefois, il n'y a pas de quantité précise à respecter quant au contenu en nutriments. Les choix répondant aux critères sont identifiés par un symbole (en forme de cœur) dans le menu.

Du matériel est fourni afin de guider l'implantation (manuel pour la préparation des mets et pour les ingrédients, vidéos de formation pour les cuisiniers et le personnel de service) et pour promouvoir le programme dans les restaurants (brochure explicative pour les clients, affiche de table, autocollant pour la façade, affiche, liste des restaurants participants).

Évaluation d'implantation et des retombées du programme

Le programme *Dine to your Heart's Delight* a fait l'objet d'une étude visant à évaluer son impact sur les ventes et à recueillir l'opinion des restaurateurs au sujet de l'implantation du programme (Anderson et Haas, 1990). En 1986, des données sur les ventes et sur l'opinion des gérants de restaurants ont été recueillies dans des restaurants de type service rapide, cafétéria et service complet. Cent-soixante gérants de restaurants ont été invités à implanter le programme dans leur établissement et à participer à l'étude. Toutefois, seulement 53 restaurants ont pris part au projet de recherche.

Effet sur les ventes

Les données sur les ventes ont été recensées à l'aide d'un formulaire permettant aux restaurateurs de documenter le nombre vendu d'items sains entre les deux semaines avant l'implantation du programme à la quatrième semaine suivant son implantation. Seuls neuf restaurants sur 53 ont fourni les données préimplantations et postimplantations. Les ventes totales des items sains ont augmenté de façon significative pour cinq des six restaurants qui offraient au moins six items sains à leur menu (Anderson et Haas, 1990).

Opinion des gérants de restaurants

L'opinion des gérants des 53 restaurants a été recueillie au sujet de l'implantation du programme. Les gérants ont affirmé qu'ils continueraient à participer au programme et que les consommateurs et le personnel y étaient favorables. Les seuls efforts et dépenses identifiés pouvant être liés à l'implantation du programme concernaient la main-d'œuvre requise pour tester les nouvelles recettes et pour apposer les autocollants au menu (Anderson et Haas, 1990).

Les auteurs concluent qu'un tel programme peut être facilement intégré dans les opérations existantes des restaurants et que l'attitude du gérant ou du propriétaire semble l'élément le plus important pour l'acceptation du programme parmi le personnel (Anderson et Haas, 1990). Ils considèrent également que le suivi de la mise en œuvre du programme s'avère essentiel au succès de son implantation. Enfin, la formation du personnel de service, qui permettait de répondre aux questions des clients et leur approbation lors de la sélection des options saines par les consommateurs, constitue selon eux un élément clé de l'adhésion au programme par les consommateurs (Anderson et Haas, 1990).

Une autre étude concernant le programme *Dine to your Heart's Delight* a été menée auprès de restaurateurs afin d'obtenir leurs opinions et impressions à l'égard du programme (Wenzel et collab., 1999). Les données ont été recueillies auprès de 126 gérants de restaurants représentant 132 établissements qui participaient au programme au moment de l'étude ou qui y avaient déjà participé.

Opinion des restaurateurs

La majorité des restaurateurs interrogés a affirmé percevoir des bénéfices à leur participation au programme et trouvait que les frais de participation annuelle de 75 \$ étaient acceptables. De plus, parmi le matériel promotionnel fourni (autocollant pour le menu, autocollant pour la façade, affichette de table, affiche, guide pour les clients, manuel pour les gérants), l'élément identifié comme étant le plus utilisé et le plus utile était l'autocollant servant à indiquer les items sains dans le menu (Wenzel et collab., 1999).

Enfin, des suggestions concernant la façon de promouvoir le programme ont été recueillies. Les idées les plus utiles incluaient la participation de l'Association des restaurants du Colorado, la distribution de dépliants, la diffusion de communiqués de presse dans les journaux et à la radio, et l'instauration de salons commerciaux de restauration (Wenzel et collab., 1999).

Dans leur conclusion, les auteurs font ressortir cinq éléments qu'ils considèrent importants à inclure dans un programme d'information nutritionnelle dans les restaurants, soit des autocollants pour identifier les items sains dans le menu, des lignes directrices pour les gérants, des recettes standardisées qui correspondent aux critères du programme, du matériel promotionnel à utiliser dans les restaurants et des vidéos de formation pour le personnel de service et de cuisine. Enfin, les auteurs soulignent que l'engagement continu des propriétaires et gérants de restaurants est essentiel au succès d'un tel programme (Wenzel et collab., 1999).

5.3.3.4 Eating Away from Home

Le programme *Eating Away from Home* est une initiative de l'American Heart Association (AHA) et a mené à la création de plusieurs adaptations régionales telles que *Dine à la Heart* et *Dine to your Heart's Content* (Glanz et Hoelscher, 2004; Paul et collab., 1989). Le programme, implanté et évalué par des diététistes, vise à assister les restaurateurs dans la modification, l'ajout et la promotion d'items « bon pour le cœur ». Des ateliers de formation sur la préparation de ces mets sont offerts aux chefs cuisiniers et aux gérants de restaurants ou de départements d'approvisionnement.

Les plats qui satisfont les critères nutritionnels de l'AHA concernant le gras, le gras saturé, le cholestérol et le sodium sont identifiés par le symbole de l'AHA (cœur et flambeau) dans le menu. Les listes des restaurants participants et des items recommandés sont publiées par l'AHA dans la brochure *Creative Cuisine*.

Évaluation de l'implantation

Le programme *Dine to your Heart's Content* implanté en Virginie est une adaptation du programme *Eating Away from Home* de l'AHA et consiste principalement à assister les restaurateurs dans la préparation et la promotion d'aliments avec un contenu réduit en gras, en cholestérol et en sodium (Paul et collab., 1989).

Une étude a été menée auprès de 26 restaurants participants et de leurs clients afin d'évaluer la visibilité du programme et la perception de ses bénéfices par les restaurateurs et les clients. Cette étude visait à mieux faire connaître les opinions des restaurateurs et des clients en ce qui a trait aux bénéfices perçus grâce au programme et aux désirs et besoins des consommateurs en fonction de choix au menu (Paul et collab., 1989).

Connaissance du programme par les consommateurs

Les clients sondés ont été sollicités lors de leur sortie du restaurant et un questionnaire a été posté à ceux qui ont accepté de participer à l'étude. Sur les 580 questionnaires remis, 178 ont été utilisés aux fins d'analyses.

Le sondage indique que la majorité des répondants (88 %) avaient un intérêt pour la santé du cœur, que ce soit en raison de conditions médicales, d'antécédents familiaux ou d'un intérêt personnel. Malgré cela, 43 % des répondants ignoraient l'existence du programme et seuls 49 % savaient que le restaurant d'où ils sortaient participait au programme. L'analyse des données révèle une corrélation positive ($r = 0,39$) entre la fréquence à laquelle les gens mangeaient dans le restaurant où ils ont été approchés et la connaissance de l'existence du programme. Ce résultat peut signifier que manger fréquemment dans ces restaurants augmente la connaissance de l'existence du programme ou que la participation d'un restaurant au programme est un facteur de sélection du restaurant (Paul et collab., 1989).

Opinion des restaurateurs

Sur les 39 restaurants participants au programme, 26 répondaient aux critères d'inclusion dans le projet de recherche (restaurant indépendant, minimum de 100 couverts durant les périodes les plus achalandées) et 16 (62 %) ont accepté d'y participer.

Les restaurateurs ont identifié certaines améliorations à apporter au programme, comme la formation du personnel de service en matière de nutrition et le soutien des responsables du programme dans l'identification des items correspondant aux critères de l'AHA. Certains percevaient aussi que le programme teintait négativement la perception de certains items du menu pour deux raisons : des restaurateurs estimaient que certains clients pourraient conclure que les items du menu non identifiés par le symbole de l'AHA n'étaient pas bons pour la santé, et que d'autres pourraient croire que les items ainsi identifiés ne s'adressaient qu'aux personnes présentant des problèmes cardiovasculaires (Paul et collab., 1989).

Toutefois, de façon générale, les restaurateurs reconnaissaient que les avantages de la participation étaient plus importants que tout désavantage. Tous ont mentionné que les avantages majeurs du programme étaient la facilité avec laquelle un service public pouvait être fourni aux clients tout en permettant d'améliorer l'image des restaurants (Paul et collab., 1989).

En conclusion, les auteurs soulignent le besoin d'accentuer la promotion du programme auprès des consommateurs, de même que de soutenir les restaurateurs dans l'évaluation des items de leur menu qui se qualifient au programme et de mettre en valeur les caractéristiques du menu santé (Paul et collab., 1989).

5.3.3.5 *HealthyDining Restaurant Program*

Le programme *Healthy Dining* a été créé à San Diego, Californie, par un regroupement d'experts en nutrition et en marketing, en collaboration avec la National Restaurant Association (Healthy Dining, 2009). Il est aussi soutenu par le Center for Disease Control and Prevention. Ce programme vise à fournir aux consommateurs des ressources pour identifier les options santé au restaurant et ainsi contribuer à réduire les risques associés aux repas pris hors foyer.

Les nutritionnistes du programme travaillent avec les restaurants afin d'analyser la valeur nutritive des mets offerts, d'identifier les options les plus saines et suggérer des modifications pour améliorer le contenu nutritionnel des menus. Les critères nutritionnels sont basés sur les recommandations d'organisations de santé telles la USDA et l'AHA. Les repas sont jugés en fonction de l'équilibre des différents groupes alimentaires qui composent les plats et leur contenu en calories, en gras totaux et en gras saturés des mets (voir en annexe pour les détails). Les choix respectant ces critères spécifiques sont identifiés par un symbole autocollant dans le menu.

Un moteur de recherche se trouvant sur le site Internet du programme permet de repérer les restaurants participants dans l'ensemble des États-Unis, de prendre connaissance des items santé qui y sont offerts et de consulter leur valeur nutritive. Les restaurants participants défraient les coûts relatifs aux analyses nutritionnelles et à la mise en œuvre du site Web. Du matériel promotionnel est utilisé dans les restaurants (autocollant pour la vitrine, certificat de reconnaissance) et une brève campagne médiatique est menée à la télévision de même que dans certains journaux et magazines. De la promotion est également effectuée auprès d'acteurs influents tels que des organisations et établissements de santé, des professionnels de la santé, des programmes de contrôle du poids et de réhabilitation cardiaque, des compagnies d'assurance maladie, des organisations commerciales (ex. le National Business Group on Health, Wal-Mart) et des employeurs.

Pour sa promotion, le programme s'est adjoint les services d'une firme de relations publiques. Les activités de recrutement incluent des présentations auprès des restaurateurs, l'envoi de cartes et de bulletins d'information et la participation à des salons commerciaux de restauration. Une collaboration a aussi été établie avec des acteurs clés de l'industrie de la restauration telle que la National Restaurant Association ainsi qu'avec American Express,

dans le but de promouvoir le programme auprès des restaurateurs. Actuellement, plus de 60 000 restaurants participent au programme.

Évaluation de l'implantation et des retombées du programme

Healthy Dining a été évalué à l'aide d'un sondage auprès de restaurateurs participants et de visiteurs du site Internet HealthyDiningFinder.com. Les impressions de ces derniers quant au site web et au programme en général ont été recueillies (CDC, 2008). Le rapport d'évaluation traite aussi des obstacles rencontrés par les responsables du programme en ce qui a trait à l'enrôlement des restaurants.

Opinion des consommateurs ayant visité le site Web

Parmi les 512 consommateurs ayant répondu au sondage Web, la plupart (68 %) visitaient le site Web pour la première fois. Soixante-seize pour cent se considéraient « très » soucieux de bien s'alimenter en général, et 48 % se considéraient « très » soucieux de manger sainement au restaurant.

Le sondage révèle que 89 % ont rapporté être « très » ou « assez » enclins à visiter le site Web du programme avant de choisir un restaurant. Près de 83 % ont déclaré être « très » ou « assez » enclins à choisir les restaurants répertoriés sur le site Web plus souvent que ceux qui ne le sont pas. Aussi, 89 % des répondants ont rapporté être « très » ou « assez » enclins à consommer les repas recommandés sur le site Web, tandis que 37 % ont rapporté avoir opté pour un de ces items suite à une visite du site Web (CDC, 2008).

Parmi les explications apportées par ceux qui avaient répondu de façon négative aux questions précédentes, plusieurs ont reproché le trop grand nombre de restaurants à service rapide présents sur la liste (CDC, 2008).

Opinion des restaurateurs

Trente restaurateurs participants (11 %) ayant été invités par courriel à participer à un court sondage concernant leur l'opinion sur le programme ont retourné le questionnaire. La plupart provenaient de chaînes de restaurants dont le nombre de succursales se situe entre 100 et 1 000.

Le sondage indique que la raison la plus commune pour participer au programme était la volonté de répondre à l'intérêt des consommateurs pour des options plus saines (87 %). Un autre motif mentionné par plusieurs était la possibilité d'attirer de nouveaux consommateurs (70 %) (CDC, 2008).

En ce qui concerne l'utilisation des outils de promotion, on constate qu'ils étaient peu utilisés : 37 % utilisaient l'autocollant pour la fenêtre, 23 % affichaient de l'information sur les items *HealthyDining* dans leurs menus réguliers, 17 % utilisaient le certificat de reconnaissance et 13 % utilisaient les cartes-menus vendues par *HealthyDining*. Les auteurs soulignent que puisqu'aucune des grandes chaînes n'a participé au sondage, les données excluent probablement les informations de certaines compagnies qui sont connues pour utiliser l'autocollant pour la vitrine (CDC, 2008).

Ensuite, le sondage révèle que 63 % des restaurateurs affirment n'avoir vu aucun changement dans les ventes d'items identifiés *Healthy Dining* suite à l'adoption du programme (CDC, 2008).

Enfin, sur sept restaurateurs qui ont formulé des commentaires, trois ont indiqué qu'ils n'aiment pas être associés à un programme qui inclut des chaînes de restaurants rapide dont la plupart ne servent pas d'aliments sains et de qualité (CDC, 2008).

Obstacles rencontrés par les responsables du programme

Des obstacles rencontrés par les coordonnateurs de *HealthyDining* lors de la mise en œuvre du programme dans le milieu de la restauration ont été identifiés. D'abord, on rapporte que le recrutement de restaurateurs a été limité par le fait que le programme est « nouveau et non éprouvé » et que plusieurs restaurants ne voient pas l'accessibilité à l'information ou le développement d'un programme de marketing nutritionnel comme des besoins essentiels (CDC, 2008). Une autre barrière rencontrée est le refus de certaines organisations de publiciser *HealtyDiningFinder.com* en raison du manque de rigueur des critères nutritionnels, particulièrement pour le sodium et le gras saturé. Les auteurs expliquent que si la limite adoptée pour le sodium avait été plus stricte, très peu de plats auraient été éligibles. Enfin, les auteurs soulignent que le processus d'obtention d'un engagement de participation de la part des restaurateurs était généralement très long, ce qu'ils expliquent par le manque de temps des gens du domaine de la restauration et la difficulté à rejoindre les personnes impliquées dans les prises de décision (CDC, 2008).

5.3.3.6 Project LEAN (Low fat eating for Americans Now)

Project LEAN est une campagne de marketing social fondée par Henry J. Kaiser Family Foundation et opérée par le National Center for Nutrition and Dietetics de l'American Dietetic Association (Agence de la santé publique du Canada, 2008; Palmer et Leontos, 1995; Samuels, 1993). La campagne a joint ses efforts à ceux des Partners for Better Health, une coalition de plus de 30 organismes de santé et de groupes de consommateurs qui travaillent pour l'amélioration de la santé par la saine alimentation. *Project LEAN* fournit des fonds aux États et aux communautés pour initier des campagnes locales et travailler avec des chefs, des professionnels de l'alimentation et l'industrie alimentaire afin de changer les normes et habitudes de préparation et de production des aliments. Cette initiative propose des changements en matière d'offre et de marketing alimentaire dans le but de diminuer la consommation de gras dans la population. Plus particulièrement, elle vise à stimuler la demande d'aliments faibles en gras par les consommateurs et à en améliorer la disponibilité et la promotion au sein de différents services alimentaires, dont les restaurants.

Les restaurants participants à la campagne sont invités à offrir des items réduits en gras et à utiliser un symbole dans le menu pour aider les consommateurs à les identifier. Les critères d'admissibilité au programme et de qualification des aliments faibles en gras sont inconnus. Une gamme d'outils promotionnels qui visent à motiver les consommateurs à rechercher des items faibles en gras est utilisée. Par exemple, des annonces ont été développées pour diffusion à grande échelle (télévision, radio, journaux, revues, panneaux-réclames). La diffusion de cette publicité est assurée par une firme de relations publiques. De plus, un groupe formé de chefs cuisiniers et de journalistes alimentaires développe et distribue des

recettes qui favorisent la consommation de fruits, de légumes et de glucides complexes et contribuent à diminuer l'apport en gras. Des présentations culinaires sont également effectuées et un manuel est fourni pour aider les cuisiniers à adapter et à préparer des recettes faibles en gras. Le programme a aussi mis sur pied un service téléphonique visant à offrir des conseils pratiques au sujet de la sélection et de la préparation d'aliments sains.

La campagne nationale sert aussi de modèle pour des adaptations locales. Un guide d'implantation a d'ailleurs été développé à cette fin. *Project LEAN* a financé des campagnes dans 10 communautés, dont une touchant les restaurants, soit *Las Vegas LEAN*, au Nevada. Actuellement, *Project LEAN* n'a plus cours nationalement, mais certains États, dont la Californie, en ont fait une adaptation.

Évaluation de l'implantation et des retombées du programme

L'adaptation *Las Vegas Lean*, implantée pour une période deux ans, consistait principalement à développer un programme d'éducation en nutrition visant à motiver et à habiliter les chefs des 10 restaurants participants à créer des plats faibles en gras et savoureux. Les chefs étaient également invités à participer à une campagne de promotion par le biais de différents médias.

En 1995, *Las Vegas Lean* a fait l'objet d'une étude visant à évaluer l'effet de la formation des chefs et de stratégies de marketing sur le développement de mets faibles en gras et sur leur attitude à l'égard de ces mets (Palmer et Leontos, 1995). Quatre-vingt-deux chefs ont complété une formation d'un cours par semaine pendant six semaines où ils étaient encouragés à créer des items nouveaux, faibles en gras et savoureux. Ils ont développé 77 plats qui ont été ajoutés et identifiés dans les menus des dix restaurants participant au programme. Selon les établissements, 2 à 19 des items faibles en gras élaborés étaient offerts.

Une campagne médiatique a également été menée et a débuté par un lancement où les chefs préparaient leurs spécialités faibles en gras pour les médias et les autres invités. Plusieurs médias ont été utilisés pour promouvoir le programme et les restaurants participants, dont des panneaux publicitaires et des annonces dans la section « restaurants » de journaux locaux. Les auteurs rapportent que les stratégies de marketing utilisées ont été efficaces et que la couverture médiatique dans les journaux locaux et à la télévision est celle qui a suscité le plus d'attention (Palmer et Leontos, 1995).

Un questionnaire soumis aux 92 chefs avant et peu après leur formation révèle une amélioration des connaissances et un léger changement positif dans leur attitude à l'égard des aliments faibles en gras (Palmer et Leontos, 1995).

Les mêmes chefs ont également été interrogés trois ans après la formation afin d'évaluer la durabilité de l'impact du programme d'éducation *Las Vegas LEAN* dans leur établissement. Sur les 10 restaurants ayant pris part au programme, la moitié d'entre eux avaient continué d'identifier les items faibles en gras *Las Vegas LEAN* dans leurs menus. De plus, tous les chefs ont rapporté se soucier davantage du contenu en gras dans les aliments qu'avant leur formation. Trois des restaurants participants se sont par ailleurs informés quant à la disponibilité de cours de nutrition additionnels pour former leurs nouveaux employés.

Ensuite, le chef d'un restaurant a affirmé avoir réussi à réduire la teneur en matières grasses dans un mets de 57 % à 30 % de l'énergie sans que sa clientèle ne décèle aucun changement. Enfin, les chefs de trois des quatre restaurants de casinos interrogés ont par ailleurs mentionné que les gens rejettent les choix faibles en gras lorsqu'ils sont en vacances (Palmer et Leontos, 1995).

Étant donné l'importance du goût dans le processus de sélection d'un item au menu, les auteurs concluent que l'éducation nutritionnelle des chefs représente la clé du succès pour convaincre les consommateurs à changer de comportements (Palmer et Leontos, 1995).

6 INITIATIVES LÉGALES DE MODIFICATION DE L'ENVIRONNEMENT ALIMENTAIRE DES RESTAURANTS

L'augmentation des taux d'embonpoint et d'obésité à l'échelle mondiale nécessite la mobilisation de plusieurs secteurs et des mesures de natures variées. Parmi les nombreuses mesures proposées afin de ralentir la progression de l'obésité et des maladies associées, certaines pourraient nécessiter l'adoption de lois. Ces mesures ont notamment trait au zonage, à la publicité et à la taxation de produits alimentaires donnés (Hodge, Garcia et Shah, 2008; Boehmer et collab., 2007).

Les mesures législatives proposées visent également l'environnement alimentaire des restaurants. Les lois ainsi invoquées portent essentiellement sur l'information nutritionnelle relative aux aliments servis dans les restaurants et la présence de gras trans dans les aliments vendus.

Les sections suivantes sont consacrées à l'étude des initiatives d'ordre légal retenues dans le cadre de cette analyse sommaire qui ciblent les restaurants au Canada et ailleurs dans le monde. Celles relatives à l'utilisation de gras trans sont analysées et présentées en premier lieu et sont suivies de celles qui concernent l'affichage nutritionnel.

Notons que puisque le Québec n'est sujet à aucune législation de cette nature, les initiatives autres que législatives relatives aux gras trans et à l'affichage nutritionnel dans les restaurants d'ici (ex. recommandations, projet de loi) ont tout de même été retenues. Quant aux initiatives venant des États-Unis et d'ailleurs, seules les mesures d'ordre légal ayant été adoptées à ce jour ont été retenues.

6.1 ANALYSE ET CONSTATS RELATIFS AUX INITIATIVES DE RÉGLEMENTATION DES GRAS TRANS

Les gras trans sont présentement dans la mire des législateurs. De fait, depuis quelques années, diverses tentatives ont été effectuées afin de limiter leur utilisation dans le domaine de l'industrie alimentaire, incluant les restaurants. Certaines de ces initiatives ont permis l'élaboration de recommandations ou de mesures volontaires, alors que d'autres ont mené à l'adoption de dispositions légales contraignantes. De plus, l'étendue et la nature des limites d'utilisation de gras trans dans les aliments préparés ou servis dans les restaurants varient d'une juridiction à l'autre.

Dans le cadre de ce travail, 14 initiatives de nature législative en matière de gras trans dans les restaurants ont été répertoriées. Au Canada, des recommandations concernant la teneur en gras trans dans les aliments ont été émises et un projet de loi a été proposé, mais le gouvernement fédéral n'a pas, à ce jour, légiféré à cet effet. La Colombie-Britannique est toutefois la seule province canadienne à disposer présentement de mesures légales pour limiter l'utilisation de gras trans dans la préparation des aliments au restaurant. Un projet de loi a également été proposé en Ontario. Aux États-Unis, des mesures législatives ont été répertoriées dans un État, quatre comtés et quatre villes. De telles mesures ont également été mises en place au niveau national au Danemark et en Suisse.

Les mesures adoptées visent tous les types de restaurants. Plusieurs initiatives comportent des ressources éducatives pour les restaurateurs afin de les assister dans leur transition vers une offre alimentaire plus saine (ex. conseils sur le Web, assistance téléphonique, cours sur la cuisson sans gras trans). Les restaurants disposent généralement d'un délai d'une année suite à l'adoption de la réglementation pour la mettre en application. Les restaurants ne se conformant pas aux mesures imposées à la date limite établie sont passibles de pénalités telles que des amendes en argent ou des contrats d'infractions pouvant mener à la suspension du permis d'exploitation.

Les limites imposées quant aux gras trans dans les restaurants concernent la proportion ou la quantité de gras trans dans les corps gras utilisés, tels les huiles et les margarines (13 initiatives), et/ou la proportion ou la quantité de gras trans dans les aliments servis (10 initiatives). Lorsque ces deux types de restrictions sont adoptés, celles-ci sont communément mises en application en deux phases subséquentes.

