



Chambre des communes
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA • NUMÉRO 010 • 1^{re} SESSION • 39^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le jeudi 15 juin 2006

Président

M. Rob Merrifield

Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante :

<http://www.parl.gc.ca>

Comité permanent de la santé

Le jeudi 15 juin 2006

•(1105)

[Traduction]

Le président (M. Rob Merrifield (Yellowhead, PCC)): La séance est ouverte.

Je tiens à remercier les témoins d'être venus. C'est un sujet très important et nous voudrions peut-être faire une étude plus approfondie de l'obésité juvénile. Le comité cherche à se faire convaincre d'entreprendre une étude sur cette question, les médicaments ou peut-être les délais d'attente.

Je me réjouis que vous ayez tous pu venir ici partager vos opinions avec nous et peut-être nous pousser dans cette entreprise. Je tiens à vous remercier d'être venus. Il est important que nous puissions entendre ce que vous avez à dire sur cette importante question.

Nous allons régler le dispositif d'interprétation avant de continuer.

Elle dit que cela fonctionne, Réal. C'est votre anniversaire ou votre anniversaire est-il pour bientôt? C'était en avril; c'est passé.

C'est un sujet de plaisanterie continu. Réal Ménard fait partie de notre comité depuis de nombreuses années et chaque fois que c'est son anniversaire, il s'arrange pour nous le faire savoir. Il a toujours veillé à ne pas nous laisser l'oublier. Par conséquent, lorsqu'il a demandé la parole, c'est la première chose qui m'est venue à l'esprit. Il a 102 ans, mais il n'a pas l'air d'en avoir plus que 29.

Nous allons procéder à l'audition de nos témoins. Je tiens à vous remercier tous d'être venus. Nous commencerons par Diane Finegood de l'Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète. Veuillez commencer. Ensuite, nous modifierons l'ordre du jour pour passer directement à Mme Shields, de Statistique Canada.

Dr Diane T. Finegood (directeur scientifique, Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète): Merci beaucoup de m'avoir invitée à venir. Je me réjouis de pouvoir aider le comité dans son enquête et lui faire part de ce que j'ai appris au cours des cinq ou six dernières années en tant que directrice scientifique de l'Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète.

Le comité est certainement au courant du rôle et des responsabilités des IRSC qui sont l'organisme de financement de la recherche sur la santé du gouvernement canadien. Nous avons pour mandat d'exceller, selon les normes internationales reconnues de l'excellence scientifique, dans la création de nouvelles connaissances et leur application en vue d'améliorer la santé.

Comme vous le savez, il a 13 instituts. Quand les IRSC ont été établis en l'an 2000, nous avons entrepris une consultation au sujet du mandat de l'Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète qui comprend la recherche visant à améliorer le régime alimentaire, les fonctions digestives, l'excrétion et le métabolisme. Le mandat de l'Institut englobe donc la nutrition, le métabolisme, le diabète, les reins, l'influence génétique, le foie et l'endocrinologie.

Nous avons procédé à des consultations et après avoir parlé avec non seulement des chercheurs, mais aussi des décideurs et des intervenants comme la Fondation des maladies du coeur et bien d'autres, il était très clair que l'Institut devait donner la priorité à l'obésité et le maintien d'un poids corporel sain.

Vers la fin de 2001, nous avons lancé notre initiative stratégique et notre priorité stratégique sur l'obésité. La quatrième page vous donne une petite idée du financement qui a été accordé. Au départ, mon domaine de recherche était le diabète, mais cela m'a fourni l'occasion de me familiariser avec les nombreux aspects de l'obésité qui doivent être examinés. Je vais donc vous faire profiter aujourd'hui de certaines des leçons que nous avons retenues.

