



Politique sur le sodium

Objectif de la politique :

L'Institute of Medicine of the National Academies (Institut de médecine des académies nationales américaines) ayant établi en matière de sodium alimentaire l'apport suffisant quotidien à 1 200 mg et l'apport maximal tolérable quotidien à 2 300 mg pour les adultes en bonne santé¹, et ces valeurs ayant été acceptées par les gouvernements canadien et américain pour orienter les politiques de santé publique, l'objectif de la présente politique consiste à assurer que les adultes canadiens réduisent leur apport en sodium alimentaire pour qu'il s'insère à l'intérieur de cette fourchette de valeurs.

Justification :

- L'Organisation mondiale de la santé estime que l'hypertension est le principal facteur de risque de décès.
- L'hypertension est le diagnostic le plus fréquemment posé chez les adultes canadiens qui consultent leur médecin de famille.
- Les médicaments antihypertenseurs représentent l'une des catégories de médicaments les plus coûteuses.
- Au Canada, presque 46 % des femmes et 38 % des hommes âgés de 60 ans et plus prennent des antihypertenseurs.
- L'hypertension est un état de santé multifactoriel associé à l'obésité, aux antécédents familiaux, à l'inactivité physique, à l'alcool, au tabagisme et à des facteurs alimentaires, notamment à un apport élevé en sodium.
- Peu d'attention a été portée à l'importance de réduire le sodium alimentaire comme mesure essentielle à la diminution du risque d'hypertension et à sa prise en charge.
- L'alimentation du Canadien moyen contient environ 3 500 mg de sodium par jour.
- L'apport maximal tolérable en sodium est de 2 300 mg par jour, tel que recommandé par l'Institute of Medicine of the National Academies.¹
- On estime qu'un million de Canadiens souffrent d'hypertension attribuable à un excès de sodium alimentaire et que cela génère plus de 430 millions de dollars par année en coûts directs de soins de santé.
- Une diminution de l'apport en sodium alimentaire dans le cadre d'un régime alimentaire sain peut permettre de diminuer considérablement l'incidence de l'hypertension chez les Canadiens dont la pression artérielle est normale. Par conséquent, une approche axée sur la santé de la population pour réduire le sodium alimentaire constitue une stratégie appropriée.

Recommandations :

- Afin d'assurer un apport en sodium favorable à une bonne santé, Pression artérielle Canada et les organismes qui appuient la politique recommandent que le gouvernement canadien :
 - 1) Atteigne l'objectif de réduire l'apport en sodium des adultes canadiens à 1 200 - 2 300 mg par jour d'ici le 1^{er} janvier 2020.¹
 - 2) Établisse des cibles progressives pour les taux de sodium selon les catégories d'aliments.

¹ Voir le Tableau 2 – Recommandations pour un apport en sodium suffisant selon l'âge

- 3) Surveille les progrès vers l'atteinte des cibles de teneur en sodium des aliments d'ici 2012 et 2016 et en rend compte.
 - 4) Établit des systèmes de surveillance efficaces en temps opportun pour suivre le taux de sodium dans l'alimentation des Canadiens et fasse rapport sur ces taux en 2012, 2016 et 2020.
 - 5) Éduque les Canadiens sur les risques pour la santé liés à une consommation élevée de sodium alimentaire et sur la façon de réduire l'apport en sodium dans le cadre d'une saine alimentation.
 - 6) Travaille avec d'autres paliers de gouvernement et les intervenants afin de créer des environnements favorables, y compris des mesures incitatives pour l'industrie alimentaire, menant à la réduction du sodium dans l'alimentation des Canadiens.
 - 7) Établit un groupe de travail multisectoriel pour faciliter et accélérer l'atteinte de l'objectif d'apport en sodium.
- Pour s'assurer que les professionnels de la santé comprennent le besoin de ramener le sodium alimentaire aux taux recommandés, Pression artérielle Canada et les organismes appuyant la politique recommandent que les organismes de professionnels de la santé éduquent leurs membres au sujet :
 - 1) des risques pour la santé liés à un excès de sodium alimentaire;
 - 2) de la façon de diminuer l'apport en sodium dans le cadre d'une saine alimentation et
 - 3) de la façon de conseiller les patients/clients à réduire l'apport en sodium.