Le tableau suivant résume les principaux éléments relatifs aux initiatives de limitation des gras trans touchant les restaurants, soit le lieu d'origine, les détails de la mesure et la date d'entrée en vigueur. Les détails et les exceptions concernant chacune des initiatives, par exemple les délais d'implantation accordés et les aliments exemptés de certaines mesures, sont présentés dans le corps du texte à la section suivante (section 6.2).

Tableau 11 Initiatives légales pour limiter les gras trans dans les aliments servis au restaurant

Lieu	Limites du contenu en gras trans				Entrée en vigueur
	Pour les corps gras : limite de 2 g de gras trans par 100 g de m.g.	Pour les aliments : limite de 5 g de gras trans par 100 g de m.g.	Pour les corps gras : limite de 0,5 g par portion	Pour les aliments : limite de 0,5 g par portion	
Canada					
Canada (recommandations)	X	X			05-2007
Canada (projet de loi)	X	X			
Ontario (projet de loi)	X	X			
Colombie-Britannique	X	X			09-2009
Région de Calgary*	X				01-2008
		X			

Tableau 11 Initiatives légales pour limiter les gras trans dans les aliments servis au restaurant (suite)

Lieu	Limites du contenu en gras trans				Entrée en vigueur
	Pour les corps gras : limite de 2 g de gras trans par 100 g de m.g.	Pour les aliments : limite de 5 g de gras trans par 100 g de m.g.	Pour les corps gras : limite de 0,5 g par portion	Pour les aliments : limite de 0,5 g par portion	
États-Unis					
État de la Californie, CA				X	01-2010
Comté de King, WA			X		05-2008
				X	02-2008
Comté de Nassau, NY			X		04-2008
				X	04-2009
Comté de Westchester, NY			X		01-2008
Comté d'Albany, NY			X		01-2009
				X	07-2009
Comté de Montgomery, MD			X		01-2008
New York, NY			X		07-2007
				X	07-2008
Brookline, MA			X		11-2008
				X	04-2009
Boston, MA			X		09-2008
Philadelphie, PA			X		09-2007
				X	09-2008
Ailleurs dans le monde					
Danemark	X	X			06-2003
Suisse	X				04-2008

* La réglementation a été révoquée un an après son adoption.

La plupart des initiatives légales en vigueur le sont depuis moins d'un ou deux ans. De fait, la documentation quant au succès de l'implantation des mesures légales de limitation des gras trans dans les établissements de restauration est limitée.

Néanmoins, l'analyse des différentes mesures légales adoptées et proposées, ainsi que les données d'évaluation de certaines d'entre elles, ont permis de dégager quelques constats. D'abord, on remarque que les mesures législatives visant à obliger les restaurateurs à limiter leur utilisation de gras trans semblent porter fruit, tandis que les recommandations dont l'adoption est volontaire semblent avoir moins d'impact. Ensuite, aucun effet négatif pour le consommateur associé à une réduction de l'utilisation de gras trans par les restaurateurs n'a été documenté jusqu'à présent. Cependant, peu d'initiatives ont été évaluées.

D'une part, on observe une certaine difficulté à réduire de façon considérable les gras trans dans certains produits. En effet, une évaluation d'implantation des limitations de l'utilisation de gras trans d'une initiative à adoption volontaire rapporte des résultats insatisfaisants en ce qui concerne les produits de boulangerie (Santé Canada, 2008b). Des délais d'application des limites établies ont aussi été accordés pour certains produits de boulangerie dans plusieurs régions (CSPI, 2008c).

Toutefois, une étude menée au Danemark, où l'on a mesuré l'évolution du contenu en gras trans des aliments vendus au pays, indique le succès de la réglementation adoptée en 2003 (Leth et collab., 2006). De plus, des évaluations d'implantation menées dans la ville de New York (New York City DOHMH, 2009a; New York City DOHMH, 2009b) et dans la région de Calgary (Alberta Health Services, 2009) ont révélé que l'interdiction d'utiliser des corps gras contenant des gras trans a été respectée par la presque totalité des restaurateurs de ces régions.

Quant au respect *volontaire* des limites d'utilisation de gras trans, une évaluation des recommandations proposées au Canada souligne le besoin de poursuivre les efforts en ce sens puisque les aliments servis n'étaient pas tous conformes aux limites recommandées dans une proportion importante de restaurants (Santé Canada, 2008b). D'ailleurs, en réaction aux progrès notables mais insuffisants que démontrent les travaux de surveillance effectués, des acteurs du secteur de la restauration revendiquent une réglementation fédérale sur la teneur en gras trans dans les aliments au Canada (CRFA, 2009b).

Ensuite, certains auteurs ont constaté l'influence positive d'une réglementation de l'utilisation des gras trans dans les restaurants sur la modification des produits offerts par les transformateurs qui desservent les restaurants (New York city DOHMH, 2009b; Leth et collab., 2006). D'autres estiment toutefois que cette mesure devrait s'étendre à l'ensemble de la production alimentaire, car l'absence de modifications à la source de la chaîne alimentaire nuit aux efforts d'élimination de gras trans dans les restaurants (CRFA, 2009b).

Enfin, certains auteurs affirment que les restrictions d'utilisation de gras trans dans les restaurants n'auraient pas d'effets indésirables considérables pour les consommateurs, tels qu'une augmentation des prix, une altération du goût ou une diminution de la variété des aliments offerts (New York city DOHMH, 2009b; Leth et collab., 2006).

En résumé, on observe qu'un nombre croissant d'initiatives voient le jour à différente échelle dans le monde pour limiter les gras trans dans les restaurants et que plusieurs d'entre elles ont mené à l'adoption de mesures contraignantes. Bien que la portée de ce type de mesure sur l'apport en gras trans des consommateurs reste à documenter, il semble qu'en dépit de

certaines difficultés, il soit possible de diminuer considérablement la présence de gras trans dans les aliments servis au restaurant sans influencer la variété, le goût et le prix des aliments offerts. Enfin, on constate la faisabilité d'un recours à la législation pour limiter la teneur en gras trans des aliments servis au restaurant et son utilité pour assurer l'adoption de pratiques de réduction des gras trans par les restaurateurs.

6.2 DESCRIPTION DES INITIATIVES DE RÉGLEMENTATION DES GRAS TRANS

Cette section décrit les initiatives en cours en matière de gras trans dans les aliments servis au restaurant au Canada, suivi des initiatives légales américaines, danoises et suisses en pareille matière.

Notons que les mesures adoptées sont la plupart du temps présentées comme une interdiction. Toutefois, les dispositions législatives concernées prévoient une limitation plutôt qu'une interdiction totale des gras trans dans les aliments. Cette nuance est importante pour saisir la véritable portée des dispositions légales présentées ci-dessous.

6.2.1 Canada

La teneur en gras trans, exprimée en grammes par portion déterminée, fait partie des éléments qui doivent paraître sur l'étiquette nutritionnelle des produits alimentaires. De plus, la somme des gras saturés et gras trans doit indiquer le pourcentage de la valeur quotidienne par portion déterminée⁵.

Bien qu'importante, cette obligation relative à l'étiquetage nutritionnel n'influence pas directement la composition des aliments. De fait, le gouvernement fédéral n'a pas, à ce jour, légiféré pour limiter ou interdire l'utilisation de gras dans la préparation des aliments. Or, selon Santé Canada, une réglementation pourrait voir le jour si l'industrie alimentaire n'apporte pas les changements appropriés pour réduire leur utilisation de gras trans tel que recommandé par le Groupe d'étude sur les graisses trans (Santé Canada, 2009).

En juin 2007, Santé Canada adoptait en partie deux des recommandations formulées par le Groupe d'étude sur les graisses trans, à savoir de limiter la teneur totale en acides gras trans à 2 % de la teneur totale en matières grasses pour les huiles végétales et les margarines à tartiner et, pour tous les autres aliments, y compris ceux vendus dans les restaurants, de limiter la teneur totale en acides gras trans à 5 % de la teneur totale en matières grasses (Groupe d'étude sur les graisses trans, 2006).

Suivant l'adoption de ces recommandations, Santé Canada a invité l'industrie agroalimentaire à s'y conformer dans un délai de deux ans, sans quoi une réglementation serait adoptée. À cet égard, il est utile de mentionner que le Groupe d'étude sur les graisses trans proposait que « [...] la teneur totale en graisse trans soit limitée par réglementation [...] » (Groupe d'étude sur les graisses trans, 2006), ce que Santé Canada a décidé de ne pas mettre en œuvre immédiatement. En tant que membre du Groupe d'étude sur les gras trans, l'Association Canadienne des restaurateurs et des services alimentaires (CRFA)

⁵ Article B.01.401 *Règlement sur les aliments et drogues*.

a d'ailleurs approuvé les recommandations de ce dernier et revendique également au gouvernement fédéral de réglementer l'utilisation des gras trans dans les produits alimentaires (CRFA, 2009c). La CRFA a par ailleurs élaboré, en 2006, des normes de même qu'un guide pratique pour venir en aide aux exploitants de services alimentaires dans la réduction des gras trans dans les aliments vendus dans leurs établissements (DiFrancesco, 2006).

Pour assurer le respect de ces recommandations, Santé Canada a mis sur pied le Programme de surveillance des gras trans en vertu duquel Santé Canada procède à l'analyse des aliments préemballés et des aliments préparés dans les lieux de restauration. Les données de surveillance font état de progrès soutenu dans la réduction des gras trans dans les différentes catégories de produits alimentaires entre 2005 et 2008 (Groupe d'étude sur les graisses trans, 2008). Toutefois, il y a place à amélioration puisque la totalité des restaurants évalués ne respecte pas la limite recommandée de 5 % du contenu en matières grasses pour tous les aliments servis.

La deuxième série de données de surveillance porte sur des analyses d'échantillons d'aliments de 37 principales chaînes à service rapide et de restaurants de type familial de 5 villes canadiennes (Scarborough, Ontario; Ottawa, Ontario; Winnipeg, Manitoba; Longueuil, Québec et Halifax, Nouvelle-Écosse) menées de 2006 à 2008. Il s'agissait plus particulièrement d'aliments étant à l'origine riches en gras trans telles les frites, les pépites/lanières de poulet et de poisson, les beignes et les pizzas.

Les constats suivants se dégagent des résultats: la majorité des restaurants a réussi à réduire à 2 % la teneur en gras trans des margarines molles, de même que de réduire les gras trans à 5 % de la teneur totale en matière grasse de la plupart des aliments servis qui étaient riches en gras trans. Toutefois, tous les aliments servis ne sont pas conformes aux limites recommandées dans un nombre important de restaurants. On rapporte également que bien que certains progrès aient été réalisés en ce qui concerne les beignes, des améliorations importantes sont requises dans ce domaine. Ceci peut s'expliquer par les difficultés particulières se posant lorsqu'il s'agit de remplacer les gras trans par des substituts plus sains dans ce type d'aliment (Groupe d'étude sur les graisses trans, 2008).

Projet de loi C-251

Parallèlement à cette initiative, des projets de loi visant la modification de la Loi sur les aliments et drogues⁶ (LAD) ont été présentés à plusieurs reprises par M. Pat Martin, député du Nouveau Parti Démocratique (NPD)(Winnipeg-Centre)^{7,8,9,10} en vue de limiter l'utilisation

⁶ *Loi sur les aliments et drogues*, L.R.C., 1985, c. F-27.

⁷ P.L. C-473, *Loi modifiant la loi sur les aliments et drogues (gras trans)*, 3^e sess. 37^e Parl., 2004 (2 fév. 2004 - 23 mai 2004), C-328, 39^e législature, 1^{re} session (3 avril 2006 - 14 sept. 2007). C-251, 40^e législature, 1^{re} session (18 nov.-4 déc. 2008).

⁸ P.L. C-220, *Loi modifiant la loi sur les aliments et drogues (gras trans)*, 1^{re} sess. 38^e Parl., 2004 (4 oct. 2004 - 29 nov. 2005).

⁹ P.L. C-328, *Loi modifiant la loi sur les aliments et drogues (gras trans)* 1^{re} sess. 39^e Parl., 2006 (3 avril 2006 - 14 sept. 2007).

¹⁰ P.L. C-251, *Loi modifiant la loi sur les aliments et drogues (gras trans)* - 1^{re} sess. 40^e Parl., 2009 (18 nov. - 4 déc. 2008).

des gras trans dans l'ensemble des huiles et graisses destinées à la consommation humaine. Le projet de loi C-251, présenté de nouveau en janvier 2009 à la Chambre des communes, portait sur deux aspects : la définition des « acides gras trans » et l'interdiction de vente à des consommateurs d'huiles, de graisse ou de produits contenant plus de 2 g de gras trans par 100 g d'huiles ou de graisse¹¹. Pour le moment, il n'est pas possible de prédire si le projet de loi fera l'objet d'un vote à la Chambre des communes.

Ontario

Projet de loi 156

Un autre projet de loi concernant les gras trans, au restaurant spécifiquement, a été proposé en mars 2009¹² par Mme France Gélinas, députée du NPD (Comté Nickel Belt). Le projet de loi modifie la Loi sur la protection et la promotion de la santé pour limiter la quantité de gras trans dans les aliments et boissons servis dans les lieux de restauration en Ontario.

Tous les restaurants dont les recettes annuelles brutes totales dépassent 5 millions de dollars sont visés. D'une part, le projet prévoit restreindre la teneur admissible en gras trans de toute margarine, huile ou graisse végétale utilisée à 2 % de la teneur en gras totale et d'autre part, la teneur en gras trans de tout aliment, de toute boisson ou de tout ingrédient contenant de l'huile partiellement hydrogénée devra correspondre à moins de 5 % de la teneur en gras total.

Ceux ne respectant pas les exigences prescrites se verraient imposer des amendes et leur permis d'exploitation commerciale pourrait être suspendu ou révoqué.

Le projet de loi a été adopté avec dissidence en deuxième lecture en avril 2009 et référée au Comité où il sera débattu avant de retourner à la législature pour une troisième lecture.

Colombie-Britannique

À compter du 30 septembre 2009, la Colombie-Britannique fut la première province canadienne à limiter l'utilisation des graisses trans dans les services de restauration. En vertu des nouvelles dispositions du *Public Health Impediments Regulation*¹³, les restaurants ne pourront plus utiliser d'huiles ou de margarines à tartiner contenant plus de 2 g de gras trans par 100 g de gras et ne pourront plus servir d'aliments contenant plus de 5 g de gras trans par 100 g de gras. Ces dispositions s'appliquent dans les restaurants, à l'exception des produits préemballés.

Afin d'assurer le respect des nouvelles dispositions, les *Environmental Health Officers* pourront exiger de la part des restaurants des informations relatives aux gras trans contenus dans les huiles utilisées ou dans les plats servis, par exemple. Un restaurant pris en défaut devra payer une amende et s'exposera à une poursuite pénale.

¹¹ P.L. C-251, *Loi modifiant la loi sur les aliments et drogues (gras trans)* - 2^e sess., 40^e Parl., 2009 (26 janvier 2009 -).

¹² P.L 156, *Loi de 2009 favorisant des choix sains pour une alimentation saine*, 1^{re} sess., 39^e lég, Ontario, 2009 (10 mars 2009 -).

¹³ *Public Health Impediments Regulation*, 50/2009, dépôt : 2 mars 2009.

Région de Calgary

Le Calgary Health Region Board (CHRB) a également adopté des dispositions contraignantes afin de limiter l'utilisation des gras trans. Toutefois, en raison du regroupement des neuf autorités régionales de santé au sein d'une seule et même entité, le Alberta Health Services Board, la politique locale de réduction des gras trans a été éliminée un an après son adoption (Lang et Fekete, 2009).

Or, c'est en novembre 2007 que le CHRB avait adopté une résolution visant à mettre de l'avant une initiative visant à réduire l'utilisation et la vente de gras trans par les détenteurs d'un permis de manipulation des aliments (*Food Handling Permit*), incluant les établissements de restauration et épiceries. Le *Trans Fat Reduction Initiative Policy* tel qu'adopté par le CHRB prévoit deux phases d'implantation.

Conformément à la première phase de cette initiative, les détenteurs du permis visé n'étaient plus autorisés, depuis le 1^{er} janvier 2008, à utiliser des margarines hydrogénées, des huiles hydrogénées ou de la graisse de type shortening contenant plus de 2 % de gras trans sur la teneur totale en gras. Cette interdiction portait sur les produits utilisés pour frire, sauter ou griller des aliments, de même que sur les produits utilisés comme tartinade. En vertu de la deuxième phase de la politique devant débuter le 1^{er} juillet 2009, les détenteurs du permis ne pouvaient plus utiliser de produits alimentaires contenant les produits visés à la première phase et pour lesquels le pourcentage de gras trans dépasse 5 % du contenu total en gras.

Tout particulièrement visés par la première phase, les restaurateurs de la région de Calgary avaient significativement réduit leur utilisation de gras trans au cours de l'année suivant son implantation. Selon une évaluation du CHRB, des 6388 établissements concernés par la politique sur les gras trans, les objectifs de la première phase avaient été atteints par 94,4 % en janvier 2008 et par 99,1 % en novembre 2008 (2009). Une évaluation dans une ville comparable est toutefois requise pour identifier si ces changements sont dus à la politique ou à une tendance régionale ou nationale de réduction des gras trans.

Afin de garantir le respect de ces nouvelles mesures, des inspecteurs œuvrant dans le domaine de la santé publique peuvent effectuer des visites dans les différents lieux de restauration et émettre des constats d'infraction pouvant entre autres valoir suspension du permis nécessaire à l'exploitation d'un restaurant.

6.2.2 États-Unis

Bien qu'aucune initiative fédérale n'ait pu limiter l'utilisation des gras trans dans les restaurants, plusieurs villes et comtés, de même qu'un État ont adopté des mesures législatives afin de limiter l'utilisation des gras trans dans les restaurants. Selon le Center For Science in the Public Interest, ces mesures touchent plus de 60 millions de citoyens américains (CSPI, 2009b). Sans procéder à l'énumération exhaustive des dispositions législatives en vigueur, les initiatives légales ayant profité d'une grande visibilité seront présentées dans la section suivante.

État de la Californie

À partir du 1^{er} janvier 2010, les restaurateurs californiens ne pourront plus utiliser de shortening ou de margarine contenant des gras trans artificiels pour la friture ou comme tartinade dans l'entreposage, la préparation ou la distribution d'aliments¹⁴. Seules les préparations pour pâte à la levure (*yeast dough*) et pour la pâte à gâteau à frire (*cake batter*) seront exemptées de l'application de cette mesure. Ces exemptions prendront toutefois fin le 1^{er} janvier 2011. De fait, à partir de cette date et en vertu du *Health and Safety Code* de l'État de la Californie, aucune nourriture contenant des gras trans artificiels ne pourra être servie, distribuée, utilisée ou entreposée, à l'exception des produits préemballés vendus dans leur emballage original et scellé. L'État de la Californie deviendra ainsi le premier État américain à mettre en vigueur une mesure de cette ampleur limitant l'utilisation des gras.

Aux fins d'application de cette limitation, le *Health and Safety Code* prévoit qu'un produit alimentaire contenant du shortening végétal, de la margarine ou une huile partiellement hydrogénée est présumé contenir des gras trans artificiels, à moins que son étiquette nutritionnelle n'indique que le contenu en gras trans est inférieur à 0,5 g par portion.

Enfin, les contrevenants à cette interdiction sont passibles d'une amende variant de 25 \$ US à 1 000 \$ US.

Ville de New York

Depuis le 1^{er} juillet 2007, la ville de New York a limité l'utilisation des gras trans artificiels dans les restaurants en interdisant l'entreposage, la distribution ou l'utilisation des produits contenant du shortening végétal, de la margarine ou de l'huile partiellement hydrogénée¹⁵. Toutefois, sont permis les produits contenant des gras trans artificiels qui sont accompagnés d'une étiquette nutritionnelle ou de la documentation appropriée faisant mention d'une proportion moindre que 0,5 g de gras trans par portion.

Depuis le 1^{er} juillet 2008, et conformément au *New York city Health Code*, tous les produits, sans exception sont visés par cette limitation, à l'exception des produits préemballés vendus dans leur emballage original et scellé dans les restaurants.

Enfin, depuis le 1^{er} octobre 2007, les restaurateurs qui utilisent des produits contenant plus de 0,5 g de gras trans ou qui ne peuvent fournir la preuve relative à la quantité de gras sont passibles d'une amende dont la somme varie entre 200 \$ US et 2 000 \$ US.

En avril 2007, le Health Department a instauré un centre de soutien à l'implantation de la réglementation grâce à une subvention de l'American Heart Association afin d'aider les restaurateurs à substituer les gras trans par des huiles plus saines (No trans fat NYC Help Center, 2009). Le Trans Fat Help Center offre différentes ressources gratuites aux restaurateurs, incluant une assistance téléphonique et un site Web pour de l'information sur la réglementation et des conseils culinaires, ainsi que des cours sur la cuisson sans gras trans. Le centre a également effectué des tests de cuisson qui démontrent que les nouveaux

¹⁴ Section 114377 *Health and Safety Code* (California).

¹⁵ Section 81.08 *New York city Health Code*.

shortenings et margarines sans gras trans sont éprouvés et ne nécessitent pas de modification des recettes dans la plupart des cas (New York City DOHMH, 2009a).

La première phase d'implantation de la réglementation a été évaluée par le New York City Department of Health and Mental Hygiene (DOHMH). Entre juillet et septembre 2007, sur 3 300 restaurants inspectés, 94 % étaient conformes à la réglementation, comparativement au taux de 50 % observé avant son dévoilement et de 80 % en juin 2007 (New York City DOHMH, 2009a). On rapporte que la grande majorité des infractions à ce moment avaient trait à l'usage de margarine non conforme, laquelle est facilement remplaçable par des alternatives plus saines. Une deuxième ronde d'évaluation a eu lieu en mai 2008 et a révélé un taux de conformité de 98 % (New York City DOHMH, 2009b).

Le DOHMH souligne par ailleurs que quelques chaînes de restaurants et transformateurs ont non seulement éliminé les gras trans de leurs produits, mais ont également réduit les gras saturés de 20 à 35 % dans certains aliments frits. De plus, on affirme que les limites de l'utilisation de gras trans n'auraient pas d'effet sur le goût ou le prix des aliments (New York City DOHMH, 2009b).

Autres villes et comtés américains

À l'instar de la ville de New York, d'autres villes américaines telles Boston¹⁶ et Philadelphie¹⁷ ont adopté des dispositions similaires, de même que des comtés tels King¹⁸ dans l'état de Washington et les comtés de Nassau¹⁹, Westchester²⁰ et Albany²¹ dans l'État de New York.

6.2.3 Europe

Danemark

Au Danemark, diverses options ont été évaluées afin de diminuer la quantité de gras trans consommée. En fin de compte, la solution légale a été préférée à l'option de l'étiquetage nutritionnel dont le succès dépendait de l'implication des consommateurs (Leth et collab., 2006).

Ainsi, le 11 mars 2003, une modification au *Danish Food Act* a été adoptée par décret²². En vertu de ce décret, et à partir du 1^{er} janvier 2004, les huiles et graisses incluses dans les produits transformés ou non ne doivent pas contenir plus de 2 % de gras trans artificiels. L'étendue de cette interdiction visant tous les produits destinés à la consommation humaine, les produits préparés et vendus dans les restaurants sont assujettis à cette disposition.

¹⁶ Section 4.00 Boston Public Health Commissions's Regulation to Restrict Foods Containing Artificial Trans Fat in the City of Boston.

¹⁷ Section 6-307 Philadelphia Code. Exception : produits de pâtisserie (*bakery goods*).

¹⁸ Section 5.10.035 Code of the King County Board of Health.

¹⁹ Article XIV Nassau Conunty Public Health Ordinance Foods Containing Artificial Trans Fats.

²⁰ Sec. 873.581 Weschester County Sanitary Code.

²¹ Amendment to the Sanitary Code in response to Resolution No. 237, Albany County Legislature.

Commissioner to require all food service establishments to phase out artificial trans fat.

²² Danish Order no. 160 of 11 March, 2003 et traduit en anglais par executive order.

Cette modification a été précédée d'une période transitoire du 1^{er} juin 2003 au 31 décembre 2003 pendant laquelle certaines entités tels les restaurants et les boulangeries pouvaient préparer ou servir des aliments contenant des gras trans en proportion de 5 % du contenu en matière grasse.