Comme vous pouvez le voir, les IRSC ont accéléré le financement de l'obésité. Ce graphique montre le financement de la recherche sur l'obésité et vous pouvez voir que nous l'avons quadruplé ou quintuplé depuis 2000-2001. Vous pouvez voir également qu'une partie de ces fonds sont dirigés vers l'obésité infantile. Nous aimerions sans doute que ce soit plus. Nous avons augmenté notre financement grâce à des initiatives stratégiques visant spécialement l'obésité infantile, mais je pense que nous devons aussi assurer le perfectionnement des chercheurs qui doivent apprendre comment travailler avec les enfants. Nous cherchons donc à renforcer également cette capacité.

La cinquième page présente quelques titres de projets que nous avons financés au cours des quatre ou cinq dernières années dans le domaine de l'obésité infantile. Vous pouvez voir que cela va de l'influence génétique et environnementale sur le poids corporel au problème de l'obésité dans les communautés autochtones, en passant par les facteurs socioculturels qui contribuent à l'obésité infantile. Ce n'est qu'un échantillon des nombreuses études qui sont actuellement en cours sur l'obésité chez l'enfant.

Je vais vous fournir quelques statistiques page six, car je sais que mes collègues de Statistique Canada et le Dr Katzmarzyk vous fourniront beaucoup plus de données sur l'obésité infantile. À peu près un enfant canadien sur trois a un excès de poids ou est obèse. L'obésité infantile est en corrélation avec l'obésité à l'âge adulte, car en vieillissant, si l'enfant reste obèse, il risque davantage de l'être également à l'âge adulte.

L'obésité infantile est associée à d'autres troubles du métabolisme que l'on regroupe généralement sous le nom de syndrome métabolique. Ce sont des choses comme l'hypertension et l'hyperlipidémie que l'on trouve normalement chez l'adulte, mais que l'on constate de plus en plus chez l'enfant. Environ 30 p. 100 des enfants obèses présentent le syndrome métabolique qui est un précurseur du diabète et des maladies cardiovasculaires.

On estime qu'un enfant sur trois nés en l'an 2000 deviendra diabétique au cours de sa vie et nous voyons certainement des gens de plus en plus jeunes qui sont atteints de la maladie. C'est très apparent dans la population autochtone qui devient diabétique 10 à 20 ans en moyenne avant la population caucasienne. D'autres populations immigrantes commencent également à être touchées par l'obésité infantile. Cela a d'importantes conséquences. Si le diabète survient tôt dans la vie, la qualité de vie associée aux complications du diabète va certainement diminuer.

● (1110)

À la page sept, je vous présente seulement une série de statistiques concernant la qualité de vie des enfants obèses. Ce tableau illustre la réduction de la qualité de vie. Si vous prenez la première ligne, sur le plan de la santé physique, les enfants obèses risquent cinq fois plus que les enfants sains d'avoir des problèmes de santé, près de six fois plus que les enfants sains d'avoir des problèmes au niveau de leur santé psychosociale, etc. Les enfants obèses sont comparés avec les enfants sains.

Les résultats sont encore plus frappants lorsqu'on compare les enfants obèses avec les enfants qui ont le cancer et qui subissent une chimiothérapie. Vous voyez que les enfants obèses risquent deux fois plus d'avoir des problèmes de santé psychosociale que les autres enfants qui subissent une chimiothérapie contre le cancer. Il est frappant de voir à quel point l'obésité se répercute sur la vie des enfants.

Le défi est complexe. Comme je le dis souvent, l'obésité est encore plus complexe que la physique quantique. Je ne dis pas que ce soit compliqué à un point tel qu'on ne peut rien y faire, mais je veux seulement rappeler que les problèmes complexes ont rarement des solutions simples. Il nous faut des solutions à différents niveaux. En fait, c'est toute la société qui doit s'attaquer d'une façon ou d'une autre à la sédentarité physique et aux mauvaises habitudes alimentaires. Je sais que la tâche peut sembler très lourde, mais cela fait partie des mesures à prendre. Et si nous comprenons la complexité du problème, nous pouvons réfléchir à des solutions qui tiennent compte de cette complexité.

