



## PROGRAMME MIXTE FAO/OMS SUR LES NORMES ALIMENTAIRES COMITÉ DU CODEX SUR LA NUTRITION ET LES ALIMENTS DIÉTÉTIQUES OU DE RÉGIME

### Trente-neuvième session

Berlin, Allemagne  
4 – 8 décembre 2017

### RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL ÉLECTRONIQUE SUR L'ÉTABLISSEMENT DE VNR-MNT POUR L'EPA ET LE DHA (PROJET)

*(Préparé par la Fédération de Russie)*

#### CONTEXTE

1. Les nouveaux travaux portant sur une VNR-MNT pour les acides gras oméga-3 basés sur l'EPA et le DHA ont été convenus lors de la 36<sup>e</sup> session du CCNFSDU et approuvés par la CAC38 en 2015. Un groupe de travail électronique coprésidé par le Chili et la Fédération de Russie avait pour mandat :
  - d'évaluer les preuves scientifiques les plus récentes conformément aux Principes généraux pour l'établissement de valeurs nutritionnelles de référence pour la population générale figurant en annexe aux Directives concernant l'étiquetage nutritionnel (CAC/GL 2-1985) [1] ;
  - de formuler des recommandations pour l'établissement d'une VNR-MNT potentielle du Codex pour les acides gras oméga-3 DHA et EPA.
2. Lors de la 37<sup>e</sup> session du CCNFSDU, au point 7 de l'ordre du jour, le Chili et la Russie ont fait part de la proposition du GT électronique d'établir une VNR-MNT de 250 mg/jour pour l'apport combiné d'EPA/DHA, associé à la réduction du risque de cardiopathie coronarienne à issue fatale<sup>1</sup>, sur la base des informations et des données provenant de trois rapports de consultation de l'OMS et/ou de la FAO/OMS, trois avis d'OSCR et une synthèse de méta-analyses d'essais cliniques randomisés et d'études systématiques publiées depuis 2012 (voir CX/NFSDU 15/37/7 pour plus de détails).
3. Le Comité a examiné les recommandations présentées dans le document CX/NFSDU 15/37/7 et constate que les points de vue divergent concernant la proposition. Les délégations et observateurs favorables à la recommandation de 250 mg/jour soulignent que les preuves sont suffisantes pour étayer le lien entre l'apport en EPA/DHA et la réduction du risque de mortalité par cardiopathie coronarienne.
4. Les délégations qui pensent qu'il est prématuré d'établir une VNR-MNT ont exprimé les avis suivants :
  - la relation entre le DHA et l'EPA d'une part et la mortalité par cardiopathie coronarienne d'autre part n'est pas suffisamment caractérisée pour établir une VNR-MNT ;
  - les preuves sont largement fondées sur la consommation de poisson et on ne sait pas vraiment s'il est possible d'extrapoler sur le DHA et l'EPA en particulier ;
  - tous les critères du point 3.2.2.1 des Principes généraux ne sont pas remplis, notamment en ce qui concerne la classification GRADE ; et
  - tous les OSCR n'ont pas été pris en compte.
5. Compte tenu de ces différences de point de vue, le Comité est convenu de reconduire le GT électronique présidé par la Russie et le Chili, afin de poursuivre l'élaboration d'une VNR-MNT pour les acides gras oméga-3 à longue chaîne EPA et DHA, conformément aux Principes généraux, en tenant compte également des travaux du NUGAG<sup>2</sup>, comme cela a été fait lors de l'établissement de la VNR-MNT pour le sodium et le potassium.

<sup>1</sup> Le GT électronique convient qu'il y avait une quantité suffisante de données scientifiques disponibles pour retenir la mortalité par cardiopathie coronarienne / les cardiopathies coronariennes à issue fatale comme résultat pour la santé dans le cadre de la discussion sur la VNR-MNT.

<sup>2</sup> Groupe consultatif d'experts sur les directives nutritionnelles de l'OMS.

6. En 2016-17, la coprésidence a établi des contacts de travail avec le NUGAG et participé à trois réunions du groupe portant sur les effets pour la santé des acides gras polyinsaturés (AGPI). Au sein du GT électronique, les travaux ont été axés sur la finalisation de la liste des OSCR, l'examen des preuves de l'association de l'EPA et du DHA avec la mortalité par cardiopathie coronarienne, et la compilation des données issues d'essais cliniques randomisés sur la consommation de poisson et d'EPA/DHA et son effet sur la mortalité par cardiopathie coronarienne, comme indiqué dans le document CX/NFSDU 16/38/8.