Enfin, toutes entités s'exposent à une amende en cas de manquement. Dans le cas des personnes physiques, dans certaines circonstances, elles sont passibles d'une peine d'emprisonnement.

Une étude menée afin de documenter le contenu en gras trans des aliments vendus au Danemark suggère que la réglementation a porté fruit (Leth et collab., 2006). Un large éventail d'aliments venant de l'ensemble de la production alimentaire a été analysé à l'aide de 253 échantillons en 2003 et de 148 échantillons suite à l'application de la réglementation en 2005. Notons que les détails au sujet de la proportion des échantillons provenant des établissements de restaurations ne sont malheureusement pas fournis dans l'article. Les résultats montrent que le contenu en gras trans des aliments a été réduit ou éliminé des produits ayant un contenu élevé en gras trans à l'origine, tels que les frites et différents produits de boulangerie. Les auteurs concluent que les acides gras trans produits industriellement sont maintenant à un niveau d'une influence négligeable sur les apports alimentaires en acides gras trans des Danois (Leth et collab., 2006). Ils ajoutent qu'en résultat à la réglementation, les transformateurs ont développé des nouvelles méthodes de production sans toutefois augmenter les prix ou diminuer la variété de produits sur le marché.

Suisse

Conformément à l'Ordonnance du Département fédéral de l'Intérieur sur les huiles et graisses comestibles et leurs dérivés²³, la Suisse a désiré suivre l'exemple du Danemark en imposant une valeur limite de 2 % à l'égard de la quantité de gras trans présente dans les huiles et graisses végétales. Selon l'Office fédéral de la santé publique suisse, la modification réglementaire a pour but de contribuer à l'amélioration de la qualité des produits transformés.

À partir du 1^{er} avril 2008, la Suisse est donc devenue le second pays à adopter une réglementation visant la limitation des gras trans dans les huiles et graisses. Tel que prévu à l'Ordonnance, les fabricants et transformateurs bénéficient cependant d'un délai d'une année pour s'y conformer²⁴.

²³ *Ordonnance du Département fédéral de l'Intérieur sur les huiles et graisses comestibles et leurs dérivés*, RS 817.022.105.

²⁴ *Article 19 Ordonnance du Département fédéral de l'Intérieur sur les huiles et graisses comestibles et leurs dérivés*, RS 817.022.105.

6.3 ANALYSE ET CONSTATS RELATIFS AUX INITIATIVES DE RÉGLEMENTATION DE L’AFFICHAGE NUTRITIONNEL

L'étiquetage de la valeur nutritive des aliments emballés est maintenant obligatoire dans plusieurs pays du monde, incluant le Canada. Dans quelques pays, les mesures législatives relatives à la divulgation d'information nutritionnelle se sont récemment élargies aux aliments servis dans les restaurants. L'étendue et la nature de ces mesures varient selon les juridictions.

La recension des initiatives contraignantes adoptées en matière d'affichage nutritionnel dans les restaurants a permis d'identifier 6 initiatives de cet ordre. Au Canada, bien que 2 projets de loi aient été déposés à cet effet (1 de niveau fédéral et 1 de niveau provincial), aucune mesure légale n'a été adoptée jusqu'à maintenant. Les 6 initiatives légales répertoriées proviennent de deux villes, trois comtés et un État des États-Unis. Deux projets de loi ont également été proposés au niveau national aux États-Unis. Quelques autres villes et comtés, ainsi que 16 autres États ont également considéré une législation semblable.

Toutes les initiatives concernent la présentation d'information nutritionnelle au point d'achat, par exemple sur ou à l'intérieur des menus dans les restaurants avec service complet et sur les tableaux-menus pour les restaurants-rapides. Les restaurants visés sont ceux de chaînes de restaurants qui comptent un minimum de succursales et dont le menu est normalisé entre ces établissements. Les initiatives visent les items qui sont standardisés et qui figurent au menu pour une période relativement longue. Les manquements aux exigences prescrites peuvent entraîner des amendes ou la suspension du permis d'exploitation de restaurant.

En général, les initiatives sont similaires, mais les réglementations des différentes juridictions présentent des particularités. Les types de restaurants et d'items de menu visés, ainsi que les modalités de présentation de l'information nutritionnelle varient selon les initiatives. Le contenu en calories seul (5 initiatives) ou le contenu en calories accompagné d'autres nutriments (3 initiatives) sont soumis à l'affichage nutritionnel obligatoire. Notons que pour les initiatives où les contenus en calories et en nutriments sont requis, l'affichage des calories seul est suffisant pour les tableaux-menus. Enfin, la réglementation de l'affichage nutritionnel est parfois accompagnée d'une campagne d'éducation (dans 2 initiatives) afin de sensibiliser les consommateurs à la valeur de l'apport calorique quotidien recommandé, ainsi que pour les encourager à lire l'information nutritionnelle fournie et à limiter leur apport en calories lorsqu'ils mangent au restaurant.

Le tableau suivant présente les initiatives répertoriées de façon sommaire, soit le lieu, les éléments nutritionnels soumis à l'affichage, la présence d'une campagne d'éducation et la date d'entrée en vigueur de la mesure législative. Les détails et les exceptions concernant chacune des initiatives sont présentés dans le corps du texte à la section suivante (section 6.4).

Tableau 12 Initiatives légales relatives à l'affichage nutritionnel obligatoire au point d'achat dans les restaurants

Lieu	Éléments soumis à l'affichage nutritionnel au point d'achat		Campagne d'éducation	Entrée en vigueur
	Calories	Nutriments (ex. gras saturés, sodium)		
Canada				
Canada (projet de loi)	X	X		
Ontario (projet de loi)	X			
États-Unis				
New York, NY	X		X	Mai 2008
Philadelphie, PA	X	X		Janvier 2010
Comté de King, WA	X	X	X	Janvier 2009
Comté de Multnomah, OR	X			Mars 2009
Comté de Westchester, NY	X			Mai 2009
État de la Californie, CA	X			Janvier 2011
États-Unis (projet de loi 1)	X	X		
États-Unis (projet de loi 2)	X			

Une seule des 6 initiatives légales adoptées est en vigueur depuis plus d'un an. La moitié l'est depuis quelques mois, tandis que les autres le seront dans l'année qui vient et la suivante. Très peu de mesures législatives adoptées ont été évaluées jusqu'à maintenant. Par conséquent, il est difficile de commenter le succès de leur implantation, de même que la meilleure façon de fournir l'information nutritionnelle au point d'achat.

L'analyse des initiatives recensées permet toutefois de constater que l'affichage nutritionnel obligatoire suscite des contestations de la part de l'industrie de la restauration et que les mesures volontaires suscitent peu d'adhésion chez les restaurateurs. Bien que des modalités soient généralement prévues à l'égard d'aliments dont la composition peut varier (ex. muffins), de la multiplicité des formats, et des combinaisons d'items, certaines initiatives ont connu l'opposition de l'industrie de la restauration en raison des barrières pratiques perçues quant à leur mise en œuvre dans les restaurants (New York State Restaurant Association, 2007; CRFA, 2006). D'autres arguments en défaveur de cette mesure incluaient le manque de pertinence et les conséquences négatives potentielles de l'affichage des calories de façon isolée des autres nutriments (New York State Restaurant Association, 2007; CRFA, 2006), ainsi que la portée limitée d'une réglementation de l'affichage nutritionnel visant un nombre restreint de restaurants (New York State Restaurant Association, 2007).

Quant aux initiatives de divulgation de l'information nutritionnelle adoptée volontairement par les restaurateurs, quelques données suggèrent qu'elles soient peu efficaces à fournir de l'information accessible et utile aux consommateurs (Bassett et collab., 2008) et qu'elles présentent une faible adhésion de la part des restaurateurs (CSPI, 2008a).

Par ailleurs, un sondage (Technomic, 2009) mené suite à l'application de l'initiative légale implantée depuis plus d'un an suggère que la réglementation de l'affichage nutritionnel permet une information accessible aux clients et que celle-ci leur est utile dans leur choix d'aliments au restaurant.

En somme, six lois relatives à l'affichage nutritionnel au point d'achat dans les restaurants exploités en chaîne ont été adoptées par différents gouvernements, parfois malgré l'opposition de l'industrie de la restauration, et les propositions à cet effet se multiplient. Toutefois, les données présentement disponibles sont insuffisantes pour commenter la faisabilité d'implantation de cette mesure dans les restaurants et pour identifier la méthode d'affichage au point d'achat qui est la plus visible, claire et utile aux consommateurs pour faire des choix plus informés. Néanmoins, il semble que les mesures législatives soient plus susceptibles de rendre l'information pertinente accessible aux consommateurs qui désirent faire des choix plus éclairés au restaurant.

6.4 DESCRIPTION DES INITIATIVES DE RÉGLEMENTATION DE L'AFFICHAGE NUTRITIONNEL

S'il est aujourd'hui possible dans certains restaurants américains d'être informé de la teneur calorique au moment d'effectuer une commande, au Canada, il n'existe aucune obligation contraignante de même nature. Malgré cela, il s'avère utile de présenter les obligations actuelles des restaurateurs d'ici à l'égard de l'affichage nutritionnel, pour ensuite faire un survol des initiatives de cet ordre dans les restaurants américains.

6.4.1 Canada

Depuis décembre 2007²⁵, les produits préemballés doivent, sauf exceptions, être accompagnés d'une étiquette faisant état des informations nutritionnelles. La nature de ces informations est par ailleurs détaillée au Règlement sur les aliments et drogues²⁶ (RAD), de même que la forme spécifique sous laquelle les informations doivent paraître.

En principe, l'étiquette doit faire état de la teneur en calories et en certains nutriments du produit selon une unité de mesure prédéterminée. La Loi sur les aliments et drogues²⁷ (LAD) et le RAD prévoient les principales exigences relatives à l'étiquetage nutritionnel en plus d'indiquer quels sont les produits qui échappent à cette exigence. En outre, le RAD énonce que les produits préemballés à portion multiple, prêts à servir et exclusivement destinés à

²⁵ Entrée en vigueur du *Règlement modifiant le Règlement sur les aliments et drogues (étiquetage nutritionnel, allégations relatives à la teneur nutritive et allégations relatives à la santé, DORS/2003-11* en date du 12 décembre 2002. Un délai de grâce de 3 ans et 5 ans a cependant été accordé selon la taille de l'entreprise.

²⁶ *Règlement sur les aliments et drogues*, C.R.C., c. 870.

²⁷ *Loi sur les aliments et drogues*, L.R.C., 1985, c. F-27.

être servis par une entreprise, une institution commerciale ou industrielle, ne sont pas tenus d'être accompagnés d'un tableau de la valeur nutritive²⁸.

En somme, les restaurateurs opérant en sol canadien ne sont pas légalement tenus d'accompagner les plats servis d'une étiquette faisant état des calories ou autres mentions nutritionnelles, ni même d'afficher ces informations dans les menus ou ailleurs.

Toutefois, un restaurateur qui déciderait de sa propre initiative de présenter de telles informations aux consommateurs serait contraint de fournir des données qui sont exactes. De fait, la loi interdit à quiconque « d'étiqueter, d'emballer, de traiter, de préparer ou de vendre un aliment — ou d'en faire la publicité — de manière fausse, trompeuse ou mensongère ou susceptible de créer une fausse impression quant à sa nature, sa valeur, sa quantité, sa composition, ses avantages ou sa sûreté. »²⁹ Qui plus est, un restaurateur qui étiquetterait ou indiquerait une information mensongère au sujet, par exemple, de la teneur calorique d'un aliment s'exposerait à une amende maximale de 250 000 \$ ou à une peine maximale d'emprisonnement de 6 ans.

La Loi sur la protection du consommateur³⁰ (LPC) offre une protection supplémentaire aux clients, en ce qu'elle interdit aux commerçants de prétendre à tort qu'un plat comporte un aliment spécifique³¹, ou encore de lui attribuer faussement un avantage particulier³². Il est donc interdit au restaurateur de prétendre que le plat qu'il offre à ses clients contient 500 calories, alors qu'en réalité il en contient 1 300, pas plus qu'il ne peut vanter les vertus amaigrissantes des aliments servis s'il n'en est rien. Un restaurateur qui agit à l'encontre de ces dispositions est passible d'une amende de 600 \$ à 200 000 \$ selon les circonstances³³. Contrairement cependant à la LAD qui s'applique sur tout le territoire canadien, la LPC ne s'applique qu'aux restaurateurs opérant dans la province de Québec.

Projet de loi 283

S'il n'existe aucune obligation légale relative à l'affichage nutritionnel dans les restaurants au Canada, M. Tom Wappel, député du NPD a, à trois reprises^{34,35,36}, présenté un projet de loi à la Chambre des communes afin de le rendre obligatoire. Or, le dernier projet de loi à avoir été présenté n'a pas recueilli le nombre suffisant de voix pour passer à la seconde lecture et au Comité et, par conséquent, a été rejeté en novembre 2006.

²⁸ Article B.01.401 (1) RAD.

²⁹ Article 5(1) LAD.

³⁰ *Loi sur la protection du consommateur*, L.R.Q., c. P-40.1.

³¹ Article 221 (a) LPC.

³² Article 220 (a) LPC.

³³ Article 278 LPC.

³⁴ P.L. C-398, *Loi modifiant la loi sur les aliments et drogues (étiquetage des aliments)* 2^e sess. 37^e Parl., 2002 (30 septembre 2002 – 12 novembre 2003).

³⁵ P.L. C-379, *Loi modifiant la loi sur les aliments et drogues (étiquetage des aliments)* 1^e sess. 38^e Parl., 2004 (4 oct. 2004-29 nov. 2005).

³⁶ P.L. C-283, *Loi modifiant la loi sur les aliments et drogues (étiquetage des aliments)* 1^e sess. 39^e Parl. 2007).

Afin de faire modifier la Loi sur les aliments et drogues, et principalement la section traitant de l'étiquetage nutritionnel, le projet de loi C-283 proposait notamment que les établissements servant des aliments au public pour consommation immédiate aient, selon différentes modalités, l'obligation d'afficher le nombre de calories par portion, la quantité de sodium, la quantité totale d'acides gras saturés et d'acides gras trans sous forme de pourcentage de l'apport quotidien recommandé³⁷.

Tous les établissements faisant la vente d'aliments au public pour consommation immédiate étaient visés, à l'exception des établissements ou entreprises de distributeurs automatiques n'ayant pas tiré un revenu annuel brut d'au moins 10 millions \$ de la vente de ces aliments dans les deux années antérieures. Environ 40 % des établissements étaient ainsi concernés par la mesure. De même, les aliments qui ne figuraient pas sur les menus pendant au moins 60 jours ou qui n'engendraient pas un revenu annuel brut d'au moins 50 000 \$ étaient exemptés de l'application de ce projet de loi.

Le projet de loi prévoyait que dans le cas des restaurants à service complet, les menus imprimés et remis directement aux clients devaient indiquer les aliments offerts, ainsi que les informations relatives aux calories, sodium, acides gras saturés et acides gras trans. Quant aux restaurants dont le menu n'était présenté que sur un tableau-menu, celui-ci devait faire mention des aliments et du nombre de calories par portion. À défaut de pouvoir présenter les autres informations relatives au sodium, aux acides gras saturés et acides gras trans sur le tableau-menu, les restaurateurs devaient fournir autrement, aux clients qui en feraient la demande, ces informations. Enfin, le projet de loi prévoyait des modalités particulières à l'égard des aliments vendus en plusieurs variétés ou saveurs, en vrac ou dans un buffet.

La CRFA s'était vivement opposée à cette mesure perçue comme étant inutilement complexe à implanter pour les restaurateurs, difficile et coûteuse à mettre en œuvre pour le gouvernement, et passible d'induire le consommateur en erreur (CRFA, 2006). Plusieurs arguments étaient évoqués à cet égard. D'abord, fournir de l'information nutritionnelle fidèle était jugé comme n'étant possible que dans un milieu hautement uniformisé, ce qui n'est pas la norme dans le milieu de la restauration. De plus, on estimait que le fait de cibler les entreprises au chiffre d'affaires de plus de 10 millions \$ était injustifié puisque les ventes ne sont pas une indication du degré d'uniformisation des menus. On soulignait également les difficultés reliées au fait que les ingrédients utilisés par les restaurants sont fréquemment remplacés, ce qui peut entraîner la modification du profil nutritionnel de plusieurs items. De plus, l'insertion d'information nutritionnelle sur les menus d'une façon qui soit fidèle, complète et lisible était jugée impossible en raison des variétés de formats, de saveurs et d'options offertes par les restaurateurs. Par ailleurs, l'Association soulignait les coûts importants de mise en application de la mesure associés à la bureaucratie fédérale nécessaire à l'inspection de la conformité des restaurants. D'autre part, le projet était jugé comme étant trompeur pour le consommateur puisque le nombre de calories (le seul élément requis dans le cas des tableaux-menus) n'informe pas de façon adéquate sur la valeur nutritive des aliments. Enfin, on soulignait que 28 compagnies de services alimentaires représentant plus de 40 % des établissements de chaînes de restaurant étaient

³⁷ P.L. C-251, *Loi modifiant la loi sur les aliments et drogues (étiquetage des aliments)* – 1^{re} sess., 39^e Parl., 2006 (3 avril 2006 – 14 sept. 2007).

déjà inscrites au programme volontaire d'information nutritionnelle de la CRFA qui impliquait la divulgation d'information nutritionnelle détaillée et uniforme concernant les items de menu réguliers.

Ontario

Projet de loi 156

Le projet 156 présenté en mars 2009 par Mme France Gélinas, porte-parole néo-démocrate de la santé et des soins longue durée (mentionné à la section 6.2.1) vise l'affichage nutritionnel obligatoire en plus de la restriction des gras dans les restaurants³⁸. En fait, le projet propose d'exiger que les lieux de restauration de l'Ontario dont les recettes annuelles brutes totales dépassent 5 millions de dollars divulguent le contenu en calories par portion des aliments et boissons qui y sont servis.

Les règles concernant l'affichage prévoient que l'information calorique soit présentée soit sur le menu ou tableau-menu où les items sont affichés, soit sur une étiquette attachée à chaque aliment concerné. La teneur en calorie devrait être placée à côté du prix au moyen de la même police et de la même taille de caractère que celle utilisée pour le prix. La seule exception prévue concerne les items dont les valeurs caloriques ne diffèrent pas de plus de 5 % entre les saveurs ou les variétés offertes dans un lieu de restauration, pour qui l'information pourrait être affichée pour le groupe entier de saveurs ou variétés plutôt que pour chacune d'entre elles.

Si la proposition est adoptée, l'Ontario serait en voie de devenir la première province au Canada à légiférer à l'égard de l'affichage calorique sur les menus.

6.4.2 États-Unis

Dans plusieurs États, comtés et villes des États-Unis, les tentatives se sont multipliées pour obliger l'affichage des calories et autres informations de nature nutritionnelle dans les menus des restaurants. Alors que certaines initiatives n'ont pas encore porté fruit, d'autres ont mené à l'élaboration de mesures contraignantes à l'égard de l'affichage des calories ou autres informations nutritionnelles sur les menus.

Ville de New York

En décembre 2006, le Board of Health de la ville de New York adoptait la première mouture des dispositions relatives à l'affichage des calories dans les restaurants new-yorkais. Après que le United State District Court ait retenu les arguments avancés par la New York State Restaurant Association (NYSRA) qui s'opposait vigoureusement à l'affichage nutritionnel obligatoire dans les restaurants et à ce que la façon de présenter l'information nutritionnelle soit prescrite³⁹, le New York Health Department a soumis en octobre 2007 une nouvelle proposition à cet effet.

³⁸ P.L 156, *Loi de 2009 favorisant des choix sains pour une alimentation saine*, 1^{re} sess., 39^e lég, Ontario, 2009 (10 mars 2009 -).

³⁹ *New York State Restaurant Association v. New York City Board of Health*, No. 07 Civ. 5710 (S.D.N.Y. 11 septembre 2007).

Adoptée en janvier 2008 par le Board of Health de la ville de New York, cette nouvelle proposition prévoyant l'affichage obligatoire des calories au point d'achat pour certains restaurants est finalement entrée en vigueur malgré les contestations de la NYSRA devant les tribunaux à l'égard du fait que cette mesure était préemptée par une loi fédérale existante et qu'elle violait le droit des restaurateurs à la liberté d'expression⁴⁰. Bien qu'il ne soit pas possible pour l'instant de prédire l'issue de la bataille judiciaire opposant le NYSRA et le New York Health Département⁴¹, les dispositions contestées sont, depuis le 5 mai 2008⁴², appliquées dans la ville de New York par les restaurateurs visés⁴³.

La NYSRA reprochait également à la nouvelle réglementation de prescrire aux restaurateurs la façon de fournir de l'information nutritionnelle bien qu'il n'y ait actuellement pas de consensus à cet égard (New York City Board of Health, 2009). L'Association soulignait également que l'affichage des calories isolément accentue exagérément l'importance des calories et néglige la pertinence des nutriments importants pour une saine alimentation. Des préoccupations d'ordre pratique relatives à l'implantation de la mesure par les restaurateurs, telle la difficulté à afficher l'information nutritionnelle pour toutes les combinaisons d'aliments possibles, étaient par ailleurs évoquées. Enfin, on rapporte que seulement 10 % des restaurants de la ville de New York serait sujet à la réglementation.

Plusieurs raisons ont été évoquées par le Board of Health pour procéder à l'adoption de la disposition 81.50 au *New York City Health Code*. L'avis d'adoption de cette disposition fait notamment mention de la volonté de permettre aux consommateurs de faire un choix plus éclairé lors de l'achat d'un plat dans un restaurant, et ce, dans le but avoué de réduire la prévalence de l'obésité et des risques associés. Le Board of Health souligne également que les initiatives de divulgation de l'information nutritionnelle adoptées volontairement par les restaurateurs se sont avérées inefficaces (New York City Board of Health, 2009). En fait, l'information n'était habituellement pas présentée là où le consommateur fait son choix et chaque restaurant utilisait différents formats et moyens de présentation, ce qui rendait l'information difficile à trouver.

En effet, une étude a été menée auprès de 7 318 clients d'un échantillon aléatoire de 275 restaurants représentant 11 chaînes de restaurants-rapides. Les résultats indiquent qu'à l'exception des consommateurs des restaurants Subway où l'information était réellement accessible au point d'achat, seulement 4 % des clients ont rapporté avoir vu l'information sur le contenu en calorie tel que présenté à ce moment (Bassett et collab., 2008).

En vertu de la section 81.50 du *New York City Health Code*, seuls les établissements de services alimentaires, incluant les restaurants, qui opèrent dans la ville de New York et qui comptent au moins quinze établissements au niveau national sont visés par cette disposition. De plus, seuls les établissements qui présentent une offre alimentaire normalisée en termes

⁴⁰ *New York State Restaurant Association v. New York City Board of Health*, No. 08-1892-cv (2d Circuit, 17 février 2009).

⁴¹ Dernière décision 17 février 2009 : délai d'appel n'est vraisemblance pas épuisé.

⁴² Période de grâce appliquée jusqu'au 18 juillet 2008.

⁴³ La date d'entrée en vigueur était le 31 mars 2008, mais pour des raisons judiciaires, la date a été repoussée au 5 mai 2008.

de contenu et de quantité sont visés par l'obligation, et seuls les aliments ou mets qui figurent plus de 30 jours par année sur le menu sont visés.

Les restaurants qui respectent les critères énumérés sont donc tenus d'afficher le nombre total de calories pour chaque item vendu sur le menu ou sur le tableau-menu. La teneur en calories doit être affichée visiblement, clairement, à proximité du nom de l'item associé et le format d'écriture choisi doit minimalement être équivalent à celui utilisé pour le nom et le prix de l'item. Pour l'application de cette nouvelle disposition, il est prévu que le calcul des calories doit faire l'objet d'une analyse vérifiable, dont l'analyse en laboratoire.

D'autres modalités sont prévues afin de répondre aux difficultés engendrées par la multiplication des saveurs, des variétés et des combinaisons de mets ou d'aliments. Sans faire état de toutes les mesures prévues, il est intéressant de souligner qu'en ce qui concerne les combinaisons de mets ou d'aliments, les restaurateurs doivent afficher le minimum et le maximum de calories qu'elles peuvent contenir.