Contexte :

L'Organisation mondiale de la santé estime que l'hypertension représente le principal facteur de risque de décès dans le monde (1). Cela est en partie attribuable au fait que l'hypertension est courante, puisqu'elle atteint presque le quart de la population adulte mondiale (1), et aussi en partie parce que la prise en charge de l'hypertension est sous-optimale. Une proportion importante des patients hypertendus au Canada ne savent pas que leur pression artérielle est élevée et un grand nombre de ceux qui le savent ne reçoivent pas de traitement ou ne sont pas traités adéquatement (2). En fait, seulement une petite minorité des patients hypertendus sont traités selon les taux cibles recommandés (2).

Au Canada et aux États-Unis, l'hypertension est le diagnostic le plus fréquemment posé lorsqu'un adulte consulte un médecin de famille. Les médicaments antihypertenseurs représentent l'une des catégories de médicaments les plus coûteuses. L'Organisation mondiale de la santé et des organismes nationaux ont réclamé une amélioration du diagnostic, du traitement et de la gestion de l'hypertension à titre de mesures rentables afin de diminuer la morbidité et la mortalité (3). Cependant, l'amélioration de la prise en charge de l'hypertension nécessitera des ressources considérables et entraînera des dépenses substantielles qui pourraient être inabordables lorsque la population est vieillissante (4). Présentement au Canada, presque 46 % des femmes et 38 % des hommes âgés de 60 ans et plus prennent des antihypertenseurs (5).

Bien que l'hypertension soit un état de santé multifactoriel associé à l'obésité, aux antécédents familiaux, à l'inactivité physique, à l'alcool, au tabagisme et à des facteurs alimentaires, notamment à un apport élevé en sodium (6-8), on a accordé peu d'attention à l'importance de diminuer le sodium alimentaire comme mesure clé pour réduire le risque d'hypertension. La plupart des Canadiens consomment beaucoup plus de sodium que nécessaire pour leur santé. Les résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Nutrition de 2004 ont révélé que parmi les personnes âgées de 19 à 70 ans, plus de 85 % des hommes et 60 % des femmes avaient des apports en sodium excédant l'apport maximal tolérable recommandé. Les hommes consommaient plus de sodium que les femmes, leur apport s'élevant à plus de 4 000 mg/jour tandis que chez les femmes âgées de 19 à 30 ans l'apport en sodium s'élevait à plus de 2 700 mg/jour (9).

Les lignes directrices nationales ont mis l'accent sur l'importance du counselling visant à favoriser la modification du mode de vie auprès des patients, à la fois pour la prévention de l'hypertension et pour la prise en charge de celle-ci (8,10). Cependant, même dans le cadre d'essais cliniques rigoureux déployant des ressources importantes pour le counselling individuel, seules des améliorations très modestes de la prévention de l'hypertension ont été constatées (11). De plus, malgré les recommandations nationales et internationales à l'intention du public sur l'amélioration de l'alimentation et du niveau d'activité physique et sur le maintien d'un poids santé, l'obésité a atteint le statut d'épidémie à cause des mauvaises habitudes alimentaires et du

manque d'activité physique (12). Alors que les modifications du mode de vie doivent être à la base de la prise en charge et de la prévention efficaces de l'hypertension, on assiste à une prise de conscience grandissante du besoin de fonder les interventions en santé publique sur des approches plus globales. Une approche globale vise de multiples niveaux, notamment les facteurs intrapersonnels (motivation, habiletés), les processus interpersonnels (soutien social, normes sociales), les facteurs organisationnels (politiques en milieu de travail), les facteurs communautaires et les politiques publiques (mesures volontaires ou réglementaires, incitatifs fiscaux) (13). Une vaste stratégie est nécessaire, appuyée par des politiques et des règlements appropriés qui abordent les déterminants clés de la santé, y compris l'activité physique, les autres facteurs alimentaires et le poids santé (14). Bien que des démarches soient en cours pour faire face à certaines de ces questions, l'enjeu que constitue le sodium alimentaire n'a été l'objet d'aucune autre stratégie jusqu'à ce jour.