7. La 37<sup>e</sup> session du CCNFSDU a examiné la nécessité d'obtenir des avis scientifiques supplémentaires par l'intermédiaire des JEMNU<sup>3</sup> ou du NUGAG, et il a été noté que le NUGAG était déjà en train d'étudier les associations entre les AGPI et la santé humaine. Il a été convenu que le Comité continuerait de travailler sur les VNR une fois que le rapport du NUGAG serait disponible<sup>4</sup>.

8. Suite à la 11<sup>e</sup> réunion du NUGAG en juillet 2017, deux versions abrégées des rapports du NUGAG sur les effets pour la santé des acides gras polyinsaturés (AGPI) ont été transmis au GT électronique pour examen et observations. Conformément au mandat du GT électronique, la coprésidence a lancé le débat sur les documents au sein du GT électronique et recueilli les avis des membres<sup>5</sup>.

## PREUVES

9. La proposition du GT électronique de 250 mg/jour pour l'EPA/DHA s'appuie sur deux consultations d'experts de la FAO/OMS et une consultation d'experts de la FAO :

i. **Rapport de la CONSULTATION MIXTE D'EXPERTS FAO/OMS SUR LES RISQUES ET LES BÉNÉFICES DE LA CONSOMMATION DE POISSON, Rome, 25-29 janvier 2010, Rapport de la FAO sur les pêches et l'aquaculture n° 978.** La conclusion de ce rapport (section 3.2, page 32) est la suivante : « Il existe des preuves **convaincantes** que

- la consommation de poisson et l'apport en EPA et en DHA font baisser le risque de mortalité par cardiopathie coronarienne ». Page 30 du rapport (note du tableau 6 de la section 2.6.3), il est indiqué : « On estime que l'effet positif maximal de l'EPA + DHA apparaît à 250 mg/jour ».

ii. **Graisses et acides gras dans l'alimentation humaine, Rapport d'une consultation d'experts, Genève, 10-14 novembre 2008, FAO, Food and Nutrition Paper 91.** Page 16 de ce rapport, il est indiqué : « Il existe des preuves montrant que les AGPI-LC n-3 peuvent contribuer à la prévention des cardiopathies coronariennes et probablement d'autres maladies dégénératives dues au vieillissement. Pour les hommes adultes et les femmes adultes hors femmes enceintes et allaitantes, la recommandation est de 0,250 g/jour d'EPA + DHA, avec des preuves insuffisantes pour définir un apport minimal spécifique pour l'EPA ou le DHA seul ; les deux doivent être consommés ».

iii. **Régime alimentaire, nutrition et prévention des maladies chroniques, Rapport d'une Consultation mixte d'experts OMS/FAO, Genève, 28 janvier-1<sup>er</sup> février 2002, Série des rapports techniques de l'OMS, n° 916.** La section 5.4.4, page 81, indique que : « les associations convaincantes qui permettent d'affirmer que le risque de MCV est réduit sont notamment la consommation de fruits (y compris les baies) et de légumes, de poisson et d'huiles de poisson (acide eicosapentaénoïque (EPA) et acide docosahexaénoïque (DHA)) ». Les recommandations de la section 5.4.5, page 89, ajoutent : « L'alimentation devrait apporter une quantité suffisante d'AGPI, soit entre 6 et 10 % de l'apport énergétique quotidien. Il faudrait aussi assurer un équilibre optimal entre l'apport d'AGPI de la série n-6 et d'AGPI de la série n-3, soit entre 5 % et 8 % et 1 % et 2 % respectivement de l'apport énergétique quotidien ».

10. Outre les trois rapports de l'OMS/FAO, les membres et les observateurs ont recensé dix OSCR dont l'avis a été recommandé comme devant être pris en considération lors des discussions sur les VNR-MNT pour l'EPA et le DHA.

<sup>3</sup> Réunions mixtes d'experts FAO/OMS sur la nutrition.