Par ailleurs, une campagne d'éducation intitulée « Read' em before you eat' em » a été lancée en octobre 2008 pour aider les New-Yorkais à tirer avantage de l'affichage calorique (New York City DOHMH, 2009c). Cinq publicités faisant la promotion de l'apport calorique quotidien approprié d'au plus 2 000 calories pour la plupart des adultes ont été affichées dans 1 000 trains de métros pour une durée de trois mois.

Enfin, les restaurateurs qui ne respecteront pas ces nouvelles exigences recevront un avis d'infraction et devront se présenter devant un tribunal administratif qui pourra leur imposer une amende au montant minimal de 200 \$ US et maximal de 2 000 \$ US.

Le DOHMH a prévu mener des évaluations dans des chaînes de restaurants rapides de la ville de New York afin de mesurer les effets de l'affichage des calories sur les décisions d'achat. Les données préimplantation ont été collectées au printemps 2007 (Bassett et collab., 2008) et une seconde étude est attendue pour évaluer les changements dans les décisions d'achats depuis la réglementation.

Par ailleurs, un sondage a été mené quelques mois après la mise en application de la réglementation dans les restaurants de New York (août 2008) afin d'évaluer la réaction des consommateurs à cette mesure. Les données collectées auprès de 299 New-Yorkais habitant les 5 arrondissements de la ville rapportent que des 192 répondants qui avaient visité un restaurant affichant les calories au point d'achat, 84 % avaient vu le nouvel affichage (Technomic, 2009). De ces derniers, 84 % ont rapporté avoir été surpris par le contenu en calories, 30 % et 43 % respectivement ont affirmé que l'information avait influencé « de beaucoup » et « assez » leurs choix d'items.

Autres villes américaines

À l'instar de la ville de New York, d'autres villes américaines ont proposé une réglementation afin d'obliger certains restaurateurs à afficher le nombre de calories ou autres informations de nature nutritionnelle sur leurs menus. Par exemple, la ville de Philadelphie obligera à partir du 1^{er} janvier 2010 les restaurants faisant partie d'une chaîne de 15 établissements ou

plus à l'échelle nationale de divulguer en tout temps le contenu en gras trans et saturés, en sodium, en calories, et dans certains cas, en glucides (CSPI, 2008c).

Comté de King, Washington

Dans le comté de King (État de Washington) où est située la ville de Seattle, le Board of Health a amendé le *Code of the King County Board of Health*⁴⁴ de façon à rendre obligatoire l'affichage des calories et autres informations nutritionnelles dans certains restaurants.

Depuis le 1^{er} janvier 2009, les restaurants qui font partie d'une chaîne de restauration comptant plus de 15 établissements aux États-Unis et pour lesquels les ventes annuelles totales sont d'au moins 1 million \$ doivent se conformer à cette nouvelle obligation. Par ailleurs, seuls sont visés par la réglementation les items qui sont standardisés, offerts sous la même forme dans au moins 15 établissements et au menu au moins 90 jours par année.

À l'instar de la réglementation en vigueur dans la ville de New York, les dispositions du *Code of the King County Board of Health* prévoient une série de modalités relatives à l'application des dispositions concernant l'affichage des informations nutritionnelles, notamment en ce qui a trait aux buffets, aux comptoirs à salade, aux aliments préemballés et servis tels quels.

La réglementation en vigueur dans le comté de King se distingue toutefois par son exigence relative aux gras saturés, au sodium et aux glucides. En plus de devoir indiquer les calories dans les menus, les restaurateurs doivent faire mention de ces informations dans une police d'écriture d'au moins 9 points. Cependant, seules les calories doivent figurer sur un tableau-menu dans un format au moins équivalent à celui du prix, alors que les informations relatives aux gras saturés, au sodium et aux hydrates de carbone doivent être disponibles dans un document séparé (dépliant, brochure, affiche) disponible sur le lieu de la commande.

De plus, quelques semaines suivant l'application de la réglementation, Public Health - Seattle & King County a mis sur pied la campagne d'éducation relative à l'affichage nutritionnel « Be Informed, Be Healthy » (Public Health Seattle & King County, 2008). Celle-ci incluait des affiches dans les autobus et des annonces publicitaires radiophoniques pour encourager les consommateurs à lire l'information nutritionnelle affichée dans les restaurants et à choisir des items plus faibles en calories. Une trousse éducative a également été conçue pour outiller les organisations communautaires à enseigner aux familles à choisir des items plus sains et plus pauvres en calories au restaurant.

Afin d'assurer le respect de ces nouvelles mesures, des inspecteurs (Environmental health investigators) pourront recommander un professionnel de nutrition publique pour assister les restaurateurs qui ne parviennent pas à répondre aux exigences relatives à l'affichage nutritionnel. De même, les inspecteurs pourront, en cas de violation, suspendre ou même révoquer le permis commercial des restaurateurs pris en défaut⁴⁵.

⁴⁴ Chapitre 5.10, Rule & Regulation No. 08-02, adoption : 17 avril 2008.

⁴⁵ Articles 1.08.180, 1.08.190 *Code of the King County Board of Health*, Rule & Regulation No. 08-02, adoption : 17 avril 2008.

Autres comtés américains

Dans plusieurs autres comtés américains, des projets ont été déposés afin d'obliger les restaurateurs à afficher les calories ou d'autres informations nutritionnelles sur les menus. Tandis que les propositions du District de Columbia et des comtés de Davidson, (Tennessee) et de Montgomery, (Maryland) sont à l'étude, des lois ont été adoptées dans les comtés de Multnomah (Oregon) et de Westchester (New York). Dans le comté de Multnomah, une réglementation semblable à celle en vigueur dans le comté de King (Washington) est opposable à certains restaurateurs depuis le 12 mars 2009⁴⁶. Le comté de Westchester (New York) dispose quant à lui d'une réglementation à l'égard de l'affichage des calories depuis mai 2009⁴⁷.

État de la Californie

Plusieurs projets de loi et d'amendements ont été soumis dans différents États américains afin d'obliger l'affichage des calories et autres informations nutritionnelles dans les restaurants. Entre autres, des propositions ont été déposées en semblable matière dans les 16 états suivants : Arizona, Connecticut, Hawaï, Illinois, Iowa, Kentucky, Maine, Massachusetts, Michigan, New Jersey, Nouveau-Mexique, New York, Pennsylvanie, Tennessee, Vermont et Washington (CSPI, 2008b).

Mais, pour l'instant, seul l'État de la Californie s'est doté d'une telle réglementation qui est entrée en vigueur progressivement depuis le 1^{er} juillet 2009⁴⁸.

En vertu du *Health and Safety Code* de la Californie, les restaurants qui font partie d'une chaîne qui compte au moins 20 établissements du même nom en territoire californien doivent rendre accessibles les informations relatives aux calories, de même qu'à la quantité de sodium, de gras saturés et de glucides contenue dans les items standardisés.

Entre le 1^{er} juillet 2009 et le 31 décembre 2010, les restaurateurs doivent fournir les informations nutritionnelles requises notamment par le biais de brochures présentées aux comptoirs de commandes, sur les tables, ou encore par une feuille insérée dans les menus. À cette étape, une plus grande discrétion est laissée aux restaurateurs qui peuvent choisir le mode de divulgation des informations.

Toutefois, à partir du 1^{er} janvier 2011, les restaurateurs devront respecter le mode d'affichage prescrit par le *Health and Safety Code* en ce qui a trait aux calories. Ainsi, les calories devront être clairement indiquées sur le tableau-menu ou sur le menu, selon le cas.

D'autres modalités sont par ailleurs prévues concernant les combinaisons d'aliments, les variétés de saveurs et formats offerts, les repas de type familial et les commandes à l'auto.

⁴⁶ Chain Restaurant Nutrition Labeling Policy Order 08-114 (Multnomah County).

⁴⁷ Chapitre 708 Laws of Westchester County.

⁴⁸ Section 114087-114094 Health and Safety Code (California).

Enfin, les restaurateurs qui ne respectent pas ces nouvelles dispositions seront passibles d'une amende d'au minimum 50 \$ US et d'au maximum 500 \$ US. Un restaurant ne peut cependant pas être tenu de payer plus d'une amende par inspection.

Initiatives fédérales

Au niveau fédéral, différentes propositions réglementaires ont été soumises, dont l'une est soutenue par la National Restaurant Association (National Restaurant Association, 2009). Évoquant le manque de cohérence entre les juridictions, le National Restaurant Association s'oppose aux réglementations en vigueur et prône l'adoption d'une seule et même loi opposable aux restaurateurs sur l'ensemble du territoire américain. Une mesure standard serait notamment moins lourde à gérer pour les chaînes de restaurants disposant d'établissements qui sont soumis à différentes réglementations. Le projet déposé au Sénat américain, le *Labeling Education and Nutrition Act 2008*⁴⁹ (LEAN Act 2008) vise l'amendement du *Federal Food, Drug and Cosmetic Act*.

Applicable aux restaurants faisant partie d'une chaîne de plus de 20 succursales aux États-Unis, le *LEAN Act* prévoit une obligation plus flexible pour l'affichage des calories, en approuvant plus d'une alternative. En outre, il permet aux restaurateurs d'afficher les calories sur une affiche située à la hauteur des yeux dans la file d'attente menant au comptoir des commandes, contrairement aux réglementations présentées précédemment qui obligent les restaurateurs à afficher les calories sur le tableau-menu lorsqu'il y a en a un.

Un autre projet, le *Menu Education and Labeling Act*⁵⁰ (MEAL Act), vise également l'amendement du *Federal Food, Drug and Cosmetic Act*. De nature plus contraignante que le *LEAN Act*, le *MEAL Act* obligerait notamment les restaurants faisant partie d'une chaîne de plus de 20 succursales aux États-Unis à inscrire à côté du nom de l'item vendu le nombre de calories, la quantité (en grammes) de gras trans et saturés et la quantité de sodium contenu dans une portion. Dans le cas des tableaux-menus, seul le nombre de calories serait obligatoirement inscrit à côté du nom de l'item.

En ce moment, il est difficile de prédire si l'un de ces amendements sera retenu et si oui, lequel. Dans l'affirmative, la modification du *Federal Food, Drug and Cosmetic Act* aura probablement pour effet d'abroger la réglementation en vigueur en raison du principe de préemption (Rutkow et collab., 2008). Selon ce principe, une législation qui émane du palier supérieur doit primer sur la législation de même nature adoptée par des instances inférieures. En l'occurrence, les dispositions comme celles contenues dans le *Health and Safety Code* de la Californie ou du *New York City Health Code* portant sur l'affichage nutritionnel dans les restaurants devraient, à l'adoption d'une loi fédérale à ce sujet, être abrogées. Sachant cela, il sera intéressant de suivre l'évolution de ces propositions dans l'appareil législatif américain afin de connaître le sort réservé aux dispositions en vigueur dans les villes, les comtés ou les États américains.

⁴⁹ Section S. 3575, 110^e Congrès, 2^e session, 25 septembre 2008 (Sénat).

⁵⁰ Section H.R. 3895, 110^e Congrès, 1^{re} session 18 octobre 2007 (Chambre des représentants).

7 DISCUSSION

7.1 CONSTATS GÉNÉRAUX RELATIFS AUX INITIATIVES RECENSÉES

Cette analyse sommaire de la littérature a répertorié, décrit et analysé 26 initiatives volontaires et 20 initiatives législatives visant à améliorer l'environnement alimentaire des restaurants. L'analyse des initiatives volontaires n'a pas permis d'identifier des pratiques prometteuses pour améliorer l'environnement alimentaire des restaurants en raison de la diversité des initiatives, de la faible proportion ayant été évaluée et des limites des évaluations réalisées.

Il est toutefois possible de dégager certains constats sur la nature des initiatives volontaires répertoriées. Celles-ci ont presque toutes utilisé une combinaison de moyens pour améliorer l'environnement alimentaire. Les initiatives ont majoritairement privilégié les critères nutritionnels ou alimentaires en combinaison avec de l'information au point de vente ou de la promotion interne. Pour leur part, les évaluations d'impact sur la consommation de ces initiatives ont rapporté des changements favorables, quoique modestes, de courte durée et souvent non significatifs. Quant aux évaluations d'implantation, elles ont fait ressortir des éléments favorables au succès des initiatives, soient une promotion de l'initiative et un engagement continu des restaurateurs. Certains défis ont également été identifiés par les évaluations d'implantation telles que les différences entre les restaurants indépendants et ceux qui sont exploités en chaîne, et la diversité des critères nutritionnels et alimentaires établis pour qualifier les items comme étant sains. Ce dernier problème suscite un questionnement sur la capacité réelle de certaines initiatives à améliorer les choix des consommateurs ou l'offre alimentaire.

En ce qui concerne les initiatives légales, leur analyse souligne qu'un nombre croissant de mesures légales sont adoptées à différente échelle dans le monde pour limiter les gras trans et pour fournir de l'information nutritionnelle au point d'achat dans les restaurants. Il semble que des initiatives légales à l'échelle locale ou nationale ont le potentiel de susciter des changements plus généralisés dans l'environnement alimentaire que les initiatives reposant sur l'adoption volontaire par les restaurateurs. Il n'est pas surprenant de constater que la nature contraignante des mesures et l'imposition d'amendes en cas de défaut puissent favoriser un meilleur respect par les restaurateurs. De plus, le nombre important de mesures légales actuellement adoptées souligne la faisabilité d'un recours à ce type de stratégie dans le but de favoriser une alimentation plus saine dans la population. Quant à la faisabilité d'implantation des mesures, il semble d'une part possible de diminuer considérablement la présence de gras trans dans les aliments servis au restaurant. Pour ce qui est de l'affichage nutritionnel, on ne peut actuellement commenter la faisabilité d'implantation de cette mesure dans les restaurants, ni identifier la meilleure façon de fournir l'information nutritionnelle au point d'achat. En outre, la portée de ces initiatives sur les apports alimentaires de la population reste à documenter.

7.2 RÉFLEXIONS SUR L'AMÉLIORATION DE L'ENVIRONNEMENT ALIMENTAIRE DES RESTAURANTS

La difficulté à identifier des pratiques prometteuses suite à cette analyse sommaire n'est pas surprenante. En effet, les facteurs influençant l'apport alimentaire sont nombreux, agissent souvent de façon indirecte, et peu d'études scientifiques ont été réalisées jusqu'à présent pour situer et comprendre l'influence de l'environnement alimentaire des restaurants sur l'épidémie d'obésité.

Cependant, plusieurs experts (Sheeshka, 2009; Ludwig et Brownell, 2009; Keystone Center 2006; OMS, 2003b; Booth et collab., 2001), soutenus par un ensemble de connaissances scientifiques en promotion de la santé et en santé publique, identifient comme interventions prioritaires pour la prévention de l'obésité, certaines mesures d'amélioration de l'environnement alimentaire, et ce, malgré un contexte d'évidences scientifiques incomplètes.

Ainsi, le rapport du *Keystone Forum on Away-From-Home Foods : Opportunities for Preventing Weight Gain and Obesity* (2006) propose l'éventail le plus complet de stratégies d'actions perçues comme prometteuses pour améliorer l'environnement alimentaire des restaurants par un groupe d'experts issu de divers milieux (industrie alimentaire, agences gouvernementales, organisations du secteur civique et du milieu universitaire). Dans ce rapport, des recommandations sont émises, accompagnées de conseils pour les opérationnaliser, ce qui en fait un guide utile pour les acteurs du secteur de la restauration et pour les instances de santé publique dans leurs efforts pour améliorer l'offre alimentaire et favoriser des choix plus sains au restaurant.

Trois mesures d'amélioration de l'environnement alimentaire semblent faire consensus auprès des différents groupes d'experts (Sheeshka, 2009; Ludwig et Brownell, 2009; Keystone Center 2006; OMS, 2003b; Booth et collab., 2001). Ces mesures comprennent une augmentation de l'offre d'aliments faibles en calories (ou une diminution de l'offre d'aliments riches en calories) (Keystone Center 2006; OMS, 2003b; Booth et collab., 2001), la provision d'information nutritionnelle au point d'achat (Sheeshka, 2009; Ludwig et Brownell, 2009; Keystone Center 2006; Booth et collab., 2001), et la diminution de l'accès aux portions de grande taille (Booth et collab. 2001; Keystone, 2006). Les connaissances scientifiques concernant chacune de ces mesures sont résumées ici afin de permettre au lecteur de mieux saisir leurs portées et leurs limites potentielles.

1 - L'augmentation de l'offre d'aliments faibles en calories et à haute valeur nutritive ou la réduction de l'offre d'aliments riches en calories et à faible valeur nutritive

Plusieurs études scientifiques suggèrent que les repas consommés au restaurant sont moins sains que ceux consommés à la maison. Une étude menée aux États-Unis rapporte que les aliments consommés au restaurant étaient plus denses en gras, en gras saturé et en sodium que les aliments préparés au foyer (Guthrie, Lin et Frazao, 2002). Ils étaient également plus pauvres en fibres, en calcium et en fer (Guthrie, Lin et Frazao, 2002). Une seconde étude rapporte que les sujets qui avaient mangé dans un restaurant avec service rapide avaient consommé moins de produits céréaliers, de fruits et légumes, de lait et de légumineuses

(Paeratakul et collab., 2003). Ils avaient également consommé davantage de produit à base de viandes, de poulet, de frites et de boissons gazeuses (Paeratakul et collab., 2003). Ces données suggèrent que la fréquentation régulière des restaurants pourrait contribuer à un apport calorique élevé et entraîner à long terme un gain de poids.

Certains suggèrent que les restaurateurs pourraient améliorer l'offre de l'ensemble de leur menu sans en faire la promotion. Cette alternative aurait le potentiel d'influencer les apports alimentaires de toute la population et non uniquement les individus sensibilisés à une saine alimentation (Lone et collab., 2009). Elle aurait aussi l'avantage de limiter les conséquences négatives potentielles relatives à la divulgation d'information nutritionnelle et à la promotion des options « santé » (Lone et collab., 2009; Wansink et Peters, 2007), tel que discuté à la section suivante.

Des études en laboratoire indiquent que la réduction de la densité calorique produit une diminution légère, mais notable de l'apport énergétique (Rolls, Roe et Meengs, 2006; Rolls, Drewnowski et Ledwike, 2005; Yao et Roberts, 2001). En plus, une d'entre elles rapporte qu'une diminution de la densité calorique de l'ordre de 25 % n'était pas perçue par les consommateurs et n'influçait pas leur perception de satiété (Rolls, Roe et Meengs, 2006).

Enfin, il semble qu'une amélioration de la qualité nutritionnelle des menus proposés à l'extérieur foyer puisse favoriser une alimentation plus saine, sans pour autant priver les consommateurs de l'expérience sensorielle recherchée lors de repas au restaurant. Des analyses dans les restaurants du Québec pourraient servir à l'identification de priorités en matière de modification de l'offre alimentaire.

2 - L'affichage d'information nutritionnelle au point d'achat

Malgré l'intérêt manifeste de plusieurs groupes d'experts pour l'affichage nutritionnel au restaurant (Sheeshka, 2009; Larson et Story 2009; Ludwig et Brownell, 2009; Keystone Center 2006; Society for Nutrition Education, 2007; Booth et collab., 2001), ils reconnaissent toutefois que cette stratégie ne peut à elle seule être une panacée face aux défis de l'amélioration de l'environnement alimentaire des restaurants.

Peu de données sont disponibles sur la façon dont les consommateurs utilisent l'information nutritionnelle lors de repas au restaurant et sur l'influence de cette dernière sur les choix alimentaires. Les connaissances scientifiques actuelles suggèrent que l'information nutritionnelle au restaurant serait peu utilisée. En effet, un sondage rapporte que 22 % des Canadiens recherchent de l'information nutritionnelle lorsqu'ils mangent au restaurant comparativement à 57 % qui lisent les étiquettes nutritionnelles des produits alimentaires (Canadian Council of Food and Nutrition, 2008). Un sondage mené au Québec témoigne lui aussi de l'intérêt limité des consommateurs pour l'information nutritionnelle au restaurant. En effet, les Québécois guident davantage leur choix au restaurant par le goût et la saveur (36 % c. 21 % à la maison) que l'aspect santé (11 % c. 26 % à la maison) ou la valeur nutritive (7 % c. 15 % à la maison) (SOM, 2007).

En outre, les études sur l'efficacité de la divulgation d'information nutritionnelle à favoriser des choix plus sains au restaurant rapportent des effets faibles et inconstants (Gerend, 2009; Burton et collab., 2006; Yamamoto et collab., 2005; Stubenitsky et collab., 2000). Une étude

menée avec des étudiants universitaires rapporte que lorsque ces derniers avaient accès à l'information nutritionnelle, les femmes choisissaient des repas et des items plus faibles en calories. Les hommes, quant à eux, n'avaient pas modifié leurs choix de façon significative et les données suggèrent même qu'ils avaient tendance à choisir les items plus caloriques (Gerend, 2009). Ainsi, la présentation d'information nutritionnelle pourrait peut-être décourager la sélection d'aliments sains (Berman et Lavizzo-Mourey, 2008; Aron, Evans et Mela, 1995). En effet, certains consommateurs peuvent avoir des préjugés négatifs à l'égard des items « santé » ou faibles en calories qui peuvent être perçus comme étant moins savoureux ou moins rassasiants.

Les logos identifiant les choix les plus sains au menu de même que le contenu calorique des aliments fournit néanmoins de l'information relativement simple à utiliser, notamment pour comparer les choix offerts (Berman et Lavizzo-Mourey, 2008). Par contre, certaines études suggèrent que les symboles santé pourraient créer une perception exagérée de la nature santé de ces aliments (*health halo*). Ceci pourrait avoir comme effet d'inciter les consommateurs à manger une plus grande quantité d'un aliment (Provencher, Polivy et Herman, 2009) ou à compenser en achetant davantage d'items d'accompagnement (Chandon et Wansink, 2007) et ainsi accroître leur apport énergétique total.

D'autre part, certains experts (Keystone Center, 2006) estiment qu'afin de favoriser des choix sains, l'affichage calorique devrait être accompagné d'information sur les nutriments. Sans cette information, les consommateurs risquent de choisir des aliments moins caloriques qui sont aussi de faible valeur nutritive.

Malgré l'impact incertain de l'accès à l'information nutritionnelle sur le choix alimentaire des consommateurs, cette information pourrait cependant avoir un effet positif indirect sur l'offre alimentaire en influençant les restaurateurs (CSPI, 2009a; Gray, Malla et Perlich, 2005). Par exemple, les restaurateurs qui perçoivent l'affichage nutritionnel comme une mauvaise publicité pouvant leur faire perdre des clients seraient peut-être plus enclins à modifier leur offre alimentaire (Berman et Lavizzo-Mourey, 2008). Ceci contribuerait à améliorer l'alimentation de tous les clients de restaurants, et non pas seulement celle des personnes qui lisent l'information nutritionnelle (Kersh, 2009).

En somme, on constate que des travaux de recherche supplémentaires sont nécessaires pour documenter l'utilisation et la compréhension de l'information nutritionnelle au restaurant, ainsi que son effet sur l'apport calorique et l'existence potentielle de conséquences négatives non anticipées (Keystone Center, 2006).

3 - La réduction de l'accès aux portions de grande taille

La culture actuelle de l'alimentation au restaurant est principalement centrée sur la quantité plutôt que sur la qualité des aliments servis. Cette tendance se reflète par l'offre et le marketing agressif des grosses portions dans les restaurants et par le fait que le coût des gros formats est généralement peu différent de celui des portions plus petites. La littérature scientifique suggère que la taille des portions servies dans les restaurants aux États-Unis a augmenté au cours des dernières années. Certains estiment que, dans les chaînes de restaurants avec service rapide notamment, les portions ont grossi de deux à cinq fois

depuis 50 ans (Young et Nestle, 2003). Une récente étude comparant l'offre alimentaire dans les restaurants à service rapide et à service complet (Binkley, 2008) suggère par ailleurs que les portions des restaurants avec service rapide sont plus petites et contiennent donc moins de calories que celles servies dans les restaurants avec service complet.