De nombreux organismes internationaux et nationaux ont réclamé la réduction du sodium alimentaire comme moyen de prendre en charge et de prévenir l'hypertension. Parmi les exemples de ces recommandations figurent :

- L'une des peu nombreuses recommandations de l'Organisation mondiale de la santé pour améliorer la santé de la population était de réduire le sodium alimentaire (3). L'OMS a demandé aux gouvernements d'adopter des règlements sur les additifs alimentaires au sodium (3). Récemment, une conférence organisée par l'OMS a recommandé que l'apport en sodium alimentaire devrait être inférieur à 2 000 mg/jour (15).
- Les organismes de santé cardiovasculaire internationaux et nationaux ont recommandé la réduction de l'apport en sodium alimentaire.
 - L'American Heart Association (16) et l'American Public Health Association ont réclamé des réductions de 50 % des additifs alimentaires au sodium.
 - L'American Medical Association a demandé que le gouvernement américain retire le sodium de la catégorie « généralement reconnue comme étant sans danger » (17).
 - Également, au Royaume-Uni, le Scientific Advisory Committee on Nutrition a recommandé des réductions substantielles du sodium alimentaire (18).
- Les gouvernements canadien et américain ont « adopté » les apports suffisants et les apports maximaux tolérables en sodium alimentaire recommandés par l'Institute of Medicine (19) comme étant compatibles avec une bonne santé. De nombreux autres gouvernements des pays développés (20) ont fait des recommandations similaires. Afin que l'apport en sodium alimentaire par les Canadiens se situe dans cette fourchette, il faudrait que l'industrie alimentaire réduise de façon significative le sodium dans l'approvisionnement alimentaire.

La réduction de l'apport en sodium constitue un mécanisme grâce auquel la pression artérielle moyenne de la population canadienne pourrait être abaissée. Des méta-analyses ont indiqué qu'une réduction « modeste » de 1 840 mg/jour du sodium alimentaire permettrait d'abaisser la pression artérielle de 5,1/2,7 mmHg, une réduction plus draconienne du sodium alimentaire permettrait une diminution de la pression artérielle encore plus importante (21,22). À ce titre, une réduction de l'apport de sodium dans une population par une baisse des additifs alimentaires au sodium s'inscrit favorablement parmi les moyens destinés à abaisser la pression artérielle moyenne dans la population et pourrait diminuer la prévalence de l'hypertension d'un pourcentage allant jusqu'à 30 % (23,24) (tableau 1). On estime qu'une réduction de la pression artérielle systolique de 5 mmHg permet de prévenir un sur sept décès causés par un AVC, un décès coronarien sur 11 et un sur 14 décès, toutes causes confondues (10). Par ailleurs, une réduction du sodium alimentaire de 1 840 mg permettrait à plus d'un million de Canadiens hypertendus d'avoir une pression artérielle normale et d'épargner 400 millions de dollars par année en coûts de soins de santé rien que par la diminution du nombre de visites chez le médecin pour l'hypertension, des tests de laboratoire et des dépenses en médicaments (23).

Tableau 1 : Réduction potentielle des décès et des cas d'hypertension au Canada par une réduction du sodium alimentaire de 1 840 mg/jour

Maladie	Bénéfice
Décès dus à un AVC	Prévention de 1 sur 7 décès
Décès dus à une maladie coronarienne	Prévention de 1 sur 11 décès
Décès toutes causes confondues	Prévention de 1 sur 14 décès
Hypertension	Prévention de 1 sur 6 cas d'hypertension