<sup>4</sup> En 2017, 31 pays membres et observateurs du Codex ont participé au GT électronique : Australie, Brésil, Canada, Chili, Colombie, Cuba, Estonie, Union européenne, France, Indonésie, Japon, République de Corée, Nouvelle-Zélande, Fédération de Russie, Suisse, Singapour, Royaume-Uni, États-Unis, Uruguay, International Alliance of Dietary Supplement Associations / Alliance internationale des syndicats de la diététique et des compléments alimentaires, Institute of Food Technologists, FoodDrinkEurope, International Food Policy Research Institute / Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, International Special Dietary Foods Industries / Fédération internationale des industries des aliments diététiques, International Council of Grocery Manufacturers Associations / Conseil international des fabricants de produits d'épicerie, Global Organization for EPA and DHA Omega-3, Food Industry Asia, Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, Council of Responsible Nutrition / Conseil pour la nutrition responsable, EU Specialty Food Ingredients.

<sup>5</sup> Douze réponses ont été reçues.

11. Dans le même temps, les points de vue divergent quant à la sélection des OSCR. Tandis que la coprésidence et plusieurs pays membres du Codex estiment que seuls les OSCR qui fixent un apport de référence pour l'EPA/DHA devraient être pris en compte conformément au point 3.1.2 des Principes généraux<sup>6</sup>, plusieurs autres pays membres du Codex ont insisté pour que soient pris en compte également les avis des OSCR qui n'ont pas trouvé convaincantes les preuves pour l'établissement d'une DIRV.

12. Enfin, à la demande de plusieurs pays membres du Codex, la coprésidence a passé en revue les méta-analyses et études systématiques publiées récemment qui portent sur les associations entre l'apport en EPA et en DHA et les résultats pour la santé cardiovasculaire. Treize études systématiques et méta-analyses couvrant des essais cliniques randomisés ont été recensées et examinées. Pour l'évaluation de la force des arguments, la coprésidence a appliqué l'approche adoptée pour fixer les objectifs d'apports en éléments nutritifs pour la population générale dans la prévention des maladies chroniques liées au régime alimentaire<sup>7</sup>.

## RAPPORTS DU NUGAG

13. Deux documents du NUGAG (versions abrégées) ont été transmis à la coprésidence le 16 août 2017 :

1. un ensemble d'études systématiques portant sur des essais contrôlés randomisés sur les effets pour la santé des oméga-3 et des graisses polyinsaturées chez les adultes (document 1) ;
2. une étude systématique et une méta-analyse d'études de cohorte prospective portant sur les effets de l'apport en acides gras polyinsaturés et le risque de mortalité toutes causes, maladie cardiovasculaire, cancer du sein, santé mentale et diabète de type 2 (document 2).

Les membres du GT électronique ont fait part de leur appréciation quant au travail entrepris par le NUGAG et la transmission en si peu de temps de rapports abrégés sur les effets des AGPI sur la santé, facilitant ainsi les débats au sein du GT électronique.

## DOCUMENT 1 : ÉTUDE SYSTÉMATIQUE DES ESSAIS CONTRÔLÉS RANDOMISÉS

14. Le document 1 est une version abrégée de l'étude systématique du NUGAG originale, qui exclut six résultats pour la santé non pertinents pour la discussion au sein du GT électronique. Le document 1 contient surtout une section distincte (pages 48-54 de la version abrégée) consacrée à la mortalité par cardiopathie coronarienne.

15. L'étude conclut que la méta-analyse des effets aléatoires suggère l'absence d'effet des AGPI à longue chaîne n-3 sur la mortalité par cardiopathie coronarienne. L'analyse de sensibilité, qui exclut les études portant exclusivement sur les décès d'origine cardiaque, suggère une réduction de 17 % de la mortalité par cardiopathie coronarienne avec un apport augmenté d'acides à longue chaîne n-3. Toutefois, cette réduction n'est pas confirmée lorsque les études à risque de partialité modéré à élevé sont exclues.

16. Dans leurs observations, les pays membres du Codex sont unanimes pour dire que les preuves présentées dans le document 1 ne permettent pas d'établir une VNR-MNT, car le critère visé au point 3.2.2.1 des Principes généraux<sup>8</sup> n'est pas rempli et les preuves ne vont pas dans le sens de l'association de l'EPA et du DHA avec la mortalité par cardiopathie coronarienne.

17. Dans le même temps, les preuves scientifiques ont été jugées pertinentes et convaincantes et l'évaluation de la qualité du corpus de preuves au moyen de la classification GRADE<sup>9</sup> [2] a été réalisée correctement par les auteurs.