L'accessibilité et la promotion des portions de grandes tailles peuvent encourager la surconsommation. En effet, une étude (French et collab., 2001) suggère que pour un coût légèrement plus élevé que celui de la plus petite portion, les gens préfèrent acheter un plus gros format. Ils consomment ainsi davantage de calories et de matières grasses (French et collab., 2001). De plus, la grande taille des portions incite les gens à consommer davantage de calories, notamment en contribuant à la sous-estimation de la valeur calorique des aliments (Wansink et Chandon, 2006). Les résultats de deux études suggèrent que lorsqu'on leur offre une portion 50 % plus grosse qu'une portion habituelle, les gens consomment de 39 % à 43 % plus de calories (Diliberti et collab., 2004). Cette surconsommation semble indépendante du poids de la personne (Rolls, Morris et Roe, 2002) et s'observe aussi chez les enfants (McConahy et collab., 2002).

Outre l'effet des portions de grande taille sur l'apport alimentaire à un repas, des études récentes (Jeffery et collab. 2007; Rolls, Roe et Meengs, 2007) suggèrent que l'exposition chronique à des repas de grand format peut mener à une augmentation soutenue des apports caloriques en raison d'une très faible compensation pour la surconsommation à un repas. Certaines données montrent aussi que les personnes tendent à ajuster davantage leurs apports caloriques en mangeant moins au cours de la journée lorsqu'elles prennent un gros repas dans un restaurant avec service complet comparativement à un repas au restaurant avec service rapide (Binkley, 2008).

Les interventions limitant l'accès aux portions de grande taille peuvent par ailleurs présenter des contraintes diverses pour les restaurateurs. Une étude a été menée auprès de représentants d'établissements de restauration afin d'évaluer la faisabilité de différentes interventions visant la taille des portions (Vermeer, Steenhuis et Seidell, 2009). Cette dernière suggère qu'en général, les participants semblaient moins favorables à une politique de prix proportionnels à la taille des portions ou à une réduction de la taille des portions. Ces derniers associaient des risques importants à ces stratégies, lesquels étaient notamment reliés au fait que le coût des aliments eux-mêmes compte pour une faible proportion du prix total des items vendus qui doit également couvrir d'autres frais, tels que la main d'œuvre et l'équipement. Les participants étaient plus ouverts à offrir une plus grande variété de formats de portions, même si cette mesure était perçue comme étant complexe à implanter (Vermeer et collab., 2009).

Finalement, bien qu'à notre connaissance, les interventions relatives à la taille des portions au restaurant soient peu documentées, tout indique qu'une augmentation de l'accès à des portions plus adéquates puisse prévenir la surconsommation et favoriser un apport énergétique approprié. Des études supplémentaires de la faisabilité d'implantation de ce type de stratégie dans les restaurants et de ses effets sur les choix et les apports alimentaires demeurent nécessaires afin de mieux guider les futures interventions.

Cette courte synthèse de la littérature scientifique entourant les mesures prônées par les groupes d'experts fait ressortir le besoin patent de poursuivre les recherches, notamment celles réalisées au Québec. Des connaissances doivent être développées sur les diverses mesures, notamment leur mise en œuvre et leurs impacts sur le comportement des consommateurs québécois et, plus largement, sur le lien entre le poids et l'environnement alimentaire. Finalement, on ne saurait trop insister sur la nécessité d'évaluer les initiatives mises en place dans les restaurants.

8 CONCLUSION

Le présent document visait à répertorier les initiatives évaluées et non évaluées mises sur pied au Québec et ailleurs dans le monde, à les analyser à la lumière des connaissances scientifiques actuelles en matière d'environnement alimentaire et à en dégager les principaux éléments à prendre en compte dans la planification de projets québécois. Il a été possible de répertorier et d'analyser 26 initiatives volontaires et 20 initiatives légales. Cependant, peu d'éléments ont pu être dégagés pour la planification de projets québécois et l'analyse a soulevé plusieurs questions qui restent sans réponse.

En effet, les initiatives d'amélioration de l'environnement alimentaire au restaurant représentent une piste d'intervention intéressante et prometteuse selon plusieurs experts. Cependant, les connaissances sur l'implantation de différents moyens, leurs impacts et leurs effets indésirables sont peu développées. Certaines initiatives soulèvent des préoccupations relativement aux éventuels coûts engendrés pour les restaurateurs et les consommateurs. Par exemple, une augmentation des coûts liés aux aliments, à la main d'œuvre, aux activités de recherche, de développement et de marketing pourrait être reléguée aux restaurateurs, laquelle serait fort probablement transmise aux clients. Or, les consommateurs ne sont pas nécessairement intéressés ou même en mesure de payer davantage pour des options plus saines. Un groupe d'experts suggère donc que certains de ces coûts (particulièrement ceux destinés aux activités de recherche et développement) soient minimisés par le biais d'une contribution financière d'agences gouvernementales, de groupes de santé et de l'industrie (Keystone Center, 2006).

Par ailleurs, très peu de données existent sur l'applicabilité de ces mesures dans le contexte québécois. Entre autres, au Québec, la majorité des restaurants sont indépendants (75 % vs 25 % exploités en chaînes) (MAPAQ 2009a) ce qui diminue la portée de certaines mesures telles que l'affichage calorique qui est nécessairement associé à une standardisation des recettes. De plus, les chaînes de restaurants qui disposent du plus grand nombre d'établissements sur le territoire québécois offrent de la restauration de type rapide et sont d'origine canadienne ou américaine. Des interventions visant les chaînes de restaurants à service rapide pourraient passer à côté des gros joueurs québécois de la restauration (les chaînes à service complet), lesquels sont pourtant en meilleure position pour mettre en place de nouvelles initiatives. En effet, ces entreprises sont potentiellement plus sensibles à accroître leur responsabilité sociale envers la santé des Québécois. Il n'en demeure pas moins que ce sont les restaurants à service rapide exploités en chaîne qui connaissent la plus forte croissance en termes de nombre d'établissements au Québec.

D'autre part, la présence dans les restaurants d'un environnement favorable à la surconsommation, l'accroissement possible de la fréquentation des restaurants et la consommation plus importante d'aliments de restauration rapide chez certains groupes d'individus soulignent le besoin d'agir dans le milieu de la restauration.

Des changements dans l'environnement alimentaire des restaurants influenceront certainement les autres secteurs de l'alimentation, soit les distributeurs et les transformateurs. Des effets positifs sur la norme sociale qui entoure l'alimentation (conception d'une saine alimentation, taille normale des portions) sont également probables, même si les effets immédiats sur les individus risquent d'être difficiles à détecter.

En conclusion, la modification de l'environnement alimentaire des restaurants, comme toute autre intervention isolée, ne saurait résoudre l'épidémie d'obésité. Dans un contexte de mouvement social plus large et soutenu par un plan d'action impliquant plusieurs secteurs, ce type d'intervention a toutefois le potentiel d'induire un effet systémique à long terme qui soit favorable à l'amélioration de l'alimentation des Québécois et à la prévention des problèmes reliés au poids.

9 RÉFÉRENCES

- À votre santé! et le Centre de ressources en nutrition (2009). *Bienvenue au programme À votre santé!* dans À votre santé! Ontario [En ligne] <http://www.avotresanteontario.ca/>, consulté le 14 janvier 2009.
- Accors Services (2009). *Le programme alimentation et équilibre* dans Alimentation et Équilibre [En ligne] <http://www.alimentationetequilibre.com/Programme/Programme/index.html>, consulté le 19 janvier 2009.
- Acharya, R. N., Patterson, P. M., Hill, E. P., Schmitz, T. G. et Bohm, E. (2006). " An evaluation of the "TrEAT Yourself Well" restaurant nutrition campaign ". *Health Educ Behav*, 33, 309-324.
- Agence de la santé publique du Canada (2009). *Projet LEAN (Low-fat Eating for America Now)* dans Agence de la santé publique du Canada [En ligne] <http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/intervention/203/view-fra.html>, consulté le 27 mars 2009.
- Alberta Health Services (2009). *Evaluation Executive Summary of the Trans Fat Reduction Initiative* dans Calgary Health Region [En ligne] http://www.calgaryhealthregion.ca/publichealth/envhealth/trans_fats/documents/Trans_Fat_Evaluation_Executive_Summary_January_2009.pdf, consulté le 5 juin 2009.
- Anderson, J. et Haas, M. H. (1990). " Impact of a nutrition education program on food sales in restaurants ". *J Nutr Educ*, 22, 232-238.
- Aron, J. I., Evans, R. E. et Mela, D. J. (1995). " Paradoxical effect of a nutrition labeling scheme in a student cafeteria ". *Nutr Res*, 15, 1251-1261.
- Association des restaurateurs du Québec (2005). *Profil et performance de la restauration québécoise*. Association des restaurateurs du Québec.
- ASSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec (2008). *La campagne régionale Saveurs Santé fait des heureux!* dans ASSS de la Mauricie et du Centre du Québec [En ligne] http://www.agencesss04.qc.ca/images/images/communiqué_de_presse/2008/com28_10081.pdf, consulté le 1^{er} décembre 2008.
- ASSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec (2009a). *Événement « Fruits et légumes en vedette » 2009. Des prix reconnaissance pour souligner les efforts et l'importante contribution des restaurateurs en région* dans ASSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec [En ligne] <http://www.agencesss04.qc.ca/sante-publique/alimentation/fruitslegumes.html>, consulté le 9 mai 2009.

- ASSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec (2009b). *Saveurs santé, Mauricie et Centre-du-Québec* dans ASSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec [En ligne] <http://www.agencecsss04.qc.ca/sante-publique/alimentation/saveurs-sante.html>, consulté le 8 mars 2009.
- Ayala, G. X., Rogers, M., Arredondo, E. M., Campbell, N. R., Baquero, B., Duerksen, S. C. et Elder, J. P. (2008). " Away-from-home food intake and risk for obesity: Examining the influence of context ". *Obesity*, 16, 1002-1008.
- Baril, G. (2008). *Les politiques alimentaires en milieu scolaire. Une synthèse de connaissances sur le processus d'implantation*. (Publication N° 773). Institut national de santé publique du Québec.
- Bassett, M. T., Dumanovsky, T., Huang, C., Silver, L. D., Young, C., Nonas, C., Matte, T. D., Chideya, S. et Frieden, T. R. (2008). " Purchasing behavior and calorie information at fast-food chains in New York City, 2007 ". *Am J Public Health*, 98, 1457-1459.
- Berman, M. et Lavizzo-Mourey, R. (2008). " Obesity prevention in the information age: Caloric information at the point of purchase ". *JAMA*, 300, 433-435.
- Binkley, J. K. (2008). " Calorie and gram differences between meals at fast food and table service restaurants ". *Review of Agricultural Economics*, 30, 750-763.
- Binkley, J. K., Eales, J. et Jekanowski, M. (2000). " The relation between dietary change and rising US obesity ". *Int J Obes Relat Metab Disord.*, 24, 1032-1039.
- Boehmer, T., Brownson, R., Haire-Joshu, D. et Dreisinger, M. (2007). " Patterns of childhood obesity prevention legislation in the United States. ". *Preventing Chronic Diseases*, 4, A56.
- Booth, S. L., Sallis, J. F., Ritenbaugh, C., Hill, J. O., Birch, L. L., Frank, L. D., Glanz, K., Himmelgreen, D. A., Mudd, M., Popkin, B. M. et collab. (2001). " Environmental and societal factors affect food choice and physical activity: Rationale, influences, and leverage points ". *Nutr Rev*, 59, S21-S39.
- Bowman, S. A., Gortmaker, S. L., Ebbeling, C. B., Pereira, M. A. et Ludwig, D. S. (2004). " Effects of fast-food consumption on energy intake and diet quality among children in a national household survey ". *Pediatrics*, 113, 112-118.
- Bowman, S. A. et Vinyard, B. T. (2004). " Fast food consumption of U.S. adults: Impact on energy and nutrient intakes and overweight status ". *J Am Coll Nutr*, 23, 163-168.
- Burton, S., Creyer, E. H., Kees, J. et Huggins, K. (2006). " Attacking the obesity epidemic: The potential health benefits of providing nutrition information in restaurants ". *Am J Public Health*, 96, 1669-1675.

- Canadian Council of Food and Nutrition (2006). *Tracking nutrition trends VI*. Canadian Council of Food and Nutrition.
- Canadian Council of Food and Nutrition (2008). *Tracking nutrition trends VII*. Canadian Council of Food and Nutrition.
- CDC (2008). *Healthy Dining Finder Restaurant Logo & Website Program*, (communication personnelle).
- Chandon, P. et Wansink, B. (2007). " The biasing health halos of fast-food restaurant health claims: Lower calorie estimates and higher side-dish consumption intentions ". *Journal of Consumer Research*, 34, 301-314.
- City of Berkeley Public Health Division (2009). *Eat Well Berkeley!* dans City of Berkeley [En ligne] <http://www.cityofberkeley.info/ContentDisplay.aspx?id=11208>, consulté le 15 mai 2009.
- Consumer Focus Scotland (2009). Site de Healthylivingaward [En ligne] <http://www.healthylivingaward.co.uk/>, consulté le 15 mai 2009.
- CRFA (2006). *Projet de loi d'initiative parlementaire C-283 : une recette d'insuccès*. [En ligne] http://www.crfa.ca/news/2006/menu_labelling_debate_heats_up_reasons_to_vote_fr_ench.pdf, consulté le 15 mai 2009.
- CRFA (2009a). *CRFA's Nutrition Information Program* dans Canadian Restaurant and Foodservices Association [En ligne] <http://www.crfa.ca/runningarestaurant/foodandfitnessfacts/nutritioninformationprogram.asp>, consulté le 15 mai 2009.
- CRFA (2009b). *Restaurant industry renews call for federal action on trans fat* dans Canadian Restaurant and Foodservices Association [En ligne] http://www.crfa.ca/aboutcrfa/newsroom/2009/restaurant_industry_renews_call_for_federal_action_on_trans_fat.asp, consulté le 4 mai 2009.
- CRFA (2009c). *Restaurant industry renews call for federal action on trans fat* dans Canadian Restaurant and Foodservices Association [En ligne] http://www.crfa.ca/aboutcrfa/newsroom/2009/restaurant_industry_renews_call_for_federal_action_on_trans_fat.asp, consulté le 15 mai 2009.
- CSPI (2008a). *Most « Volunteers » in Restaurant Industry's Nutrition Information Program Stepped Back Two Paces*, [En ligne] <http://www.cspinet.org/canada/pdf/twopacesback.pdf>, consulté le 15 mai 2009.
- CSPI (2008b). *Nutrition Labeling in Chain Restaurants, State and Local Bills/Regulations 2007-2008* [En ligne] <http://www.cspinet.org/nutritionpolicy/MenuLabelingBills2007-2008.pdf>, consulté le 15 mai 2009.

- CSPI (2008c). *Trans Fat Bans in Restaurants, Trans Fat Ban Laws/Regulations* [En ligne] http://www.cspinet.org/new/pdf/trans_fat_bans_in_restaurants_and_schools_-_pending_legislation_-08.pdf, consulté le 15 juin 2009.
- CSPI (2009a). *Product Reformation: A Beneficial Outcome of Menu Labeling* [En ligne] http://www.cspinet.org/new/pdf/reformulation_fact_sheet.pdf, consulté le 15 juin 2009.
- CSPI (2009b). *Trans fat dans Centre pour la science dans l'intérêt du public* [En ligne] <http://www.cspinet.org/transfat/>, consulté le 3 février 2009.
- Demers, A. et Renaud, L. (1992). "Formative evaluation of a nutritional marketing project in city-center restaurants". *Eval Rev*, 16, 634-649.
- Département de santé communautaire du Lakeshore (1988). *Le Réseau "Menus mieux vivre" : document explicatif à l'intention des restaurateurs et hôteliers, services alimentaires participant au réseau des "Menus mieux vivre"*. Pointe-Claire, Qc.
- DiFrancesco, L. (2006). *Comment réduire ou éliminer les gras trans dans les aliments au menu. Normes et guide de l'utilisateur sur la réduction des gras trans*. Toronto, Association canadienne des restaurateurs et des services alimentaires, 15 p.
- Diliberti, N., Bordi, P. L., Conklin, M. T., Roe, L. S. et Rolls, B. J. (2004). "Increased portion size leads to increased energy intake in a restaurant meal". *Obes Res*, 12, 562-568.
- Duffey, K. J., Gordon-Larsen, P., Jacobs, D. R., Jr., Williams, O. D. et Popkin, B. M. (2007). "Differential associations of fast food and restaurant food consumption with 3-y change in body mass index: the Coronary Artery Risk Development in Young Adults Study". *Am J Clin Nutr*, 85, 201-208.
- Dwivedi, G. H. J. (1999). "Evaluation of the heart smart heart beat restaurant program". *Can J Diet Pract Res*, 60, 156-159.
- Dwyer, J. J. M., Lesley, A. M., Connie, L. U. et Carol, D. (2004). "Eat Smart! Ontario's healthy restaurant program: Focus groups with non-participating restaurant operators". *Can J Diet Pract Res*, 65, 6.
- East Herts Council (2009). *Heartbeat Award* dans East Herts District Council [En ligne] <http://www.eastherts.gov.uk/index.jsp?articleid=296>, consulté le 1^{er} septembre 2008.
- Eckel, R. H., Borra, S., Lichtenstein, A. H. et Yin-Piazza, S. Y. (2007). "Understanding the complexity of trans fatty acid reduction in the American diet: American Heart Association Trans Fat Conference 2006". *Circulation*, 115, 2231-2246.
- Fitzgerald, C. M., Kannan, S., Sheldon, S. et Eagle, K. A. (2004). "Effect of a promotional campaign on heart-healthy menu choices in community restaurants". *J Am Diet Assoc*, 104, 429-432.

- Fitzpatrick, M. P. (1995). *Evaluation of the "Fresh Choice" restaurant-based nutrition program*. Master of sciences, University of British Columbia.
- Fitzpatrick, M. P., Chapman, G. E. et Barr, S. I. (1997). " Lower-fat menu items in restaurants satisfy customers ". *J Am Diet Assoc*, 97, 510-514.
- Fondation des maladies du coeur (2008). *Programme visez santé dans Visez Santé* Fondation des maladies du coeur [En ligne]
<http://www.healthcheck.org/fr/page/restaurant-overview>, consulté le 3 août 2008.
- Forster Coull, L. et Gillis, D. (1988). " A nutrition education program for restaurant patrons ". *J Nutr Educ*, 20, 22B-22C.
- Fourchette verte suisse (2009). Site de Fourchette verte [En ligne]
<http://www.fourchetteverte.ch/>, consulté le 9 janvier 2009.
- French, S. A., Story, M., Neumark-Sztainer, D., Fulkerson, J. A. et Hannan, P. (2001). " Fast food restaurant use among adolescents: associations with nutrient intake, food choices and behavioral and psychosocial variables ". *Int J Obes Relat Metab Disord*, 25, 1823-1833.
- Garriguet, D. (2007). " Canadians' eating habits ". *Health Reports*, 18, 17-32.
- Gerend, M. A. (2009). " Does calorie information promote lower calorie fast food choices among college students? ". *J Adolesc Health*, 44, 84-86.
- Glanz, K. et Hoelscher, D. (2004). " Increasing fruit and vegetable intake by changing environments, policy and pricing: Restaurant-based research, strategies, and recommendations ". *Prev Med*, 39 Suppl 2, S88-S93.
- Glanz, K., Sallis, J. F., Saelens, B. E. et Frank L.D (2005). " Healthy nutrition environments: Concepts and measures ". *Am J Health Promot*, 19, 330-333.
- Gouvernement du Québec (2009). *Fruits et légumes en vedette* dans Gouvernement du Québec [En ligne] <http://www.saineshabitudesdevie.gouv.qc.ca/FetL/>, consulté le 4 mai 2009.
- Gray, R., Malla, S. et Perlich, K. (2005). *Potential Agriculture and Agri-food Business and Economic Impacts of Proposed Limits on Trans Fats in Canada*. Econex Consulting. [En ligne]
http://www4.agr.gc.ca/resources/prod/doc/agr/pdf/PotentialEconomicReport_e.pdf, consulté le 15 mai 2009.
- Green K.L., Steer, S. L., Maluk R.E., Mahaffey, S. M. et Muhajarine, N. (1993). " Evaluation of the heartsmart restaurant program in Saskatoon and Regina, Saskatchewan. ". *Canadian Journal of Public Health*, 84, 399-402.

Groupe d'étude sur les graisses trans (2006). *Transformer l'approvisionnement alimentaire*, p. 35. [En ligne] http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/nutrition/tf-gt_rep-rap-fra.pdf, consulté le 12 septembre 2008.

Groupe d'étude sur les graisses trans (2008). *Deuxième ensemble des données de surveillance, juillet 2008* dans Santé Canada [En ligne] <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/gras-trans-fats/tfa-age2-fra.php>, consulté le 12 septembre 2008.

Groupe Harmonie Santé (2009). Site du Groupe Harmonie Santé [En ligne] <http://www.harmoniesante.com/HS/default.aspx?url=http://www.harmoniesante.com/messagerie/Restaurants.htm>, consulté le 15 mars 2009.

Guthrie, J. F., Lin, B. H. et Frazao, E. (2002). " Role of Food Prepared Away from Home in the American Diet, 1977-78 versus 1994-96: Changes and Consequences ". *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 34, 140-150.

Healthy Dining (2009). Site de Healthy Dining [En ligne] <http://www.healthydiningfinder.com/>, consulté le 15 mars 2009.

Hodge, J., Garcia, A. et Shah, S. (2008). " Legal themes concerning obesity regulation in the United States: Theory and practice ". *Aust New Zealand Health Policy*, 5, 14.

Holsten, J. E. (2009). " Obesity and the community food environment: A systematic review ". *Public Health Nutr*, 12, 397-405.

Horgen, K. B. et Brownell, K. D. (2002). " Comparison of price change and health message interventions in promoting healthy food choices ". *Health Psychol*, 21, 505-512.

Huang, T. T., Drewnowski, A., Kumanyika, S. K. et Glass, T. A. (2009). " A systems-oriented multilevel framework for addressing obesity in the 21st century ". *Prev Chronic Dis*, 6, A97.

Jeffery, R. W., Baxter, J., McGuire, M. et Linde, J. (2006). " Are fast food restaurants an environmental risk factor for obesity? ". *Int J Behav Nutr Phys Act*, 3, 2.

Jeffery, R., Rydell, S., Dunn, C., Harnack, L., Levine, A., Pentel, P., Baxter, J. et Walsh, E. (2007). " Effects of portion size on chronic energy intake ". *Int J Behav Nutr Phys Act*, 4, 27.

Kersh, R. (2009). " The politics of obesity: A current assessment and look ahead ". *Milbank Quarterly*, 87, 295-316.

Keystone Center (2006). *The Keystone Forum on Away-From-Home Foods: Opportunities for Preventing Weight Gain and Obesity*. [En ligne] http://208.72.156.157/~keystone/files/file/about/publications/Forum_Report_FINAL_5-30-06.pdf, consulté le 15 juin 2009.

- Lang, M. et Fekete, J. (2009). *Province rejects ban on trans fats* dans Calgary Herald [En ligne]
<http://www.calgaryherald.com/Health/Province%20rejects%20trans%20fats/1385099/story.html>, consulté le 15 mars 2009.
- Larson, N. et Story, M. (2009). *Menu labeling: Does providing nutrition information at the point of purchase affect consumer behavior? A research synthesis*. Robert Wood Johnson Foundation. [En ligne]
<http://www.rwjf.org/files/research/20090630hermenulabeling.pdf>, consulté le 5 juillet 2009.
- Ledikwe, J. H., Ello-Martin, J. A. et Rolls, B. J. (2005). " Portion sizes and the obesity epidemic ". *J Nutr*, 135, 905-909.
- Lemanski, P. (2009). *Heart Healthy Restaurant Program* dans Center for preventive medicine and cardiovascular health [En ligne]
<http://www.centerforpreventivemedicine.com/restaurants.htm>, consulté le 3 février 2009.
- Leth, T., Jensen, H. G., Mikkelsen, A. Æ. et Bysted, A. (2006). " The effect of the regulation on trans fatty acid content in Danish food ". *Atherosclerosis Supplements*, 7, 53-56.
- Levitsky, D. A. et Youn, T. (2004). " The more food young adults are served, the more they overeat ". *J Nutr*, 134, 2546-2549.
- Lin, B. H., Guthrie, J. et Frazao, E. (1999). " Nutrient contribution of food away from home " dans E. Frazao (Ed.), *Americans eating habits: Changes and consequences*, pp. 213-242. Washington, DC.
- Lone, T. A., Pence, D., Levi, A. E., K.Chan, K. K. et Bianco-Simeral, S. (2009). " Marketing healthy food to the least interested consumers ". *Journal of Foodservice*, 20, 90-99.
- Ludwig, D. S. et Brownell, K. D. (2009). " Public health action amid scientific uncertainty: The case of restaurant calorie labeling regulations ". *JAMA*, 302, 434-435.
- Luo, W., Morrison, H., de Groh, M., Waters, C., DesMeules, M., Jones-McLean, E., Ugnat, A. M., Desjardins, S., Lim, M. et Mao, Y. (2007). " Le fardeau de l'obésité chez les adultes au Canada ". *Maladies chroniques au Canada*, 27, 147-157.
- Macaskill, L. A., Dwyer, J. J., Uetrecht, C. L. et Dombrow, C. (2003). " Eat Smart! Ontario's healthy restaurant program: A survey of participating restaurant operators ". *Can J Diet Pract Res*, 64, 202-207.
- Mango (2007). *Eat Well Mango Restaurant Program Evaluation Summary October 2007*. Régie régionale de la santé de Miramichi (communication personnelle).