La neuvième page est pour me rappeler de vous montrer que le problème est non seulement complexe pour ce qui est des facteurs socioculturels et environnementaux, mais aussi du point de vue biologique. Il y a plus de 600 gènes ou régions chromosomiques qui sont associés au phénotype de l'obésité. Qu'est-ce que cela veut dire? Cela veut dire que nous avons des mécanismes biologiques complexes pour la régulation du poids corporel. Pour ce qui est du déséquilibre calorique qui entraîne un gain de poids, il vous suffit d'absorber 50 à 100 calories de plus par jour que vous n'en dépensez pour gagner du poids au cours d'une année. Malheureusement, comme un prêt hypothécaire, cela s'additionne quotidiennement.

En fait, nous avons d'excellents systèmes de régulation dans notre corps et ils sont réglés par toute une série de facteurs biologiques. Néanmoins, les cellules grasses sécrètent une foule de molécules qui jouent un rôle dans la régulation du poids corporel. C'est donc un mécanisme biologique complexe. Je ne dis pas que c'est la biologie qui cause le problème, mais notre biologie peut nous prédisposer à l'environnement obésogénique dans lequel nous vivons. Comme notre environnement devient de plus en plus obésogénique, il y a de nombreux facteurs qui contribuent à réduire l'activité physique et à augmenter la consommation d'aliments.

À la page dix, vous pouvez voir certains des facteurs de notre environnement socioculturel qui jouent un rôle. À droite, vous voyez la dépense énergétique et la prise alimentaire. Oui, il est vrai que

c'est aussi simple, à certains égards, que de consommer trop de calories par rapport au nombre de calories que l'on dépense quotidiennement. C'est ce qui détermine si une personne sera obèse ou non. Il ne s'agit pas des excès que vous pouvez faire à l'occasion. Cela dépend de vos habitudes quotidiennes. Notre biologie joue un rôle dans nos habitudes alimentaires et notre activité physique. C'est peut-être assez étonnant, mais on a identifié des gènes qui jouent vraiment un rôle dans nos comportements alimentaires et qui nous poussent à manger ou ne pas manger.

Il y a un grand nombre de facteurs dont certains nous sont très proches comme le travail, l'école et le milieu familial. D'autres sont un peu plus distants de nous comme notre environnement communautaire, la sécurité publique, l'environnement agricole dans lequel nous vivons et même notre accès aux transports en commun. Tout cela influe sur nos habitudes alimentaires et notre activité physique. En fait, cela va jusqu'à des facteurs internationaux comme la mondialisation des marchés et la publicité dans les médias.

Simplement pour vous fournir quelques données dans un domaine qui intéresse le comité, celui de la promotion des aliments aux enfants et aux adolescents, l'*Institute of Medicine* des États-Unis a fait des recherches qui ont été récemment publiées et qui montrent que la promotion des aliments et des boissons aux enfants de 2 à 11 ans influence les préférences alimentaires, les demandes d'achat et les croyances. Malheureusement, comme les preuves sont insuffisantes pour les enfants plus âgés et les adolescents l'Institut n'a pas conclu que c'était nécessairement important.

● (1115)

Les analyses de contenu révèlent que la publicité télévisée des aliments et des boissons qui s'adresse aux enfants et aux adolescents fait surtout la promotion d'aliments riches en calories et pauvres en nutriments. L'exposition à la publicité télévisée est associée à l'adiposité chez les enfants de 2 à 11 ans et les adolescents de 12 à 18 ans. Il est évident que la publicité dans les médias en faveur des aliments joue un rôle dans l'obésité infantile.