Le régime alimentaire canadien moyen quotidien contient environ 3 500 mg de sodium (9). Selon un document produit par l'Institute of Medicine of the National Academies (25) auquel ont contribué des scientifiques canadiens et américains, l'apport suffisant (AS) en sodium quotidien a été établi à 1 500 mg pour les personnes âgées de 9 à 50 ans. Bien qu'il ait été reconnu que l'équilibre sodique puisse être maintenu avec des apports en sodium beaucoup plus bas (p. ex., 500 mg de sodium/jour), ces apports très faibles n'ont pas été retenus dans les recommandations pour trois raisons :

- L'approvisionnement alimentaire actuel en Amérique du Nord ne permet pas de combler les apports recommandés pour d'autres nutriments si les apports en sodium sont si bas.
- Certaines études ont signalé des effets indésirables sur les concentrations de lipides dans le sang quand l'apport en sodium est extrêmement bas.
- Un apport de 1 500 mg/jour permet la perte de sodium dans la sueur des personnes qui font des efforts physiques modérés. Les recommandations pour un apport suffisant en sodium selon l'âge figurent au tableau 2. Certains Canadiens pourraient avoir besoin d'un apport en sodium plus faible ou plus élevé pour être en bonne santé.²

Tableau 2 : Recommandations pour un apport en sodium suffisant selon l'âge

Âge	Apport en sodium par jour (mg)
0-6 mois	120
7-12 mois	370
1-3 ans	1 000
4-8 ans	1 200
9-50 ans	1 500
50-70 ans	1 300
> 70 ans	1 200

Les risques additionnels pour la santé associés à un excès de sodium alimentaire comprennent la gravité et la fréquence accrues des cas d'asthme, d'ostéoporose, de cancer de l'estomac et de calculs rénaux et l'aggravation des signes et symptômes de l'insuffisance cardiaque congestive. La réduction du sodium alimentaire est recommandée pour les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque symptomatique (26) et l'inobservation d'un régime alimentaire pauvre en sodium est une cause d'exacerbation de l'insuffisance cardiaque et d'hospitalisation. L'insuffisance cardiaque congestive est la principale cause d'hospitalisation chez les Canadiens âgés de plus de 65 ans. Par conséquent, tout effet positif qu'aurait la réduction du sodium sur l'aggravation des symptômes d'ICC contribuerait grandement à réduire les pressions sur le système de santé canadien déjà surchargé (27).

L'apport élevé en sodium alimentaire chez les Canadiens est un problème de santé important. Une coalition d'organismes (voir annexe 2) et d'individus a vu le jour afin d'améliorer la santé des Canadiens par des stratégies et des tactiques visant à réduire l'apport en sodium alimentaire au Canada à des valeurs se situant à l'intérieur de la fourchette entre l'apport suffisant et l'apport maximal tolérable. En particulier, on croit qu'un engagement marqué du gouvernement menant à des réductions graduelles du sodium alimentaire constitue un élément clé dans cet effort en vue d'améliorer la santé des Canadiens et de réduire les coûts liés aux soins de santé. La réduction volontaire des additifs alimentaires au sodium par l'industrie alimentaire jouera un rôle important et des rencontres préliminaires ont eu lieu avec des entreprises de transformation des produits

² L'apport estimatif est de 3 119 mg/jour plus le sel ajouté à table et lors de la cuisson pour un total d'environ 3 500 mg/jour.

alimentaires. L'éducation des professionnels de la santé, du grand public et des patients atteints de maladies cardiovasculaires, cérébrovasculaires et rénales est essentielle pour s'assurer que les Canadiens comprennent et appuient cette initiative. La diffusion large, l'appui, la promotion et la défense de ce document de politique sont des éléments de cette stratégie globale visant à avoir un impact positif sur la santé des Canadiens en réduisant l'apport en sodium alimentaire.

Plusieurs documents indiquent la teneur en sodium en mmol, mg ou mg de chlorure de sodium. Voici les équivalences entre ces mesures :

Annexe 1 – Différentes mesures du sodium et du sel*

Sodium (mg)	Sodium (mmol)	Sel (g)
500	22	1,25
1 500	65	3,75
2 000	87	5,0
2 300	100	5,8
2 400	104	6,0
3 000	130	7,5
4 000	174	10

*Une cuillère à thé de sel contient environ 2 300 mg ou 1 000 mmol de sodium.