18. Il est également noté que l'évaluation GRADE concernant la qualité des preuves sur la relation entre l'EPA et le DHA d'une part et les décès par cardiopathie coronarienne d'autre part est modérée (tableau p. 112 du rapport), ce qui ne peut être accepté comme conforme au critère 3.2.2.1 des Principes généraux.

---

<sup>6</sup> 3.1.2: « (...) les valeurs de référence pour l'apport journalier (DIRV) pertinentes reflétant des évaluations indépendantes récentes des données scientifiques émanant d'organismes scientifiques compétents reconnus autres que la FAO/OMS pourraient aussi être prises en compte (...), ».

<sup>7</sup> Un argument est jugé convaincant s'il est fondé sur des études épidémiologiques qui mettent en évidence des associations systématiques entre exposition et maladie, avec peu ou pas de preuves du contraire. Les données dont on dispose doivent provenir d'un nombre important d'études, et notamment d'études prospectives par observation et, le cas échéant, d'essais contrôlés randomisés de taille, durée et qualité suffisantes qui mettent en évidence des effets systématiques.

<sup>8</sup> Preuves scientifiques pertinentes convaincantes / généralement acceptées ou le niveau de preuves équivalent selon la classification GRADE pour la relation entre un élément nutritif et le risque de maladie non transmissible, qui incluent des biomarqueurs validés pour le risque de maladie, pour au moins un segment majeur de la population (par exemple les adultes).

<sup>9</sup> Grades of Recommendation, Assessment, Development, and Evaluation (classification des recommandations, examen, développement et évaluation).

19. Un pays membre du Codex observe que le document 1 ne présente pas de preuves conformes au critère 3.2.2.1 concernant la relation entre l'EPA/DHA et le risque de maladie non transmissible ; toutefois, si la sélection des études avait été réalisée autrement, ce résultat aurait peut-être été différent.
20. Un observateur indique qu'en ce qui concerne la mortalité par cardiopathie coronarienne, le document 1 examine des essais contrôlés randomisés qui ont été menés avant 2010, tandis que les plus récents ont été ignorés en raison du risque de partialité élevé. Par conséquent, les preuves ne peuvent pas être considérées comme étant les plus récentes et devraient être prises en compte à titre complémentaire par rapport à des études par observation plus récentes.
21. Il est également noté que les conclusions du document 1 concernant la mortalité par cardiopathie coronarienne viennent contredire les conclusions de 13 études systématiques d'études portant sur des essais contrôlés randomisés menés dans le monde entier depuis 2005. Deux études systématiques très récentes publiées en 2017 [3, 4] ont également été portées à l'attention du GT électronique.
22. Les membres du GT électronique partagent l'avis selon lequel le document 1 ne représente / résume pas des preuves scientifiques pertinentes et évaluées par des pairs concernant des valeurs de référence quantitatives pour l'apport journalier, requises pour déterminer une VNR-MNT applicable à la population générale, conformément au critère 3.2.2.2 des Principes généraux<sup>10</sup> pour l'établissement de VNR.
23. Un pays membre du Codex fait remarquer qu'il reste des questions quant à une explication claire sur les critères d'inclusion / exclusion des études ; par conséquent, des études pertinentes qui auraient pu influencer sur le résultat n'ont peut-être pas été incluses dans l'analyse.
24. La coprésidence a contacté les auteurs du document 1 et ces derniers ont confirmé que seulement deux essais contrôlés randomisés inclus dans l'analyse portent sur un niveau d'apport en EPA et DHA dans la fourchette de 250-400 mg par jour. Ces essais sont parvenus à des conclusions opposées.
25. Dans leurs observations, les pays membres et les observateurs du Codex prennent note des résultats de l'analyse de sensibilité qui excluent les décès d'origine cardiaque et donnent une réduction de 17 % de la mortalité par cardiopathie coronarienne avec un apport augmenté en EPA et DHA. Néanmoins, on ne sait pas vraiment si les décès d'origine cardiaque ont été exclus de l'analyse principale. Une clarification de la part du NUGAG sur leur définition des décès par cardiopathie coronarienne et des décès d'origine cardiaque a également été demandée.
26. En outre, aucune explication n'a été fournie concernant la manière dont les données des résultats ont été sélectionnées dans les études correspondantes, ni pourquoi tous les différents résultats concernant les décès par cardiopathie coronarienne n'ont pas été cumulés, comme cela a été fait pour les résultats en matière de décès d'origine cardiovasculaire.
27. La coprésidence a contacté les auteurs du document 1, et ces derniers expliquent que la raison de l'exclusion des décès d'origine cardiaque dans l'analyse de sensibilité réside dans le fait que ces décès se trouvaient « légèrement en dehors » du résultat sur la mortalité par cardiopathie coronarienne, car ils incluent d'autres causes de décès en plus des cardiopathies coronariennes, comme les cardiomyopathies, les maladies cardiaques congénitales et les valvulopathies cardiaques.
28. Les auteurs ont attribué une association aussi significative entre l'apport en EPA et DHA et la mortalité par cardiopathie coronarienne à la partialité du rapport et en partie aux études à risque de partialité modéré à élevé. Dans le même temps, ils nous ont informés qu'il y avait des éléments qui manquaient dans leur synthèse de l'analyse du risque de partialité pour plusieurs essais contrôlés randomisés, et ils n'ont pas encore pu les confirmer auprès des auteurs de ces essais qu'ils ont déjà contactés.
29. Un pays membre du Codex note que l'évaluation du risque de partialité était principalement fondée sur l'insu, ce qui veut dire que les études à « faible risque de partialité » sont susceptibles de différer des autres sur d'autres caractéristiques (par exemple élément unique contre intervention sur l'ensemble du régime alimentaire, dose, type de population étudié). Il est également indiqué que l'évaluation du risque de partialité basée sur l'insu convient certes pour les études portant sur des médicaments, mais moins pour des études basées sur un apport alimentaire ou une recommandation, par exemple DART-Burr 1989.
30. Par ailleurs, il est mentionné que le document 1 fait état d'un effet quantifiable de l'EPA et du DHA sur la baisse des triglycérides ou triacylglycérols (TG) dans le sérum, dont il a été montré qu'il s'agissait d'un facteur de risque cardiovasculaire indépendant [5]. L'effet a été confirmé dans l'analyse de sensibilité en regroupant des études avec un faible risque de partialité dans la synthèse.