Quelles sont les réactions typiques face à des problèmes complexes ou à un problème qui comporte de nombreux facteurs biologiques et de nombreux facteurs sociaux et culturels? Face à des problèmes complexes, nous avons souvent tout un éventail de réactions émotives. En tant qu'ancienne obèse, j'ai éprouvé moi-même ces émotions à de nombreuses reprises. Nous avons tendance à croire que le problème est sans espoir. Parfois, nous tombons dans le désespoir ou nous renonçons. C'est la réaction typique devant toutes sortes de problèmes complexes, mais ce que je trouve très encourageant c'est qu'au Canada, et même dans le monde entier, nous sommes maintenant prêts à galvaniser les efforts collectifs et à investir beaucoup d'argent et d'énergie pour relever ce défi.

Nous pouvons apprendre beaucoup de choses de la science des systèmes complexes, mais sans me lancer dans de grandes théories, je dirais seulement que nous pouvons apprendre à faire face à des problèmes complexes comme l'obésité en appliquant certains principes.

J'en mentionnerai seulement deux. Le premier est que devant un problème aussi complexe, chaque personne devient importante. Si vous avez un système vraiment complexe, vous ne pouvez pas résoudre tous les problèmes en les abordant du haut vers le bas de la pyramide. Tous les gens qui vivent et travaillent dans des environnements différents et qui jouent un rôle dans le secteur des transports ou de l'agriculture ou même la personne obèse doivent entrer en ligne de compte lorsqu'on cherche un moyen de résoudre ce problème.

La complexité de l'environnement dans lequel chaque personne travaille doit correspondre à la tâche qu'on lui confie. Si nous appliquons ce principe à la personne qui a un excès de poids ou qui est obèse, si nous vivons dans un environnement très complexe où un grand nombre de forces très différentes influent sur notre comportement à l'égard de la nourriture et de l'activité physique, il est très difficile de s'attaquer au problème. Nous devons donc réfléchir à la façon dont nous pouvons modifier notre environnement socioculturel pour faire du choix santé le choix facile.

Un bon exemple est d'examiner le rapport entre le coût d'un aliment et sa densité énergétique. Les aliments les moins coûteux sont les aliments les plus caloriques et les moins nutritifs. Quel que soit l'environnement socioéconomique des gens, mais c'est surtout vrai pour les pauvres, il est plus facile de choisir d'acheter l'aliment le moins cher, n'est-ce pas? Nous devons réfléchir sérieusement à certaines structures de prix pour essayer de nous attaquer au problème.

Beaucoup de gens aiment faire la comparaison avec le tabac. Je vais faire cette comparaison et vous dire en quoi elle est valide et en quoi elle ne l'est pas tellement.

Le graphique de la page 14 montre la consommation de cigarettes aux États-Unis depuis 1900. J'ai une ou deux choses à dire à propos de ce graphique. Vous voyez que la consommation de cigarettes a augmenté régulièrement de 1900 jusqu'à environ 1960 ou 1970. De nombreuses forces ont joué un rôle, y compris le lien que nous avons fait entre le tabagisme et le cancer. Cela a eu un léger impact sur la consommation de cigarettes. Le rapport du *Surgeon General* des États-Unis fait état d'un faible impact, mais ce n'était pas vraiment visible.

À partir de quand le tabagisme a-t-il commencé à vraiment diminuer? C'est lorsque le mouvement en faveur des droits des non-fumeurs a pris de l'ampleur. Quand les non-fumeurs ont dit qu'ils ne voulaient pas respirer de la fumée, qu'ils ne voulaient pas qu'on porte atteinte à leur santé, le tabagisme qui était considéré jusque-là comme socialement acceptable... Après un repas, il était normal de fumer une cigarette. Maintenant, si vous fumez, vous devez aller à l'extérieur; vous devez faire l'effort de sortir pour aller fumer. Lorsque notre comportement normatif a changé, lorsqu'au lieu qu'il soit normal de fumer c'est devenu une mauvaise chose, le tabagisme a commencé à diminuer très nettement, pas dans tous les segments de la population, mais en général.