Annexe 2 – Organismes membres de la Coalition sur le sodium

Société canadienne d'hypertension
Société canadienne de cardiologie
Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires
Conseil canadien des infirmières(iers) en nursing cardiovasculaire
Société canadienne de néphrologie
Les diététistes du Canada
Fondation des maladies du cœur du Canada
Pression artérielle Canada

LES ORGANISMES SUIVANTS APPUIENT CETTE POLITIQUE :



Canadian Stroke Network

Réseau canadien contre
les accidents cérébrovasculaires



Dietitians of Canada
Les diététistes du Canada

Canadian
Council of
Cardiovascular
Nurses



Conseil canadien
des infirmières(iers)
en nursing
cardiovasculaire



FONDATION
DES MALADIES
DU CŒUR
DU CANADA

À la conquête de solutions.



The College of
Family Physicians
of Canada

Le Collège des
médecins de famille
du Canada



CANADIAN
PHARMACISTS
ASSOCIATION

ASSOCIATION DES
PHARMACIENS
DU CANADA



CPHA ACSP

CANADA'S PUBLIC HEALTH LEADER
LE LEADER CANADIEN EN SANTÉ PUBLIQUE

ASSOCIATION
MÉDICALE
CANADIENNE



CANADIAN
MEDICAL
ASSOCIATION

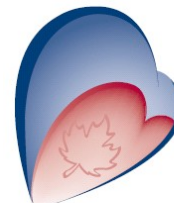


Canadian Cardiovascular
Society

Leadership. Knowledge. Community.

Société canadienne
de cardiologie

Communauté. Connaissances. Leadership.



CHFNI/RCIC

Canadian Heart Failure Network
Réseau Canadien d'Insuffisance Cardiaque



CANADIAN
NURSES
ASSOCIATION

ASSOCIATION
DES INFIRMIÈRES
ET INFIRMIERS
DU CANADA



CANADIAN
DIABETES
ASSOCIATION

ASSOCIATION
CANADIENNE
DU DIABÈTE

Reference List

- (1) Lawes CMM, Vander Hoorn S, Law MR, Elliott P, MacMahon S, Rodgers A. Blood pressure and the global burden of disease 2000. Part II: Estimates of attributable burden. *J Hypertens*. 2006;24:423-30.
- (2) Joffres MR, Ghadirian P, Fodor JG, Petrasovits A, Chockalingam A, Hamet P. Awareness, Treatment, and Control of Hypertension in Canada. *Am J Hypertens*. 1997;10:1097-102.
- (3) World Health Organization. *The World Health Report 2002*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2002.
- (4) Mohan S, Campbell N, Chockalingam A. Management of hypertension in low and middle income countries: Challenges and opportunities. *Prevention and Control*. 2005;1:275-84.
- (5) Onysko J, Maxwell C, Eliasziw M, Zhang J, Johansen H, Campbell N. Large Increases in Hypertension Diagnosis and Treatment in Canada Following a Health Care Professional Education Program. *Hypertension*. 2006;48:853-60.
- (6) Touyz RM, Campbell N, Logan A, Gledhill N, Petrella R, Padwal R et al. The 2004 Canadian recommendations for the management of hypertension: Part III - Lifestyle modifications to prevent and control hypertension. *Can J Cardiol*. 2004;20:55-59.
- (7) Hemmelgarn BR, McAlister FA, Grover S, Myers MG, McKay DW, Bolli P et al. The 2006 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension: Part 1 - Blood pressure measurement, diagnosis and assessment of risk. *Can J Cardiol*. 2006;22:573-81.
- (8) Khan NA, McAlister FA, Rabkin SW, Padwal R, Feldman RD, Campbell NRC et al. The 2006 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension: Part II - Therapy. *Can J Cardiol*. 2006;22:583-93.
- (9) Garriguet D. Sodium consumption at all ages. *Health Reports*. 2007;18:47-52.
- (10) Whelton PK, He J, Appel LJ, Cutler JA, Havas S, Kotchen TA et al. Primary Prevention of Hypertension. Clinical and Public Health Advisory From the National High Blood Pressure Education Program. *JAMA*. 2002;288:1882-88.
- (11) Hooper L, Bartlett C, Smith GD, Ebrahim S. Systematic review of long term effects of advice to reduce dietary salt in adults. *BMJ*. 2002;325:628-37.
- (12) Katzmarzyk PT, Mason C. Prevalence of class I, II and III obesity in Canada. *CMAJ*. 2006;174:156-57.
- (13) Raine, Kim D. *Overweight and Obesity in Canada. A Population Health Perspective*. pg 41. 2004. Ottawa, Canada, Canadian Institute for Health information.
- (14) Chockalingam A, Campbell N, Ruddy T, Taylor G, Stewart P. Canadian National High Blood Pressure Prevention and Control Strategy. *Can J Cardiol*. 2000;16:1087-93.
- (15) World Health Organization. *Reducing Salt Intake in Populations: Report of a WHO Forum and Technical Meeting 5-7 October, 2006 Paris, France*. 1-65. 2007. Geneva, Switzerland, World Health Organization.
- (16) Appel LJ, Brands MW, Daniels SR, Karanja N, Elmer PJ, Sacks FM. Dietary Approaches to Prevent and Treat Hypertension: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Hypertension*. 2006;47:296-308.