MAPAQ (2008). *L'Activité bioalimentaire au Québec, Bilan 2007*, 43 p.

MAPAQ (2009a). *Bottin statistique de l'alimentation, Édition 2008*, 119 p.

MAPAQ (2009b). Nombre d'établissements en restauration et autres établissements au Québec, 1996-2006 [En ligne]
<http://www.mapaq.gouv.qc.ca/NR/rdonlyres/3D92ABA4-DA0A-4FB3-AA60-57E658E3C175/12481/Restaurationnombredentreprises19962007.xls>, consulté le 3 août 2009.

McConahy, K. L., Smiciklas-Wright, H., Birch, L. L., Mitchell, D. C. et Picciano, M. F. (2002). " Food portions are positively related to energy intake and body weight in early childhood ". *J Pediatr*, 140, 340-347.

Mehta, N. K. et Chang, V. W. (2008). " Weight status and restaurant availability a multilevel analysis ". *Am J Prev Med*, 34, 127-133.

Michels, K. B., Bloom, B. R., Riccardi, P., Rosner, B. A. et Willett, W. C. (2008). " A study of the importance of education and cost incentives on individual food choices at the Harvard School of Public Health cafeteria ". *J Am Coll Nutr*, 27, 6-11.

Mongeau, L., Audet, N., Aubin, J. et Baraldi, R. (2005). *L'excès de poids dans la population québécoise de 1987 à 2003*. Montréal, Institut national de santé publique du Québec.

National Restaurant Association (2009). *Public Policy Issue Brief, Issue: Menu Labeling/Nutrition Information* dans National Restaurant Association [En ligne]
<http://www.restaurant.org/government/issues/issue.cfm?issue=menulabel>, consulté le 3 février 2009.

New Foundland and Labrador Heart Health Program (2008). *Heart Smart Restaurant Program* dans New Foundland and Labrador Heart Health Program [En ligne]
http://www.infonet.st-johns.nf.ca/providers/nhhp/docs/heartsmart_dinersguide.html, consulté le 1^{er} septembre 2008.

New York City Board of Health (2009). *Notice of Adoption of an amendment (§81.50) to Article 81 of the New York City Health Code* [En ligne]
<http://www.nyc.gov/html/doh/downloads/pdf/public/notice-adoption-hc-art81-50.pdf>, consulté le 5 juin 2009.

New York City DOHMH (2009a). *94% of Inspected Restaurants in Compliance with First Phase of Trans Fat Regulation* dans The City of New York [En ligne]
<http://www.nyc.gov/html/doh/html/pr2007/pr080-07.shtml>, consulté le 3 février 2009.

New York City DOHMH (2009b). *Final Phase of Trans Fat Regulation Takes Effect Tomorrow* dans The City of New York [En ligne]
<http://www.nyc.gov/html/doh/html/pr2008/pr047-08.shtml>, consulté le 5 juin 2009.

New York City DOHMH (2009c). *Health Department Launches Calorie Education Campaign* dans The City of New York [En ligne] <http://www.nyc.gov/html/doh/html/pr2008/pr066-08.shtml>, consulté le 3 février 2009.

New York State Restaurant Association (2007). Memorandum of law in support of the plaintiff's motion for declaratory relief and a preliminary injunction [En ligne] <http://www.citizen.org/documents/nysrapreliminj.PDF>, consulté le 5 juin 2009.

No trans fat NYC Help Center (2009). Site du No trans fat NYC Help Center [En ligne] http://www.citytech.cuny.edu/notransfatnyc/english/index_en.html, consulté le 3 mars 2009.

OMS (2003a). *Obésité : Prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale*. Genève, OMS.

OMS (2003b). *Diet, Nutrition, and the Prevention of chronic diseases*. Genève, FAO/OMS.

Paeratakul, S., Ferdinand, D. P., Champagne, C. M., Ryan, D. H. et Bray, G. A. (2003). "Fast-food consumption among US adults and children: Dietary and nutrient intake profile". *J Am Diet Assoc*, 103, 1332-1338.

Palmer, J. et Leontos, C. (1995). "Nutrition training for chefs: taste as an essential determinant of choice". *J Am Diet Assoc*, 95, 1418-1421.

Paul, P. M., Novascone, M. A., Ganem, B. C. et Wimpe, P. B. (1989). "Dine to your heart's content": an assessment of the program in Virginia". *J Am Diet Assoc*, 89, 817-820.

Provencher, V., Polivy, J. et Herman, C. P. (2009). "Perceived healthiness of food. If it's healthy, you can eat more!". *Appetite*, 52, 340-344.

Public Health Seattle & King County (2008). *Nutrition labeling starts January 1 in many chain restaurants* dans King County [En ligne] <http://www.kingcounty.gov/healthservices/health/news/2008/08123001.aspx>, consulté le 3 décembre 2008.

Régie régionale de la santé de Miramichi (2007). *Rapport annuel 2006-2007* [En ligne] http://www.rha7.ca/annual_reports/2006_2007_annual_report_f&e.pdf, consulté le 12 septembre 2008.

Renaud, L. et Demers, A. (1992). "Quelques enjeux d'une intervention de marketing nutritionnelle dans des restaurants de Montréal". *Can J Public Health*, 83, 24-30.

Restaurant et Auberge Sainte-Catherine-de-Hatley (2008). *Le chef santé de l'année au Québec* dans Restaurant et auberge Sainte-Catherine-de-Hatley [En ligne] <http://www.restaurantgagnon.ca/chefsantedelanneeauquebec2007.html>; consulté le 1^{er} septembre 2008.

- Restosanté, 2009. Site de Restosanté [En ligne] <http://www.restosante.be>, consulté le 15 mai 2009.
- Robitaille, É., Bergeron, P. et Lasnier, B. (2009). *Analyse géographique de l'accessibilité des restaurants-minute et des dépanneurs autour des écoles publiques québécoises (sous presse)*. INSPQ.
- Rolls, B. J., Drewnowski, A. et Ledikwe, J. H. (2005). " Changing the energy density of the diet as a strategy for weight management ". *J Am Diet Assoc* , 105, S98-103.
- Rolls, B. J., Morris, E. L. et Roe, L. S. (2002). " Portion size of food affects energy intake in normal-weight and overweight men and women ". *Am J Clin Nutr*, 76, 1207-1213.
- Rolls, B. J., Roe, L. S. et Meengs, J. S. (2006). " Reductions in portion size and energy density of foods are additive and lead to sustained decreases in energy intake ". *Am J Clin Nutr*, 83, 11-17.
- Rolls, B. J., Roe, L. S. et Meengs, J. S. (2007). " The effect of large portion sizes on energy intake is sustained for 11 Days ". *Obesity*, 15, 1535-1543.
- Rutkow, L., Vernick, J. S., Hodge, J. G., Jr. et Teret, S. P. (2008). " Preemption and the obesity epidemic: state and local menu labeling laws and the nutrition labeling and education act ". *J Law Med Ethics*, 36, 772-789.
- Sallis, J. F. et Glanz, K. (2009). " Physical activity and food environments: Solutions to the obesity epidemic. ". *Milbank Quarterly*, 87, 123-154.
- Samuels, S. E. (1993). " Project LEAN--lessons learned from a national social marketing campaign. ". *Public Health Reports*, 108, 45-53.
- Santé Canada (2008a). *Programmes d'intervention en nutrition* dans Santé Canada [En ligne] http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/pol/action_healthy_eating-action_saine_alimentation-04-fra.php#9, consulté le 1^{er} septembre 2008.
- Santé Canada (2008b). *Deuxième ensemble de données de surveillance, Programme de surveillance des gras trans* dans Santé Canada [En ligne] http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/gras-trans-fats/tfa-age_sec-data_deux-donn-fra.php#points, consulté le 3 décembre 2008.
- Santé Canada (2009). *Les gras trans* dans Santé Canada [En ligne] <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/gras-trans-fats/index-fra.php>, consulté le 15 mars 2009.
- Skeaff, C. M. (2009). " Feasibility of recommending certain replacement or alternative fats ". *Eur J Clin Nutr*, 63, S34-S49.

Society for nutrition education (2007). *Resolution to Support Nutrition Labeling and Nutritionally Improved Menu Offerings in Fast-Food and Other Chain Restaurants* [En ligne] http://www.sne.org/documents/SNEmenulabelingresolution-final_001.pdf, consulté le 5 juin 2009.

SOM (2007). *Perceptions des Québécois à l'égard des problèmes d'obésité*. Association pour la santé publique du Québec.

Stubenitsky, K., Aaron, J., Catt, S. et Mela, D. (2000). " The influence of recipe modification and nutritional information on restaurant food acceptance and macronutrient intakes ". *Public Health Nutr*, 3, 201-209.

Sheeshka J. (2009). *Les diététistes du Canada, Enjeux d'actualité. L'étiquetage des menus influence-t-il les choix des consommateurs?* [En ligne] http://dietitians.ca/news/frm_resource/imageserver.asp?id=1432&document_type=document&popup=true&contentid=13684, consulté le 3 août 2009.

Swinburn, B. A., Caterson, I., Seidell, J. C. et James, W. P. (2004). " Diet, nutrition and the prevention of excess weight gain and obesity. ". *Public Health Nutr*, 7, 123-146.

Technomic (2009). *Consumer reaction to calorie disclosure on menus/menu boards in New York City, Executive Summary* [En ligne] http://www.cspinet.org/new/pdf/nyc_consumer_reaction_to_calorie_disclosure_-_9-2008_-_kg-rsg_jmw_-_13109.pdf, consulté le 15 mai 2009.

Tjepkema, M. (2005). *L'obésité chez les adultes au Canada : Poids et grandeur mesurés*. (Publication N° 1). Ottawa, Canada, Statistique Canada.

Trans Fat Reduction Initiative Policy (2009). Calgary Health Region. [En ligne] http://www.calgaryhealthregion.ca/publichealth/envhealth/trans_fats/trans_fats_home.htm, consulté le 1^{er} juillet 2009.

Treat Yourself Well (2008). *Research Study Background* dans Treat Yourself Well [En ligne] <http://www.treat-yourself-well.com/research.html>, consulté le 1^{er} septembre 2008.

Treat Yourself Well (2009). Site de Treat Yourself Well [En ligne] <http://www.treat-yourself-well.com/>, consulté le 3 mars 2009.

Vermeer, W. M., Steenhuis, I. H. et Seidell, J. C. (2009). " From the point-of-purchase perspective: A qualitative study of the feasibility of interventions aimed at portion-size ". *Health Policy*, 90, 73-80.

Wansink, B. et Peters, J. C. (2007). " The Food Industry Role in Obesity Prevention " dans Kumanyika, S., Brownson R.C., *Handbook of Obesity Prevention*, Springer US, New York, chap. 9.

- Wansink, B. (2004). " Environmental factors that increase the food intake and consumption volume of unknowing consumers ". *Annu Rev Nutr*, 24, 455-479.
- Wansink, B. et Chandon, P. (2006). " Meal size, not body size, explains errors in estimating the calorie content of meals ". *Ann Intern Med*, 145, 326-332.
- Wenzel, L., Anderson, J., Gregory, S. et Pineda, C. J. (1999). " Identifying healthy menu items: To participate or not to participate in a point of choice program ". *Restaurant Foodservice Marketing*, 3, 63-76.
- Winner's Circle Healthy Dining (2008). *Winner's Circle, A Healthy Dining Program* dans Winner's Circle Healthy Dining [En ligne] <http://www.winnerscirclehealthydining.com/>, consulté le 1^{er} septembre 2008.
- Yamamoto, J. A., Yamamoto, J. B., Yamamoto, B. E. et Yamamoto, L. G. (2005). " Adolescent fast food and restaurant ordering behavior with and without calorie and fat content menu information ". *J Adolesc Health*, 37, 397-402.
- Yao, M. M. D. et Roberts, S. B. P. (2001). " Dietary energy density and weight regulation ". *Nutr Rev*, 59, 247-258.
- Young, L. R. et Nestle, M. (2003). " Expanding portion sizes in the US marketplace: Implications for nutrition counseling ". *J Am Diet Assoc*, 103, 231-234.

ANNEXE 1

**INITIATIVES VOLONTAIRES DE MODIFICATION
DE L'ENVIRONNEMENT ALIMENTAIRE DES
RESTAURANTS N'AYANT PAS ÉTÉ ÉVALUÉES**

INITIATIVES VOLONTAIRES DE MODIFICATION DE L'ENVIRONNEMENT ALIMENTAIRE DES RESTAURANTS N'AYANT PAS ÉTÉ ÉVALUÉES

Québec

Fruits et Légumes en vedette

La campagne Fruits et légumes en vedette (gouvernement du Québec, 2009) s'inscrit dans le PAG ainsi que dans la nouvelle campagne sociétale Au Québec on aime la vie qui sont mis de l'avant par le gouvernement du Québec. La campagne a lieu au cours du mois de la nutrition (mars) et vise à favoriser la saine alimentation en augmentant l'offre de fruits et de légumes dans les restaurants du Québec. Lors de la 4^e édition de l'événement, le MAPAQ et ses directions régionales se sont joints au MSSS et aux agences de la santé et des services sociaux (ASSS) dans les activités d'organisation et de déploiement. Les ASSS, seules ou en collaboration avec leurs directions régionales du MAPAQ, ont recruté les restaurateurs participants. L'Association des jardiniers maraîchers du Québec, l'Association québécoise de la distribution de fruits et légumes, le Conseil de la transformation agroalimentaire et des produits de consommation, l'Association des restaurateurs du Québec et le Conseil des chaînes de restaurant du Québec ont quant à eux collaboré à la campagne en faisant la promotion auprès de leurs membres. Acti-Menu a également contribué à la promotion dans le cadre du Défi santé 5/30.

Pendant la durée de la campagne, les restaurateurs participants doivent offrir davantage de fruits et légumes au menu et dans les mets, mettre en vedette des plats qui contiennent une quantité recommandée de légumes ou de fruits, et identifier ces items dans le menu à l'aide d'un symbole (en forme de feuilles vertes). Les établissements qui offrent un menu destiné aux enfants sont invités à développer un « menu santé pour enfants ».

Les restaurateurs sont également invités à adopter une politique de prix favorisant les choix sains. De plus, un guide visant à faciliter l'ajout de fruits et de légumes au menu, de même que du matériel promotionnel Mettez de la couleur dans votre assiette (autocollant pour la façade, affiches, napperons, affichettes de tables) leur sont fournis. La liste des restaurants participants est présentée sur le site Internet de la campagne (Gouvernement du Québec, 2009). De plus, de la publicité est diffusée à la télévision. Lors de la quatrième édition de l'événement en 2009, près de 700 restaurants y ont participé.

Dans la région Mauricie et Centre-du-Québec, un concours est destiné aux consommateurs qui courent la chance de gagner des chèques-cadeaux échangeables dans l'un des restaurants participants (ASSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2009a). Pour participer au tirage, les consommateurs qui visitent un restaurant participant à l'événement Fruits et légumes en vedette doivent choisir l'une des « suggestions spéciales » du chef identifiées par le symbole de la campagne et répondre à un court questionnaire en ligne au sujet de leur appréciation de leur expérience à ce restaurant. De plus, un « prix du public » est attribué au restaurant ayant été le mieux jugé concernant son offre de fruits et légumes (ASSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2009a).

Saveurs Santé

La campagne promotionnelle Saveurs Santé est une initiative entièrement régionale issue d'un partenariat entre la Direction de santé publique de l'Agence la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, le MAPAQ et la Corporation de développement agroalimentaire-forêt du Centre-du-Québec (ASSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2009b). La campagne fait appel aux restaurateurs de la région et vise à améliorer les habitudes alimentaires de la population en encourageant une plus grande consommation de fruits et légumes et en privilégiant les fruits et légumes produits localement.

Durant le mois de la campagne, les restaurateurs participants doivent concocter un menu spécial, offrir au moins un tiers de fruits et de légumes pour chaque plat Saveurs Santé, développer un « menu santé » pour enfant qui intègre davantage de fruits et de légumes, et mettre en valeur les produits agroalimentaires régionaux. Les plats qui répondent aux critères du programme sont identifiés au menu par un symbole. De plus, des chèques-cadeaux sont tirés parmi les clients qui consomment un plat Saveurs Santé.

La campagne est soutenue par de vastes initiatives de promotion dans toute la région telles que la distribution de dépliants, l'affichage dans les installations du réseau de la santé et des services sociaux et dans les bureaux du MAPAQ, la publicité dans les journaux locaux, la diffusion de messages télévisés et radiophoniques. Le site Internet de la campagne contient des outils à l'intention des restaurateurs pour les guider dans leur démarche, de même que la liste des restaurants participants et les détails du concours à l'intention des consommateurs. En 2008, le nombre de restaurateurs participants s'est élevé à 62.

Lors de la deuxième édition de la campagne en 2008, 12 424 coupons de participation au tirage ont été amassés (ASSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2008). Pour les membres du comité organisateur, ce fort taux de participation témoigne du succès de la campagne.

Menus Mieux Vivre

Réseau Menus Mieux Vivre est une initiative du Département de santé communautaire de l'Hôpital général du Lakeshore dans le cadre de son programme Santé cardio-vasculaire (Département de santé communautaire du Lakeshore, 1988). Ce programme vise à offrir à la clientèle des restaurants de l'Ouest-de-l'Île de Montréal des repas équilibrés et faibles en matières grasses conformes à un régime préventif des maladies cardio-vasculaires.

Les menus des restaurants intéressés par le programme sont recueillis et la valeur nutritionnelle des mets susceptibles de composer les Menus Mieux Vivre est évaluée. Des principes directeurs doivent être respectés concernant l'achat des aliments, la préparation, la cuisson et le service des mets afin de rencontrer une série de critères nutritionnels (contenu en gras totaux et en gras saturés des mets) et alimentaires (taille des portions de viandes, volailles et poissons, et types de matières grasses ajoutées) (voir détails à l'Annexe II). Les items qui respectent les critères relatifs au contenu en matières grasses sont mis en valeur par une carte insérée dans le menu.

Un manuel est fourni aux restaurateurs participants afin de les aider à répondre aux critères du programme. De plus, le programme a créé, en collaboration avec la Boulangerie Première Moisson, le prix du Chef santé de l'année qui souligne le travail accompli par un chef qui a su faire profiter sa clientèle des principes d'une saine alimentation sans rien sacrifier au plaisir de bien manger (Restaurant et Auberge Sainte-Catherine-de-Hatley, 2008).

Action Harmonie Santé

Le Groupe Harmonie Santé est une entreprise privée québécoise qui propose aux restaurateurs un partenariat visant à encourager la saine alimentation dans les restaurants (Groupe Harmonie Santé, 2009). Les restaurateurs qui s'inscrivent à ce programme payant nommé Action Harmonie Santé bénéficient de services d'analyse et de conseils nutritionnels de la part de nutritionnistes. Le but étant que les repas respectent certains critères alimentaires et nutritionnels, notamment en ce qui a trait à leur contenu en légumes et en matières grasses. On demande au personnel de service des restaurants inscrits de suggérer aux clients la version Harmonie Santé des mets au menu, laquelle est équilibrée en termes de proportion de légumes, de viandes et substituts et de produits céréaliers à grains entiers. Les choix approuvés Action Harmonie Santé sont identifiés par un symbole dans le menu.

Au besoin, l'entreprise offre des services nutritionnels personnalisés, par exemple pour l'élaboration des recettes et de menus santé ou pour l'étiquetage nutritionnel. Du matériel promotionnel est fourni aux restaurateurs pour affichage dans leurs établissements ainsi que la liste des restaurants participants. Leurs menus se retrouvent également sur le site internet de l'entreprise.

Canada

Health Check/Visez Santé

Le programme Visez Santé de la FMC du Canada a remplacé le programme Cœur atout (initiative 5.3.2.5) (Fondation des maladies du cœur, 2008). Le programme Visez Santé vise à aider les consommateurs à identifier et à choisir des aliments plus sains dans les épiceries, les restaurants, les chaînes de restauration rapide et les cafétérias. Contrairement au programme Cœur atout, l'analyse nutritionnelle servant à évaluer si les mets correspondent aux critères établis par les diététistes de la FMC constitue un élément central du programme et les frais sont assumés par les restaurateurs.

Les critères à respecter par les participants ont trait au contenu en lipides, en protéines et en sodium, de même qu'aux formats de portions offerts et aux méthodes de préparation des aliments (voir annexe II). Les items respectant ces critères sont identifiés dans le menu par un crochet rouge Visez Santé accompagné du tableau de valeur nutritive et d'un message décrivant ce qui fait de ces items des options saines. Rien n'indique l'existence d'activités de promotion réalisées à l'intérieur ou à l'extérieur des restaurants. Des tests aléatoires sont effectués par les responsables du programme afin de confirmer que les mets Visez santé respectent toujours les critères.

États-Unis et autres pays

Winner's Circle Healthy Dining Program

Le *Winner's Circle Healthy Dining Program* est une initiative communautaire de modification environnementale développée par North Carolina Prevention Partners, un organisme à but non lucratif, en collaboration avec la Division of Public Health, le Department of Health and Human Resources de la Caroline du Nord, ainsi que des partenaires locaux (*Winner's Circle Healthy Dining*, 2008). Elle a été conçue pour favoriser des environnements alimentaires sains pour les consommateurs s'alimentant à l'extérieur du foyer. Plus particulièrement, le programme vise à fournir à différents intervenants en santé (coalitions communautaires locales, agences de santé, hôpitaux et autres) les outils nécessaires afin d'offrir du soutien aux restaurateurs en termes de promotion et d'identification de mets sains. Les régions désireuses d'implanter le programme sont appelées à créer une coalition pour le soutenir. Ils reçoivent ensuite des conseils et des outils de marketing visant à recruter les restaurateurs.

Les participants doivent offrir des menus qui favorisent la consommation de fruits et légumes, de produits céréaliers, de légumineuses, d'aliments et de breuvages riches en calcium, tout en limitant les gras (totaux et saturés), le sodium, le sucre et l'apport en calories. Une analyse nutritionnelle du menu est offerte gratuitement aux restaurateurs. Les items qui correspondent aux critères du programme (composition nutritionnelle et calorique des repas, accompagnements, breuvages et collations) sont identifiés à l'aide d'un symbole (étoile mauve et fourchette d'or). Les critères sont basés sur les recommandations du *Dietary Guidelines for Americans* et des organisations nationales scientifiques telles que l'American Heart Association, la FDA et la USDA. Du matériel promotionnel est offert aux restaurateurs pour utilisation dans leur établissement (autocollant pour la vitrine, affichettes de table) et des membres du programme font de la promotion dans la communauté via différents médias (articles de journaux, nouvelles télévisées ou radiophoniques, affiches, etc.).

Eat Well Berkeley

Eat Well Berkeley ! est un programme financé par les Health and Human Services, la Public Health Division, le *Chronic Disease Prevention Program*, et le *Kaiser Permanente Healthy Eating Active Living Program* de la ville de Berkeley en Californie (City of Berkeley Public Health Division, 2009). Il a été conçu pour supporter et promouvoir les restaurants qui offrent des repas sains.