---

<sup>10</sup> Des valeurs de référence quantitatives pour l'apport journalier évaluées par des pairs devraient être disponibles afin de déterminer une VNR-MNT applicable à la population générale.

31. Il convient de mentionner que des conclusions similaires ont récemment été publiées dans une étude préparée pour l'Agence américaine pour la recherche et la qualité des soins de santé (Agency for Healthcare Research and Quality, U.S. Department of Health and Human Services) [6]. Sur la base d'essais contrôlés randomisés menés sur des personnes en bonne santé et des personnes présentant un risque accru de maladie cardiovasculaire, la supplémentation en huiles d'origine marine fait augmenter le HDL-c et le LDL-c dans une faible mesure ( $\leq 2$  mg/dL), tout en faisant baisser les triglycérides. Les personnes qui présentent des niveaux élevés de triglycérides ont connu des baisses de leur niveau de triglycérides plus importantes que les personnes présentant des niveaux plus bas.

## **DOCUMENT 2 – ÉTUDE SYSTÉMATIQUE ET MÉTA-ANALYSE D'ÉTUDES DE COHORTE PROSPECTIVE**

32. Le document 2 est une version abrégée de l'étude systématique et de la méta-analyse du NUGAG d'études de cohorte prospective sur les acides gras polyinsaturés (AGPI) n-3. L'objectif du document était de procéder à une étude systématique d'études de cohorte prospective et de quantifier les associations entre AGPI et mortalité toutes causes, maladies cardiovasculaires, cancer du sein, santé mentale, maladie inflammatoire de l'intestin et diabète de type 2.

33. En supposant la linéarité, pour les issues fatales de cardiopathies coronariennes, une augmentation de 0,5 % dans les AGPI à longue chaîne n-3 est associée à une baisse de 26 % du risque de mortalité par cardiopathie coronarienne. L'évaluation GRADE de la confiance envers les estimations de l'association est modérée.

34. Dans leurs observations, la majorité des membres du GT électronique partagent l'avis que le document 2 résume les preuves scientifiques pertinentes actuelles découlant des études de cohorte prospective, mais qu'il ne remplit pas à lui seul l'exigence de fournir un niveau de preuve convaincant requis pour établir une VNR. Un pays membre du Codex note que les études par observation ne peuvent pas fournir de preuves causales d'un effet des AGPI sur le développement des résultats pour la santé abordés ; elles peuvent seulement décrire des associations.