- (17) Warner, Melanie. The War Over Salt. New York Times , C1. 9-13-2006.
- (18) Scientific Advisory Committee on Nutrition. Salt and Health. 1-134. 2003. Norwich, UK, The Stationery Office.
- (19) Health Canada. Dietary Reference Intakes: Reference Values for Elements. 2005. Ottawa, Health Canada.
- (20) World Health Organization Nutrition and Food Security Programme. Food Based Dietary Guidelines in the WHO European Region. 1-38. 2003. Copenhagen, Denmark, World Health Organization.
- (21) He FJ, MacGregor GA. Effect of longer-term modest salt reduction on blood pressure. Cochrane Database Syst Rev. 2004;1-64. **updated in 2006
- (22) He FJ, MacGregor GA. How Far Should Salt Intake Be Reduced? Hypertension. 2003;42:1093-99.
- (23) Joffres M, Campbell NRC, Manns B, Tu K. Estimate of the benefits of a population-based reduction in dietary sodium additives on hypertension and its related health care costs in Canada. Can J Cardiol. 2007; [In press].
- (24) Geleijnse JM, Grobbee DE, Kok FJ. Impact of dietary and lifestyle factors on the prevalence of hypertension in Western populations. J Hum Hypertens. 2005;19:S1-S4.
- (25) Panel on Dietary Reference Intakes for Electrolytes and Water and Standing Committee on the Scientific Evaluation of Dietary Reference Intakes. Dietary Reference Intakes for Water, Potassium, Sodium, Chloride and Sulfate. 1-640. 2004. Washington, D.C., National Academies Press.
- (26) Hunt, Sharon Ann, Abraham, William T., Chin, Marshall H., Feldman, Arthur M., Francis, Gary S., Ganiats, Theodore G., Jessup, Mariell, Konstam, Marvin A., Mancini, Donna M., Michl, Keith, Oates, John A., Rahko, Peter S., Silver, Marc A., Stevenson, Lynne Warner, and Yancy, Clyde W. ACC/AHA 2005 Guideline Update for the Diagnosis and Management of Chronic Heart Failure in the Adult. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Update the 2001 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure). 2005 Guidelines, 1-82. 2005. Maryland, American College of Cardiology/American Heart Association.
- (27) The changing face of heart disease and stroke in Canada 2000. Wielgosz, A., Arango, M., Carew, M., Ferguson, A., Johansen, H., Nair, C., Phillips, S., Reeder, B., Taylor, G., Wilson, E., and Zelmer, J. 1999. Ottawa, Heart and Stroke Foundation of Canada.