Les restaurants participants doivent éviter l'utilisation de gras trans et respecter certains critères alimentaires reliés notamment au choix de légumes et de fruits d'accompagnement, aux sources de protéines, aux produits à grains entiers, aux formats de portion des boissons gazeuses et au menu pour enfants. De plus, le menu doit inclure au moins deux mets identifiés *Eat Well* dans le menu ou sur d'autres matériels. Ces mets sont approuvés par une diététiste qui s'assure qu'ils sont équilibrés et qu'ils respectent des critères nutritionnels concernant le contenu en calories, en gras et en gras saturés (voir l'Annexe II).

Du matériel promotionnel du programme (cartes de table, certificat) est utilisé dans les établissements participants et la liste des restaurants participants et des items santé servis est publiée sur Internet et dans des brochures.

Heart Healthy Restaurant Program

Le *Heart Healthy Restaurant Program* est une initiative du Center for Preventive Medicine at Prime Care Physician qui vise à offrir à leurs patients et au public en général un moyen simple et fiable d'identifier les choix « bon pour le cœur » dans une sélection de restaurants des régions de Hudson Valley, Capital District, Saratoga et North County dans l'État de New York (Lemanski, 2009). Les restaurants ciblés offrent une cuisine de type méditerranéen et asiatique traditionnelle.

Les menus sont analysés par des médecins et des diététistes, et les items qui respectent les critères nutritionnels du *National Cholesterol Education Program* sur le gras, incluant les proportions des différents types de matières grasses, sont identifiés par un cœur dans le menu. De plus, les mets sont modifiés afin d'optimiser leur contenu en gras mono-insaturés, en acides gras oméga-3, en phytonutriments et en antioxydants, tout en minimisant le contenu en gras saturés par portion et l'index glycémique. Le respect de ces critères est évalué périodiquement. Bien que le programme ne comporte pas de critères quant aux portions servies en raison des besoins différents pour chaque individu, des exemples de quantité à consommer (proportion du contenu de l'assiette) en fonction de l'apport énergétique quotidien sont recommandés.

Le nom des restaurants participants se trouve sur le site Internet du programme. On y présente aussi les plats recommandés et la proportion à consommer en fonction de différentes tranches de besoins énergétiques. En 2009, une dizaine de restaurants participaient au programme.

Alimentation et Équilibre

Le programme Alimentation et Équilibre a été élaboré par Ticket Restaurant, un programme qui fournit des coupons comme moyen de paiement de déjeuners dans des restaurants affiliés (Accors Services, 2009). L'initiative Alimentation et Équilibre s'inscrit dans les recommandations du programme de santé publique français « Programme National Nutrition Santé (PNNS) » en matière de prévention nutritionnelle. Elle vise à aider les consommateurs à identifier les restaurateurs qui respectent les règles d'une alimentation variée et équilibrée, de même qu'à aider et à inciter les restaurateurs à améliorer la qualité nutritionnelle de leurs plats.

Les restaurants participants doivent offrir au moins un mets conforme aux critères alimentaires établis quant aux ingrédients utilisés, aux méthodes de préparation et à l'équilibre des repas. Il ne semble toutefois pas avoir de critères nutritionnels spécifiques. Les plats conformes sont identifiés dans le menu par un autocollant illustrant la mascotte du programme. Le comité d'experts (composé de nutritionnistes et de restaurateurs) ayant élaboré les critères nutritionnels a aussi produit un guide à l'intention des restaurateurs qui donne les principes de base d'une alimentation variée et équilibrée, de même que quelques menus types.

Du matériel promotionnel (symbole pour la façade, guide) est offert aux restaurateurs et un moteur de recherche sur le site Internet du programme permet aux usagers de repérer les restaurants participants. Un suivi de l'application du programme est assuré par le comité d'expert. Près de 1 400 restaurants sont affiliés au programme Alimentation et Équilibre à travers la France.

Fourchette verte

Le programme Fourchette verte a été créé par Promotion Santé Suisse et par le Dispositif intercantonal pour la prévention et la promotion de la santé (Fourchette verte suisse, 2009). Ces buts sont alignés aux politiques de l'Organisation mondiale de la Santé et de l'Office fédéral de la santé publique en matière d'obésité, de maladies cardio-vasculaires, d'alimentation et d'activité physique en Suisse. Cette organisation vise notamment à développer et à promouvoir l'offre de repas équilibrés dans les services de restauration, de même qu'à améliorer les connaissances en matière d'alimentation et de santé chez les restaurateurs et les consommateurs.

Les restaurants participants doivent respecter certains critères alimentaires tels que limiter l'offre de mets riches en gras à une fois par semaine, offrir des desserts à base de fruits et de produits laitiers et offrir chaque jour des plats équilibrés. Ces derniers sont identifiés par le symbole Fourchette verte dans le menu et doivent respecter des critères alimentaires quant à la proportion d'aliments riches en fibres, en antioxydants, en glucides et en protéines dans l'assiette, de même qu'à la qualité et la quantité des matières grasses utilisées (voir Annexe II). Toutefois, il n'y a pas de critères spécifiques quant au contenu en nutriments.

Du matériel promotionnel est présent dans les établissements et la liste des restaurants participants est affichée sur le site Internet du programme. La formation du personnel de restauration fait partie également du programme. En 2008, plus de 70 restaurants à travers la Suisse étaient approuvés Fourchette verte.

Heartbeat Awards

Le programme *Heartbeat Awards* a été créé par le Health Education Authority et le Department of Health en Angleterre et est supporté par le Health Education Council (East Herts Council, 2009). Il est dirigé localement par des nutritionnistes communautaires et des spécialistes en promotion de la santé dans le cadre d'une stratégie nationale de réduction de l'incidence des maladies cardiovasculaires. Cette initiative vise à accroître l'offre d'items sains dans les services alimentaires (restaurants ou autres) par l'attribution d'un prix de reconnaissance aux établissements qualifiés.

Les critères établis par le programme ont trait à la salubrité des aliments, aux espaces fumeurs, aux méthodes de préparation et de service des aliments, de même qu'à la composition des menus (voir l'Annexe II). On exige notamment la présence d'items faibles en gras et de produits céréaliers à grains entiers. Dans chaque section du menu, le tiers des items offerts doit satisfaire les critères alimentaires fixés afin d'améliorer la teneur en gras, en glucides complexes et en fibres. Il n'y a toutefois pas de critères spécifiques visant à contrôler le contenu en nutriments. Les items conformes sont soit identifiés dans le menu, soit présentés comme tel par le personnel du restaurant au moment de commander. Il ne

semble pas avoir d'activités de promotion réalisées à l'intérieur ou à l'extérieur des restaurants.

Healthyliving

Healthyliving est une initiative du gouvernement écossais en collaboration avec *Consumer Food Scotland* qui vise à encourager l'industrie des services alimentaires à offrir des options saines dans leurs menus (Consumer Focus Scotland, 2009). Le programme inclut des services gratuits pour les établissements participants, dont une évaluation et des conseils pour améliorer leur offre alimentaire.

Pour se qualifier, les restaurants doivent utiliser des méthodes de cuisson et des ingrédients sains, offrir et promouvoir les items sains au menu et avoir une stratégie de marketing et de promotion des ventes qui correspondent aux principes généraux du programme. Les critères alimentaires visent à favoriser les fruits, les légumes et les aliments riches en glucides complexes dans les plats. Par ailleurs, la teneur en gras (surtout en gras saturés), en sucre et en sodium doit être tenue au minimum. Les critères nutritionnels spécifiques à respecter, s'il y a lieu, ne sont toutefois pas documentés. De plus, les items santé, identifiés par un symbole de pomme, doivent représenter au moins la moitié des mets au menu.

Le symbole du programme est également affiché par les restaurateurs pour promouvoir leur certification *Healthyliving*. Outre la liste des restaurants participants présentée sur le site Internet du programme, il n'est pas mention de l'existence d'activités de promotion réalisées à l'extérieur des restaurants. Jusqu'à maintenant, plus de 870 services alimentaires se sont inscrits et plus de 320 ont gagné le prix *Healthyliving Award*. Cette mention est valide pour une période de deux ans, renouvelable après évaluation.

Restosanté

L'initiative belge Restosanté a été développée par *Partenamut* et *Partena Ziekenfonds* en collaboration avec la Ligue Cardiologique Belge et l'Union Professionnelle des Diététiciens de Langue Française (Restosanté, 2009). Elle vise à favoriser une alimentation saine par l'augmentation de la disponibilité d'items santé dans les restaurants belges.

Les établissements participants doivent offrir un menu Restosanté répondant à des critères alimentaires établis par la Ligue Cardiologique Belge et ayant été approuvés des nutritionnistes (voir Annexe II). Les menus santé doivent principalement inclure une source de glucides complexes, une quantité minimale de fruits et légumes ainsi que des viandes et produits laitiers maigres. Ceci vise à limiter le contenu en matières grasses et en protéines des mets. Il n'y a pas de critères spécifiques à respecter quant au contenu en nutriments. Un concours est destiné aux consommateurs qui, en s'inscrivant sur le site Internet du programme, peuvent gagner un des menus santé (repas complet) tirés chaque semaine valable dans les restaurants participants. La liste des restaurants participants est disponible sur le site Internet du programme; on y compte actuellement plus de 70 restaurants.

ANNEXE 2

RÉSUMÉ DES INITIATIVES VOLONTAIRES DE MODIFICATION DE L'ENVIRONNEMENT ALIMENTAIRE DANS LES RESTAURANTS

RÉSUMÉ DES INITIATIVES VOLONTAIRES DE MODIFICATION DE L'ENVIRONNEMENT ALIMENTAIRE DANS LES RESTAURANTS

Titre de l'initiative (Lieu, organisateur, année ou période de mise en œuvre)	Résumé de l'initiative
Québec	
Intervention de marketing nutritionnelle en contexte de restauration - Montréal - Conseil régional de la Santé et des Services sociaux du Montréal Métropolitain/Ministère de la Santé et des Services sociaux - Hôpital général de Montréal - 1989	But : Promouvoir des options faibles en gras et en cholestérol dans les restaurants et augmenter la demande des consommateurs pour ces items. Critères nutritionnels : Offrir au moins un mets qui obtient une « cote » de cholestérol plasmatique inférieure à 16,0 par 1 000 calories lors de l'analyse nutritionnelle. Identification des items santé : Symbole de cœur en mouvement dans le menu. Particularités : Formation du personnel de service. Type de promotion : Promotion des items santé dans les restaurants : encart de menu, affichette de tables, affiche. Promotion hors restaurant : publicité du programme via différents médias (affiche, journaux, radio, télévision, gobelet à café pour distribution dans des édifices à bureau), conférence de presse lors du lancement du programme. Références : Demers, A. & Renaud, L. (1992). Formative Evaluation of a Nutritional Marketing Project in City-Center Restaurants. <i>Evaluation Review</i>, 16, 634-649. Renaud, L. & Demers, A. (1992). Quelques enjeux d'une intervention de marketing nutritionnelle dans des restaurants de Montréal. <i>Canadian Journal of Public Health</i>, 83.
Fruits et légumes en vedette - Provincial - Ministère de la Santé et des Services sociaux - 2006 à aujourd'hui	But : Sensibiliser la population à la présence de fruits et de légumes au restaurant en créant des environnements physiques, sociaux et économiques propices à la consommation de fruits et de légumes dans les lieux de restauration. Critères alimentaires : Offrir un large éventail de menus colorés qui mettent en valeur les fruits et les légumes. Mettre en vedette au menu du midi (obligatoire) : une entrée à base de légumes/fruits, un plat principal comprenant au moins 1/3 légumes/fruits, un dessert à base de fruits. Servir davantage de fruits et légumes dans les mets au déjeuner et au souper. Encourager l'utilisation de produits agroalimentaires régionaux. Identification des items santé : Symbole de feuilles vertes dans le menu. Type de promotion : Promotion au point de vente : autocollant sur la vitrine, affiche à l'intérieur, napperon, affichette de table, symbole « Mettez de la couleur dans votre assiette ». Promotion hors restaurant : liste des restaurants participants sur le site Internet. Durée : 1 mois. Références : http://www.saineshabitudesdevie.gouv.qc.ca/FetL/. http://www.agencecsss04.qc.ca/sante_publicue/fruitslegumes/outils.html. Contact : Hélène Gagnon, MSSS, 418 266-4607.

Titre de l'initiative (Lieu, organisateur, année ou période de mise en œuvre)	Résumé de l'initiative
Saveurs Santé - Québec/ Mauricie et Centre- du-Québec - Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec en collaboration avec d'autres organismes - 2007 à aujourd'hui	But : Améliorer les habitudes alimentaires de la population en incitant les gens à consommer davantage de fruits et légumes et à privilégier, lorsque possible, les fruits et légumes du Québec. Critères alimentaires : Concocter un menu spécial durant la période de la promotion. Offrir au moins un tiers de fruits et de légumes pour chaque plat Saveurs Santé. Mettre en valeur les produits agroalimentaires régionaux, dont les fruits et les légumes. Développer un menu santé pour enfant qui intègre davantage de fruits et de légumes. Identification des items santé : Symbole de fruits et légumes dans le menu. Type de promotion : Promotion au point de vente (affiches). Promotion hors restaurants : campagne promotionnelle régionale (publicités télévisuelle et radiophonique), liste des restaurants participants sur le site Internet de la campagne; concours pour les clients achetant un menu Saveurs Santé. Durée : Un mois. Références : http://www.campagnesaveurssante.com/. Contact : Lise Richard, ASSS Mauricie et Centre-du-Québec, 819 693-3672.
Réseau Menus Mieux Vivre - Montréal - Département de santé communautaire de l'Hôpital général du Lakeshore, Direction de santé publique de Montréal - 1988	But : Offrir des repas avec une teneur en matières grasses réduite de 30 à 50 %. Critères alimentaires et nutritionnels : Teneur en matières grasses : 30 % ou moins de calories sous forme de matières grasses (30-35 g par repas) et 10 % ou moins de calories sous forme de gras saturé (env. 7 g par repas). Offrir des viandes maigres (max. 12 g gras/portion), des huiles et margarines polyinsaturées. Utiliser des méthodes de préparation saines (enlever le gras visible de la viande/volaille, utiliser du lait partiellement écrémé) et des méthodes de cuisson saines (limiter à 10 ml par portion les matières grasses permises, dégraisser les soupes et les sauces). Offrir du lait à 2 % de m.g. ou moins, offrir le choix entre le beurre et la margarine, et des vinaigrettes à base d'huile polyinsaturée (15 ml max.). Limiter les portions de viandes et volailles à 120 g pré-cuisson et les portions de poissons et fruits de mer à 170 g pré-cuisson. Type de promotion : Carte à l'intérieur du menu pour mettre en valeur les items faibles ou modérés en matières grasses. Particularité : Production d'un guide d'achat et d'un compendium sur les matières grasses des produits alimentaires à l'intention des restaurateurs participants; participation à la remise du prix « Chef santé de l'année » qui souligne le travail d'un chef qui a mis en pratique les principes d'une saine alimentation dans son milieu de travail. Références : Département de santé communautaire du Lakeshore (1988). Le Réseau "Menus mieux vivre" : document explicatif à l'intention des restaurateurs et hôteliers, services alimentaires participant au réseau des "Menus mieux vivre". Pointe-Claire, Qc.

Titre de l'initiative (Lieu, organisateur, année ou période de mise en œuvre)	Résumé de l'initiative
Action Harmonie Santé - Groupe Harmonie Santé - (date de début inconnue) à aujourd'hui	But : Encourager la saine alimentation en respectant l'assiette Harmonie Santé, augmenter l'apport en fruits et légumes, diminuer les gras trans et éviter la surconsommation alimentaire. Critères alimentaires : S'assurer que la moitié de l'assiette est composée de légumes. Servir du pain à grains entiers plutôt que du pain blanc au repas. Servir les corps gras à part (vinaigrette, mayonnaise, sauce, beurre). Limiter la quantité de sauce à 30 ml (2 c. à table) par repas. Diminuer la cuisson à la friture, utiliser des huiles mono-insaturées (olive, arachide, canola) lors de la friture et changer les huiles à friture au moins une fois par semaine. Privilégier le lait et le jus aux boissons gazeuses. Identification des items santé : Symbole Harmonie Santé. Type de promotion : Promotion au point de vente (affiche de l'assiette Harmonie Santé, symbole Harmonie santé, promotion de la version Harmonie Santé des repas par le personnel). Promotion hors restaurants : possibilité pour les restaurateurs d'annoncer leurs menus dans le portail Harmonie Santé et avoir une section détaillant ce qu'ils offrent. Particularité : Service payant (tarif annuel de 450 \$). Référence : http://www.harmoniesante.com/HS/partenariats/partenariats_restaurants.htm.
Canada	
To Your Heart's Delight Nova Scotia heart foundation - Nouvelle-Écosse - 1989	But : Mettre en valeur les aliments au menu à basse teneur en lipides, en sel et en sucre. Critères nutritionnels : Faible teneur en lipides, en sel et en sucre selon les Recommandations sur la nutrition pour les Canadiens de 1977. Identification des items santé : Autocollant en forme de cœur dans le menu. Type de promotion : Promotion dans les restaurants : affiche de table, feuille d'information à l'intention du personnel de service, brochures. Durée : Six semaines. Nombre de restaurants participants : Projet de démonstration dans 21 restaurants d'Halifax. Référence : http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/pol/action_healthy_eating-action_saine_alimentation-04-fra.php#9.

Titre de l'initiative (Lieu, organisateur, année ou période de mise en œuvre)	Résumé de l'initiative
Eat Smart!/À votre santé - Ontario - Centre de ressources en nutrition - 1999 à aujourd'hui	But : Augmenter l'offre d'items santé par les restaurateurs et augmenter le nombre de clients qui en font la demande. Critères alimentaires : Offrir un minimum de choix d'aliments sains. Les items sains incluent une portion d'au moins un groupe alimentaire du Guide alimentaire canadien (GAC), sont préparés selon des méthodes de préparation faibles en gras et contiennent des gras majoritairement insaturés et non hydrogénés. Offrir un minimum de mets de viande, volaille, poisson, ou substitut de viande préparé avec une méthode saine (le minimum dépend du total de mets de viande et substituts offerts). Offrir au moins un dessert sain. Offrir au moins 2 produits céréaliers faibles en gras, dont un doit être de grains entiers et/ou une source de fibres. Offrir au moins 6 choix de fruits et légumes préparés ou servis de façon faible en gras. Offrir du lait 2 %, 1 % ou écrémé si du lait est servi. S'il y a un menu pour enfants : offrir du lait ou du jus pur à 100 %. Un repas combiné doit inclure des aliments provenant d'au moins 3 des 4 groupes alimentaires et être préparé de façon saine. Les choix suivants doivent être offerts sur demande, sans frais supplémentaires : les sauces, vinaigrettes, le beurre et la margarine servis à côté des mets; des vinaigrettes faibles en gras; un substitut pour les frites si elles sont incluses dans les mets, y compris les mets pour enfants; le gras de la viande ou la peau de la volaille retirée avant le service; de l'information sur les ingrédients des recettes, lorsque possible; un choix de petites ou demi-portion pour les items réguliers au menu. Identification des items santé : Les restaurants ne peuvent pas utiliser le symbole de cœur sur le menu pour identifier les items santé, car il pourrait être perçu comme une allégation quant à la santé cardiaque. Les organisateurs du programme travaillent à développer une autre façon de mieux diriger le consommateur vers les items santé. Type de promotion : Promotion au point de vente : affiche, autocollant pour la fenêtre, affichette de table, brochure, etc. Promotion hors restaurant : remise de prix, publicité dans les journaux, à la radio et/ou à la télévision, etc. Guide des restaurants « Eat Smart ». Nombre de participants : 788 restaurants. Références : http://www.toronto.ca/health/eatsmart/eatsmart.htm; http://www.eatsmartontario.ca/restaurant; Macaskill, L.A. et al. Eat Smart! Ontario Healthy Restaurant Program: A Survey of Participating Restaurant Operators. <i>Canadian Journal of Dietetic Practice and Research</i> 2003;64,4:202-207; Macaskill, L. et al. An evaluability assessment to develop a restaurant health promotion program in Canada. <i>Health Promotion International</i> 2000;15:57-69. Contact : Samara Foisy SFoisy@opha.qc.

Titre de l'initiative (Lieu, organisateur, année ou période de mise en œuvre)	Résumé de l'initiative
Eat Well!/Mangez bien! (Programme de restaurant Mango) - Nouveau-Brunswick/Miramichi - Programme communautaire de la Régie régionale de la santé de Miramichi - 2002 à aujourd'hui	But : Diminuer le taux d'obésité de 10 % dans la région en facilitant des initiatives pour améliorer les habitudes alimentaires et augmenter l'activité physique. Critères alimentaires : Offrir au moins 2 produits céréaliers riches en fibres (grains entiers, céréales à haute teneur en fibres/peu sucré, pâtes, etc.). Offrir au moins 4 choix de fruits et légumes (fruits, jus de fruits ou légumes 100 %, salade verte, pomme de terre non frite, etc.). Offrir des produits laitiers faibles en gras (lait écrémé, 1 % ou 2 %). Offrir au moins 1 type de viande, volaille ou substitut préparé sans ou avec peu de gras. Offrir au moins 1 choix de dessert faible en gras. Identification des items santé : Symbole autocollant en forme de mangue sur le menu. Type de promotion : Promotion au point de vente : encart de menu, autocollant pour la vitrine, certificat de participation. Publicité hors des restaurants : promotion occasionnelle dans les journaux ou à la radio. Particularité : Vérification faite par des diététistes; aucuns frais d'adhésion; formation du personnel de service sur le contenu du programme. Références : www.ccnpps.ca/docs/Mango%20and%20NCC%20HPP.pdf, www.rha7.ca/annual_reports/2006_2007_annual_report_f&e.pdf. Contact : Jessica McCallum Jessica.McCallum@rha7.ca.
Fresh Choice - Colombie-Britannique - Vancouver Health Department - Restaurateur and Foodservices Association of Greater Vancouver - British Columbia Chef's Association - 1993	But : Augmenter la disponibilité d'items à la fois faibles en gras et savoureux dans les restaurants; fournir de l'information aux consommateurs pour les habiliter à faire des choix éclairés. Critères alimentaires : Offrir au moins trois mets faibles en gras : aliments préparés ou servis avec peu ou pas de matières grasses, viandes maigres, volaille sans peau; plus petites portions de viande, volaille et poisson (< 6 onces); vinaigrettes faibles en gras et servies à part; desserts préparés sans huile, beurre ou margarine. Fournir sur demande aux consommateurs l'information nutritionnelle détaillée sur les mets santé. Identification des items santé : Symbole d'assiette avec inscription <i>Fresh Choice</i> sous forme d'autocollant ou d'étampe dans le menu ou liste des items santé sur des affichettes de table ou encarts de menu. Type de promotion : Matériel promotionnel dans les restaurants : autocollant et étampe pour le menu, affichette de table, encart de menu, brochure, autocollant pour la vitrine. Publicité hors des restaurants : distribution de brochures promotionnelles dans des entreprises et des centres communautaires. Références : Fitzpatrick, M. P. (1995). <i>Evaluation of the "Fresh Choice" restaurant-based nutrition program</i>. Master of sciences University of British Columbia. Fitzpatrick, M. P., Chapman, G. E., Barr, S. I. (1997). Lower-Fat Menu Items in Restaurants Satisfy Customers. <i>Journal of the American Dietetic Association</i>, 97, 510-514.