35. Il est néanmoins mentionné que l'évaluation GRADE de la confiance envers les estimations des associations relevées dans le document 2 est modérée pour la mortalité toutes causes et les cardiopathies coronariennes à issue fatale.

36. Plusieurs membres du GT électronique ont exprimé l'avis que les études de cohorte prospective étaient tout à fait pertinentes aux fins de l'établissement d'une VNR-MNT et que, comme indiqué dans le rapport de la Consultation mixte d'experts OMS/FAO RÉGIME ALIMENTAIRE, NUTRITION ET PRÉVENTION DES MALADIES CHRONIQUES [7], en lien avec les objectifs d'apports en éléments nutritifs pour la population dans le but de prévenir les maladies chroniques liées au régime alimentaire, des preuves convaincantes devaient être fondées sur des études épidémiologiques montrant des associations systématiques entre exposition et maladie, avec peu ou pas de preuves du contraire. Les données dont on dispose doivent provenir d'un nombre important d'études, et notamment d'études prospectives par observation et, le cas échéant, d'essais contrôlés randomisés de taille, durée et qualité suffisantes qui mettent en évidence des effets systématiques.

## **CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS**

37. Les opinions exprimées par le GT électronique peuvent être résumées comme suit :

- Le délai accordé au GT électronique pour formuler ses observations était très court, compte tenu de l'ampleur des deux études systématiques et de la quantité d'informations mise à disposition pour l'examen.
- L'étude systématique du NUGAG portant sur les essais contrôlés randomisés (document 1) n'a pas apporté de preuves convaincantes de l'effet de l'EPA et du DHA sur la mortalité par cardiopathie coronarienne. Tout effet significatif a été éliminé dans l'analyse de sensibilité qui excluait les essais contrôlés randomisés à risque de partialité modéré/élevé dans la synthèse.
- Les motifs d'exclusion des décès d'origine cardiaque dans l'analyse de sensibilité portant sur les essais contrôlés randomisés et les définitions du NUGAG des décès par cardiopathie coronarienne et des décès d'origine cardiaque ne sont pas clairs. Les résultats de l'analyse de sensibilité pour le risque de partialité dans la synthèse sont basés sur de nombreuses hypothèses, car plusieurs éléments clés de ce risque de partialité manquent à l'appel.
- Aucune conclusion n'a pu être tirée des preuves présentées dans le document 1 quant à la valeur quantitative de référence pour l'effet de l'EPA et du DHA sur la mortalité par cardiopathie coronarienne.

- L'étude systématique du NUGAG portant sur les études de cohorte prospective (document 2) a constaté une association entre des apports supérieurs de LCn3 et une baisse de 19 % du risque de cardiopathie coronarienne à issue fatale. Cependant, les preuves ont été évaluées dans le cadre de la classification GRADE comme étant modérées et, à ce titre, elles ne peuvent être jugées convaincantes.
- Les résultats figurant dans le document 2 montrent un caractère systématique de l'association dans différents résultats pour la santé en matière de réduction des risques pour l'EPA et le DHA. Toutefois, l'absence de base pour étayer leur effet sur la mortalité par cardiopathie coronarienne révélée dans l'étude systématique des essais contrôlés randomisés (document 1) indique que l'association bénéfique entre les acides gras oméga-3 et la réduction du risque de mortalité par cardiopathie coronarienne ne peut pas encore être transcrite dans une VNR-MNT quantitative conforme aux Principes généraux.

38. En conclusion, les discussions au sein du GT électronique ont soulevé plusieurs questions importantes qui doivent être résolues avant que le Comité ne puisse décider de la marche à suivre. Sur la base des avis exprimés au sein du GT électronique et compte tenu de l'importance absolue pour le grand public du résultat pour la santé retenu pour ces travaux sur une VNR-MNT, la coprésidence émet les recommandations ci-après.

**Recommandation 1 :** Compte tenu du fait que seulement 12 observations ont été reçues lors de la dernière session de discussion, prolonger la période de formulation d'observations et permettre aux membres du Codex d'étudier les preuves présentées dans les documents 1 et 2 en prenant en considération les informations supplémentaires demandées dans les recommandations 2 et 3.

**Recommandation 2 :** Demander des avis supplémentaires sur la manière dont les conclusions du document 1 et du document 2 sont en corrélation avec les recommandations pour l'apport en EPA et en DHA de 250 mg/jour indiqué dans la consultation d'experts de la FAO/OMS sur les risques et les bénéfices de la consommation de poisson [8] et la consultation d'experts de la FAO sur les graisses et les acides gras [9].

**Recommandation 3 :** Demander des avis supplémentaires sur l'importance des conclusions du NUGAG selon lesquelles les études à faible risque de partialité de synthèse laissent entendre que les acides gras LCn3 font baisser les triglycérides sériques, l'un des biomarqueurs de cardiopathie coronarienne.

39. La coprésidence note que des divergences majeures de point de vue sont également apparues dans l'interprétation des Principaux généraux pour l'établissement de valeurs nutritionnelles de référence, ce qui pourrait nécessiter une révision des sections 3.1.2 et 3.2.2.1 de l'annexe des CAC/GL 2-1985. À cet égard, la coprésidence souhaite ajouter deux recommandations supplémentaires :

**Recommandation 4 :** Réviser la section 3.1.2 des Principes généraux pour l'établissement de VNR définis dans l'annexe aux Directives Codex concernant l'étiquetage nutritionnel (CAC/GL 2-1985) et assurer une interprétation sans ambiguïté du texte suivant : « Les valeurs de référence pour l'apport journalier pertinentes reflétant des évaluations indépendantes récentes des données scientifiques émanant d'organismes scientifiques compétents reconnus autres que la FAO/OMS pourraient aussi être prises en compte ». Déterminer si les avis d'OSCR qui n'ont pas fixé de valeur de référence pour l'apport journalier peuvent aussi être pris en compte pour établir les VNR.

**Recommandation 5 :** Revoir le texte de la section 3.2.2.1 des Principes généraux et expliquer quel niveau de qualité des preuves selon la classification du système GRADE doit être considéré comme « preuves scientifiques convaincantes / généralement acceptées ou le niveau de preuves comparable selon la classification du système GRADE ».

**Recommandation 6 :** Convenir si la définition d'une preuve convaincante donnée dans le rapport d'une consultation mixte d'experts de l'OMS/FAO [7] est applicable aux fins de l'établissement d'une VNR-MNT.

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] Codex Alimentarius Commission. *General Principles for Establishing NRVs Annex to the Codex Guidelines on Nutrition Labelling CAC/GL2-1985*. 2013.
- [2] J. L. Brożek, E. A. Akl, P. Alonso-Coello, D. Lang, R. Jaeschke, J. W. Williams, B. Phillips, M. Lelgemann, A. Lethaby, J. Bousquet, G. H. Guyatt, and H. J. Schünemann. "Grading quality of evidence and strength of recommendations in clinical practice guidelines". In: *Allergy* 64.5 (2009), pp. 669–677. ISSN: 01054538.

- [3] Kevin C Maki, Orsolya M Palacios, Marjorie Bell, and Peter P Toth. "Use of supplemental long-chain omega-3 fatty acids and risk for cardiac death: An updated meta-analysis and review of research gaps". In: *Journal of Clinical Lipidology* 11.5 (2017), 1152–1160.e2. ISSN: 1933-2874.
- [4] Dominik D Alexander, Paige E Miller, Mary E Van Elswyk, Connye N Kuratko, and Lauren C Bylsma. "A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials and Prospective Cohort Studies of Eicosapentaenoic and Docosahexaenoic Long-Chain Omega-3 Fatty Acids and Coronary Heart Disease Risk". In: *Mayo Clinic Proceedings* 92.1 (2017), pp. 15–29.
- [5] John E Hokanson and Dr. Melissa A. Austin. "Plasma Triglyceride Level is a Risk Factor for Cardiovascular Disease Independent of High-Density Lipoprotein Cholesterol Level: A Metaanalysis of Population-Based Prospective Studies". In: *Journal of Cardiovascular Risk* 3.2 (1996), pp. 213–219.
- [6] Langberg V Balk EM, Adam GP. "Omega-3 Fatty Acids and Cardiovascular Disease: An Updated Systematic Review." In: *Evidence Reports/Technology Assessments* 223 (2016)
- [7] "Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation, Geneva, 28 January – 1 February, 2002". Geneva, 2003.
- [8] FAO/WHO. *Report of the Joint FAO/WHO Expert Consultation on the Risks and Benefits of Fish Consumption. Rome, 25–29 January 2010*. Food and Agriculture Organization of the United Nations, World Health Organization, 2011.
- [9] FAO. "Fats and fatty acids in human nutrition. Report of an expert consultation. 10 – 14 November 2008". Geneva, 2010.