Titre de l'initiative (Lieu, organisateur, année ou période de mise en œuvre)	Résumé de l'initiative
Heart Smart/Heart Beat/Cœur atout - National - Fondation des maladies du cœur en collaboration avec divers organismes locaux - 1990	But : Offrir aux clients l'opportunité de faire des choix santé (faible en gras et en sodium, riche en fibres) sur demande et de manger dans un environnement sain. Critères alimentaires : Les options suivantes doivent être disponibles sur demande : lait écrémé, vinaigrette légère, margarine molle, sauce à part, petites portions pour les viandes et substituts (120-180 g), pain de grains entiers, viande sans gras visible, volaille sans peau; aliment sans sel ajouté et préparé avec des huiles végétales et margarines non hydrogénées, sans crèmes ou sauces riches (ou pouvant être servi à côté); aliments grillés, cuits au barbecue, rôtis, cuits à la vapeur ou pochés; substitution des frites par une salade, des pommes de terre, du riz ou des légumes ; desserts faibles en gras. Identification des items santé : Symbole de crochet rouge sur le menu. Type de promotion : Promotion dans les restaurants : symbole « Heart Smart », affichette de table, napperon et affiche; Promotion hors restaurants : publicité dans un guide de restaurants et un supplément du journal. Particularités : Analyse des recettes par l'équipe de la Fondation des maladies du cœur. Plusieurs adaptations régionales de ce programme ont été implantées, notamment en Ontario, à Terre-Neuve et en Saskatchewan. Références : http://www.infonet.st-johns.nf.ca/providers/nhhp/docs/heartsmart_dinersguide.html; Dwivedi, G. et J. Harvey. Evaluation of the Heart Smart Heart Beat Restaurant Program. <i>Canadian Journal of Dietetic Practice and Research</i>, 1999;60,3:156-159; Green, K.L. <i>et al.</i> Evaluation of the Heart Smart Restaurant Program in Saskatoon and Regina, Saskatchewan. <i>Canadian Journal of Public Health</i> 1993;84,6:399-402.
Programme d'information nutritionnelle de la CRFA - Table ronde sur la nutrition et la forme physique de la CRFA - 2005	But : Fournir aux consommateurs de l'information nutritionnelle uniforme et facilement accessible. Particularité : Le programme constitue des lignes directrices facultatives pour les restaurants sur la façon de fournir de l'information nutritionnelle. L'information nutritionnelle doit être présentée sous la forme d'un tableau des valeurs nutritives sur des dépliants ou des affiches et sur un site Internet. Les éléments nutritionnels à fournir incluent la teneur en calories, en lipides (saturés, <i>trans</i>, cholestérol), glucides (fibres et sucres), protéines, sodium, vitamines A et C, calcium et fer. Nombre de restaurants participants : En 2009, 33 chaînes de restaurants à travers le Canada étaient inscrites au programme. Références : http://www.crfa.ca/runningarestaurant/foodandfitnessfacts/nutritioninformationprogram.asp.

Titre de l'initiative (Lieu, organisateur, année ou période de mise en œuvre)	Résumé de l'initiative
Visez Santé/Health Check - National - Fondation des maladies du cœur	But : Aider le consommateur à identifier les items santé. Critères nutritionnels : Les restaurants doivent soumettre une analyse nutritionnelle de leurs mets afin de déterminer s'ils correspondent aux critères nutritionnels établis (lipides totaux, lipides saturés, protéines, sodium, portion). Tous les items de menu doivent respecter ces critères à la fois pour la taille de la portion spécifique à <i>Visez santé</i> et pour la taille de la portion prévue au menu. Les critères modifiés prochainement seront une nouvelle norme maximale de 5 % du gras total pour les gras trans (en 2009) et une diminution du critère maximal actuel pour le sodium (en 2010). Autres critères : Instaurer des normes et des procédures de préparation des aliments afin de s'assurer que les aliments soient préparés de la même façon à chaque fois. Accepter que les plats <i>Visez santé</i> soient testés de façon aléatoire afin de vérifier la conformité constante aux critères. Afficher un message explicatif décrivant pourquoi l'item constitue une option saine. Offrir un tableau de la valeur nutritive pour chacun des plats Visez santé offerts. Identification des items santé : Symbole de crochet dans le menu. Particularité : L'évaluation des items du menu et de la préparation des plats se fait par des diététistes de la Fondation des maladies du cœur. La participation à ce programme requiert une contribution financière des restaurateurs. Références : http://www.healthcheck.org/fr/eating-out/eating-out.html.
États-Unis	
Healthy Dining Program - Michigan - Restaurants locaux, système de santé universitaire du Michigan - 1997	But : Identifier et promouvoir des items « bon pour le cœur » dans les restaurants. Critères alimentaires et nutritionnels : Modérer les quantités de gras, de sucre, de sodium et de gras saturés. Augmenter le contenu en fibres alimentaires. Les mets « bon pour le cœur » doivent inclure 2 groupes alimentaires sur 4 (produits laitiers, viandes et substituts, fruits et légumes, et produits céréaliers), et contenir au plus 12 g de gras, et peser au moins 6 onces, incluant un item secondaire pesant moins de 40 g. Identification des items santé : Identification des mets « bon pour le cœur » dans le menu. Type de promotion : Aucune information concernant la promotion n'a été recensée. Références : Fitzgerald, C. M., Kannan, S., Sheldon, S., & Eagle, K. A. (2004). Effect of a promotional campaign on heart-healthy menu choices in community restaurants. <i>J Am Diet Assoc</i>, 104, 429-432.

Titre de l'initiative (Lieu, organisateur, année ou période de mise en œuvre)	Résumé de l'initiative
TrEAT Yourself Well - Californie/San Diego - California Department of Health Services Cancer Prevention and Nutrition Section	But : Encourager les clients à choisir des items santé dans les restaurants en les informant. Critères alimentaires et nutritionnels : Les mets santé doivent inclure au moins deux portions de fruits/légumes et un maximum de 30 % de calories (20 g) provenant des lipides. Type de promotion : Promotion dans les restaurants : affiche de table, affiche, etc. Promotion hors restaurant : activités communautaires (séminaires, dégustation, programme éducatif); distribution d'information à des professionnels de la santé (diététistes, médecins, etc.); publicité à la télévision et dans des magazines. Particularité : Un programme incitatif auprès des serveurs a été instauré pendant 3 mois, où ceux-ci devaient indiquer aux clients les items santé avant de prendre leur commande. Les serveurs étaient payés 2 \$ pour chaque item santé vendu. Une autre mesure incitative avait été mise en place par la distribution de coupon de réduction dans les régions touchées par la campagne promotionnelle. Références : http://www.treat-yourself-well.com/; Acharya, R.N. et al. An Evaluation of the « TrEAT Yourself Well » Restaurant Nutrition Campaign. <i>Health Education & Behavior</i> 2006;33, 3:309-324.
Dine to Your Heart's Delight	But : Aider les restaurateurs à offrir des options saines et à en faire la promotion auprès des consommateurs. Critères alimentaires et nutritionnels : Offrir quatre mets principaux (ou 25 % des mets au menu pour les petits établissements) qui respectent les critères nutritionnels du programme. Des lignes directrices pour les catégories d'aliments suivantes sont spécifiées : viande, volaille et poisson: viande hachée 15 % m.g. maximum et coupes de viande maigre le plus possible, sans gras visible ou peau, et cuit d'une façon faible en gras; portions limitées à 8 onces crues ou 6 onces cuites. Produits laitiers : lait 2 %, 1 % ou écrémé et des portions de fromage de ½ once pour le régulier et de 1 once pour les fromages légers. Entrées : trempette à crudité faible en gras, assiettes de crudités. Vinaigrettes à salade: à base de gras insaturés. Soupes : sans crème et une base faible en sodium. Pains : pas de croissants ou de pains à croute de beurre, d'œufs ou de fromage. Légumes : cuits à la vapeur, au four ou sautés; si en conserve, faible en sodium. Desserts : fruits, yogourt glacé, gâteaux des anges, etc. Aliments spéciaux avec limitation additionnelle: jaunes d'œufs limités à ¼ par portion, condiments, noix, etc. Identification des items santé : Symbole en forme de cœur dans le menu. Type de promotion: Promotion dans les restaurants (affiche de table, autocollant pour la fenêtre, dépliant); Liste des restaurants participants. Particularité : Guide pour les restaurateurs (critères pour la préparation des mets et les ingrédients); Vidéos d'apprentissage pour les cuisiniers et le personnel de table. Références : Anderson, J. & Haas, M. H. (1990). Impact of a nutrition education program on food sales in restaurants. <i>J Nutr Educ</i>, 22, 232-238; Wenzel, L. et al. Identifying Healthy Menu Items : To Participate or Not to Participate in a Point of Choice Program. <i>Journal of Restaurant & Foodservices Marketing</i> 1999;3,2:63-76.

Titre de l'initiative (Lieu, organisateur, année ou période de mise en œuvre)	Résumé de l'initiative
Healthy Dining (Restaurant Program et Finder) - National - Compagnie privée en collaboration avec le National Restaurant Association (NRA) et un financement du Centers for Disease Control and Prevention - 1990 à aujourd'hui	But : Motiver et inspirer les chefs et les restaurateurs à créer et servir un ensemble de mets sains qui mettent l'emphase sur les protéines maigres, les fruits, les légumes et les grains entiers. Critères alimentaires et nutritionnels : Servir au moins un mets principal qui inclut des fruits et/ou légumes, des grains entiers et des protéines maigres. Les mets principaux santé doivent contenir max. 750 kcal, max. 25 g de lipides, max. 8 g de gras saturés. Les entrées, accompagnements et desserts santé doivent contenir max. 250 kcal, max. 8 g de lipides, et max. 3 g de gras saturés, mais si un item excède légèrement un seul de ces critères, cet item peut être approuvé. Mettre en vedette les items à faible teneur en sodium et en cholestérol. Les fritures sont exclues du menu. Identification des items santé : Autocollant dans le menu. Type de promotion : Promotion dans les restaurants : autocollant pour la fenêtre, carte menu laminée, etc. Promotion hors restaurant : vaste campagne de promotion : promotion par des organisations et des professionnels de la santé, campagne de relation publique, promotion du moteur de recherche, publicité dans les journaux, etc.; affichage de la liste des restaurants sur Internet. Références : www.healthydiningfinder.com. Contact : Erica Bohm erica@healthydiningfinder.com.
Eating Away from Home (Dine to your Heart's Content) - National - American Heart Association - 1986	But : Assister les restaurateurs dans la modification, l'ajout et la promotion d'items « bon pour le cœur ». Critères nutritionnels : Les items « bon pour le cœur » doivent correspondre aux critères nutritionnels de l'AHA suivants : max. 10 % gras saturé, 100 mg cholestérol et 800 mg de sodium. Identification des items santé : Symbole de cœur et flambeau sur le menu. Type de promotion : Promotion dans les restaurants : affichette de table, autocollant pour la fenêtre, dépliant, liste des restaurants participants. Particularité : Ateliers de formation sur la préparation de ces mets offerte aux chefs cuisiniers, aux gérants de restaurants ou du département de l'approvisionnement. À noter : Plusieurs adaptations régionales telles que <i>Dine to your Heart's Content</i> en Virginie ont été créées. Références : Paul, P.M. et al. « Dine to Your Heart's Content » : An assessment of the program in Virginia. Journal of the American Dietetic Association 1989;89:817-820. http://findarticles.com/p/articles/mi_m3190/is_7814345; http://query.nytimes.com/gst/fullpage.html?sec=health&res=9C0CE7D9133DF934A25752C0A966958260.

Titre de l'initiative (Lieu, organisateur, année ou période de mise en œuvre)	Résumé de l'initiative
Project LEAN (Low-fat Eating for Americans Now) - National - Henry J. Kaiser Family Foundation et la coalition Partners for Better Health - 1987	But : Diminuer la consommation de gras (à 30 % de l'apport énergétique quotidien) par des campagnes promotionnelles, de la publicité et des programmes dans divers établissements de services alimentaires (restaurants, supermarchés, écoles et cafétérias en milieu de travail). Critères alimentaires : Développer des mets faibles en gras. Identification des items santé : Symbole dans le menu. Type de promotion : Campagne médiatique (journal, télévision, publicité imprimée, babillard) et plusieurs campagnes communautaires promotionnelles. Particularité : Service d'assistance téléphonique pour les consommateurs en matière d'alimentation saine au restaurant. Participation des chefs à la popularisation des méthodes de préparation faibles en gras. Développement d'un guide de recettes faibles en gras par les chefs participants à l'intention des autres chefs et cuisiniers. Offre de six cours (couvrant l'intérêt des consommateurs pour la nourriture faible en gras, l'importance de cette nourriture pour réduire les maladies cardiovasculaires et le cancer et la modification de recettes) pour motiver les chefs à utiliser leur créativité pour développer des plats délicieux et faibles en gras. Références : http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/intervention/203/view-fra.html; Palmer, J. et C. Leontos. Nutrition training for chefs: Taste as an essential determinant of choice. Journal of the American Dietetic Association 1995; 95:1418-1421; Samuels, S.E. Project LEAN: Lessons Learned from a National Social Marketing Campaign. Public Health Report 1993; 108:45-53.
Winner's Circle Healthy Dining Program - Caroline du Nord - North Carolina Prevention Partners, Institute of Public Health, University of North Carolina at Chapel Hill	But : Fournir à différents intervenants en santé (coalitions communautaires locales, agences de santé, hôpitaux et autres) les outils nécessaires afin d'offrir du soutien aux restaurateurs en termes de promotion et d'identification de mets sains. Critères alimentaires et nutritionnels : Les repas doivent contenir : 2 portions de fruits/légumes, 1 portion de produit céréalier ou de légumineuses, ou au moins 245 mg calcium, max. 1 000 kcal, max. 1 000 mg sodium, max. 30 % calories provenant des lipides et max. 10 % des calories provenant des gras saturés. Les breuvages suivants doivent être offerts selon certains critères : eau, eau aromatisée (max. 50 kcal par 8 oz ou 200 kcal par emballage), lait écrémé ou 1 % ou lait de soya 1 %, jus de vrais fruits 50-100 % (max. 12 oz), boissons sportives (max. 100 kcal par 12 oz ou 200 kcal par emballage). Les accompagnements doivent contenir 1 fruit/légume ou 1 portion de produit céréalier ou de légumineuses, ou contenir min. 245 mg calcium, max. 400 kcal, max. 600 mg sodium, max. 30 % calories provenant des lipides et max. 10 % provenant des gras saturés. Les collations doivent contenir max. 200 kcal par emballage, max. 480 mg sodium, max. 30 % calories provenant des lipides, max. 35 % sucre par poids. Les produits à base de lait doivent contenir min. 120 mg calcium par 4 oz et 245 mg par 8 oz ou plus. Identification des items santé : Symbole d'étoile mauve avec une fourchette d'or dans le menu. Type de promotion : Promotion dans les restaurants : autocollants au menu et à la porte. Promotion hors restaurant : campagne médiatique : articles de journaux, nouvelles télévisées ou radiophoniques, affiches, panneaux-réclames communautaires et babillards. Références : http://www.winnerscirclehealthydining.com/; (2002) Neyman, M.R. Practice Notes: Strategies in Health Education. Health Education & Behavior 29,4:405-410.

Titre de l'initiative (Lieu, organisateur, année ou période de mise en œuvre)	Résumé de l'initiative
Eat Well Berkeley - Californie - City of Berkeley Health and Human Services, Public Health Division, Chronic Disease Prevention Program and the Kaiser Permanente Healthy Eating Active Living Program.	But : Supporter et promouvoir les restaurants qui offrent des repas sains. Critères nutritionnels alimentaires et nutritionnels : Aucun gras trans. Servir une portion de fruits ou de légumes en accompagnement. Offrir des viandes maigres préparées de façon saine. Offrir des breuvages autres que des boissons gazeuses à un prix comparable ou moindre. Offrir de la vinaigrette légère et la servir à part. Offrir des options santé au menu pour enfants (fruits ou légumes, pas de frites ni de boisson gazeuse). Respecter 3 des 4 critères suivants : ne pas offrir de boisson gazeuse à volonté ou de format supérieur à 20 onces; servir des grains entiers; limiter de nombre d'items complémentaires au nombre de clients servis et ne pas les servir automatiquement avec du beurre en accompagnement; offrir un choix de dessert comprenant 1 fruit. Les plats principaux doivent contenir une portion de fruit/légume, des grains entiers, et une source de protéine maigre, et contenir moins de 750 calories, moins de 25 g de gras et moins de 8 g de gras saturés. Les accompagnements, entrées ou desserts doivent contenir soit une portion de fruit/légume, des grains entiers ou une source de protéine, et contenir moins de 300 calories, moins de 10 g de gras et moins de 4 g de gras saturés. Identification des items santé : Identification « Eat Well » dans le menu. Type de promotion : Promotion dans les restaurants : autocollant pour les fenêtres, affiche de table. Promotion hors restaurant : liste des restaurants participants et des items de menu qui correspondent aux critères disponibles sur Internet et dans un dépliant. Références : http://www.cityofberkeley.info/ContentDisplay.aspx?id=11208.
Heart Healthy Restaurant Program - New York/Hudson Valley, Capital District, Saratoga et North Country - Center for Preventive Medicine at Prime Care Physicians, P.L.L.C	But : Offrir un moyen simple et fiable d'identifier les items « bon pour le cœur » dans les restaurants qui offrent une cuisine de type méditerranéen et asiatique traditionnel. Critères nutritionnels : Basés sur les critères du National Cholesterol Education Program; < 10 g de gras saturés par portion; maximiser les gras monosaturés, les acides gras oméga-3 et la consommation de phytonutriments et antioxydants naturels; minimiser l'index et la charge glycémiques. Identification des items santé : Symbole de cœur dans le menu. Type de promotion : Liste des restaurants participants disponible sur le site Internet. Particularité : La proportion de la quantité du met servi à consommer par tranche d'apport énergétique recommandé est indiqué pour les items santé sur le site du programme. Références : http://www.centerforpreventivemedicine.com/restaurants.htm.

Titre de l'initiative (Lieu, organisateur, année ou période de mise en œuvre)	Résumé de l'initiative
France	
Alimentation et Équilibre - France (bientôt à l'échelle de l'Europe) - Ticket Restaurant, Accor Services - 2005 à aujourd'hui	But : Promouvoir, dans les restaurants, l'offre de plats qui respectent les règles d'une alimentation variée et équilibrée. Critères alimentaires et nutritionnels : Offrir du poisson, des viandes moins grasses, des féculents, des fruits et légumes, des produits laitiers faibles en gras et sans sucre ajouté. Cuisiner avec peu de gras. Assaisonnements et sauce : limiter la quantité et opter pour des matières grasses végétales (huile d'olive, de colza, de noix), des sauces légères à base de lait ou de fromage blanc maigre, de jus de fruits, d'herbes et de légumes. Les plats doivent contenir max 40 % de protéines et 50 % de féculent ou de légumes (proportion recommandée : 40 % de protéines, 30 % légumes, 30 % de féculent). Identification des items santé : Symbole de la mascotte Gustino dans le menu. Type de promotion : Promotion dans les restaurants (mascotte du programme sur les vitrines et sur les cartes-menus). Promotion hors restaurant : liste des restaurants participants disponible sur le site Internet officiel du programme. Particularité : Un guide, élaboré par un comité d'experts (nutritionnistes et restaurateurs) pour les restaurateurs, donne les principes de base d'une alimentation variée et équilibrée et quelques menus types (avec des recommandations diverses sur les modes de cuisson, les portions, les menus pour enfants, etc.). Des conférences d'information, un suivi et des formations sur le terrain sont offerts aux cuisiniers et au personnel de service. Un logiciel permet l'analyse des items au menu et de leur conformité avec les critères établis. Nombre de restaurants participants : environ 1 500 restaurants. Références : http://www.alimentationequilibre.com/.

Titre de l'initiative (Lieu, organisateur, année ou période de mise en œuvre)	Résumé de l'initiative
Suisse	
La Fourchette verte - Suisse - Promotion Santé Suisse et Dispositif intercantonal pour la prévention et la promotion de la santé (DiPPS) - 1993 à aujourd'hui	But : Développer et promouvoir l'offre de repas équilibrés dans les services de restauration; améliorer les connaissances en matière d'alimentation et de santé chez les restaurateurs et les consommateurs. Critères alimentaires : Offrir un plat du jour ou une assiette équilibrée au menu (le reste du menu est inchangé); pour les adultes, le repas Fourchette verte doit contenir : 1) un aliment riche en protéines selon les quantités suivantes (poids cuits) : 100-120 g de viande, poisson ou crustacés ou 2 œufs ou 150 g de tofu ou 60-80 g de fromage à pâte dure ou molle ou 200 g de fromage frais ou 150 g de légumineuses cuites (50 g poids cru); 2) 200 g de légumes cuits et/ou crus; 3) Un féculent au choix (pain, pommes de terre, pâtes, riz, légumineuses, etc.) et 4) Des matières grasses en quantité limitée et de bonne qualité nutritive. La boisson de table est l'eau. Les mets gras (ex. fritures, charcuteries, pâte feuilletée) ne doivent pas faire partie de l'assiette Fourchette verte. Pour les 4-15 ans, les quantités sont adaptées par tranche d'âge et les desserts à base de fruit et de produits laitiers sont privilégiés. Identification des choix santé : Symbole de la Fourchette verte dans le menu. Type de promotion : Promotion dans les restaurants : diplôme Fourchette verte, affichage de l'autocollant Fourchette verte dans la vitrine, dépliant. Promotion hors restaurant : liste des restaurants participants disponible sur le site Internet. Particularité : Autres critères d'admissibilité : offrir des boissons sans alcool à un prix avantageux; proposer un environnement sain en assurant la protection contre l'exposition à la fumée du tabac. La formation du personnel est également abordée dans le programme. Nombre de restaurants participants : > 300 restaurants. Références : http://www.fourchetteverte.ch.
Royaume-Uni	
Heartbeat Awards - Royaume-Uni - Health Education Authority et Department of Health - 1990 à aujourd'hui	But : Accroître l'offre d'items sains dans les restaurants par l'attribution d'un prix de reconnaissance aux établissements qualifiés. Critères alimentaires : Offrir des mets santé (définis comme étant faible en gras, riche en amidon et en fibres) et adopter des méthodes de préparation plus saines (ex : enlever le gras visible de la viande, réduire la quantité d'huile à la cuisson, permettre au client de contrôler les quantités de sauces, de vinaigrettes et de tartinades riches en matières grasses). Autres critères à respecter : Offrir un environnement sans fumée; former au moins la moitié des manipulateurs d'aliments en matière d'hygiène alimentaire. Identification des items santé : Certains établissements utilisent un symbole afin d'identifier les choix santé au menu. Références : http://www.eastherts.gov.uk/index.jsp?articleid=693; Warm, D.L. et al. The Heartbeat Award Scheme: an evaluation of catering practices. <i>Journal of Human Nutrition and Dietetics</i> 1997;10:171-179.

Titre de l'initiative (Lieu, organisateur, année ou période de mise en œuvre)	Résumé de l'initiative
Healthyliving - Royaume-Uni/Écosse - Gouvernement écossais et Consumer Food Scotland - 2006 à aujourd'hui	But : Réduire l'incidence des maladies cardiovasculaires en augmentant la disponibilité des options d'aliments sains. Critères alimentaires : Au moins 50 % des items au menu doivent être étiquetés comme des mets <i>Healthyliving</i>. Limiter la teneur en sel, en sucre et en gras (surtout gras saturé) des aliments. Rendre les fruits et légumes disponibles et accessibles. Composer les repas d'une proportion importante d'aliments glucidiques. Offrir des options saines et nutritives pour les enfants. Identification des items santé : Symbole de pomme sur le menu. Type de promotion : Les restaurants doivent avoir une stratégie de marketing et de promotion des ventes respectant les principes généraux du prix <i>Healthyliving</i> et encouragent une alimentation plus saine. Particularité : L'enregistrement, l'évaluation, les conseils et les ressources sont gratuits. Nombre de restaurants participants : > 870 services alimentaires. Références : http://www.healthylivingaward.co.uk; http://www.west-dunbarton.gov.uk/environment/environmental-health/health-wellbeing/healthyliving-award/. Contact : Claire Brown Claire.Brown@consumerfocus.org.uk.
Belgique	
Restosanté - Belgique - Partenamut et Partena Ziekenfonds en collaboration avec la Ligue Cardiologique Belge et Union Professionnelle des Diététiciens de Langue Française	But : Encourager et supporter les restaurateurs à offrir des plats sains. Critères alimentaires : Privilégier les glucides complexes (grains entiers, pommes de terre entières, légumineuses), servir des fruits et légumes en quantité d'au moins 250 g pour les 3 services, dont au moins 200 g de légumes), privilégier les poissons, les viandes maigres (pas de gras visible, pas d'abats, charcuteries, limiter les jaunes d'œufs) et les alternatives végétariennes. Privilégier les produits laitiers maigres (éviter les recettes à base de fromage). Limiter les matières grasses et favoriser les huiles de bonne qualité. Limiter les aliments gras et/ou sucrés. Les menus doivent être équilibrés et éviter l'excès de lipides et/ou protéines. Type de promotion : Liste des restaurants participants disponibles sur le site Internet. Références : http://www.restosante.be.