Comment transposer cela à l'obésité? Je ne suggère pas, comme me l'a fait dire le *Toronto Star*, de faire de l'obésité quelque chose de « pas cool », car c'est déjà suffisamment une source de stress pour les enfants et les adultes qui en souffrent. Ce n'est pas cela. Ce que je dis c'est que nous devons changer l'environnement normatif concernant l'alimentation et l'activité physique. Lorsque nous participons à des réunions, on devrait nous offrir un plat de fruits frais au lieu d'un plat de biscuits. J'aime dire qu'un plateau de biscuits est de la malbouffe secondaire pour faire comprendre que quelqu'un d'autre m'impose un

certain environnement alimentaire en m'offrant des biscuits plutôt que des fruits.

• (1120)

Nous devons appliquer ce principe des centaines de fois, à tout ce qui nous entoure. Il y a de nombreuses choses, comme la publicité pour des aliments qui s'adresse aux enfants, qui influencent la façon dont nous-mêmes et les enfants percevons la nourriture. Pour les enfants, la nourriture est reliée au plaisir. Pourquoi n'est-ce pas l'activité physique qui est reliée au plaisir? Pourquoi ne pas nous débarrasser de ce lien? C'est une chose à laquelle il faut réfléchir.

Je ne dis pas non plus que les campagnes d'éducation publique et les discours sur les avantages de l'activité physique sont une mauvaise idée même si cela ne permettra pas de réduire énormément l'incidence de l'obésité, mais il est important de reconnaître que nous devons changer la façon dont nous percevons la nourriture et l'activité physique.

J'ai dressé une liste — que je ne prendrai pas le temps de lire — des façons d'envisager les problèmes complexes et les systèmes complexes, mais il y a de nombreuses leçons que nous pouvons retenir et nous pourrions en parler s'il reste du temps après les exposés de mes collègues.

Une chose que je tiens à souligner est que nous devons mesurer l'efficacité sur le terrain. Il ne vaut pas la peine de consacrer des deniers publics à des activités de promotion de la santé à moins de savoir quels sont les effets de ces activités, car nous devons non seulement savoir quelles sont celles qui sont efficaces, mais aussi quelles sont celles qui ont des conséquences inattendues et qui pourraient porter atteinte à un comportement sain.

Nous avons appris, dans les IRSC, qu'il y a des façons de le faire, de promouvoir la santé, mais aussi de recueillir des données grâce à un projet de mon institut baptisé « Canada en mouvement ». Ce n'était pas vraiment un projet de promotion de la santé. Ce projet visait plutôt à aider quatre organismes qui font la promotion de la santé. Nous devons leur donner les moyens, en faisant ce genre de travail, de savoir quelle est l'efficacité de leurs programmes.

Enfin, la page 17 présente certaines des leçons que nous avons tirées de ce projet et qui ont été récemment publiées dans la *Revue canadienne de santé publique*. Nous avons appris que nous devons diffuser des messages uniformes par de multiples moyens de communication et aussi que la promotion de la santé et la prévention des maladies peuvent créer des partenariats novateurs entre l'industrie, le gouvernement et les organismes bénévoles.

Nous avons donc la preuve qu'il existe des moyens de s'attaquer au problème et d'obtenir les données dont nous avons besoin.

Merci.

Le président: Nous essayons de nous limiter à 10 minutes. Je vous ai laissé largement dépasser le temps imparti, mais seulement parce que vous m'avez donné mauvaise conscience au sujet du plat de biscuits qui se trouve là-bas. Je m'apprêtais à y aller, mais j'ai décidé de m'en abstenir.

Margot Shields, de Statistique Canada, voudriez-vous continuer?

Mme Margot Shields (analyste principale, Division de la statistique de la santé, Statistique Canada): Je vais vous présenter les statistiques sur l'obésité juvénile des 25 dernières années. Nous avons utilisé trois sources de données.

La première est l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2004. Ces dernières années, lorsque Statistique Canada a produit des estimations concernant l'embonpoint et l'obésité, elles se basaient surtout sur les données fournies par les répondants. Cela veut dire qu'on allait demander aux gens quels étaient leur taille et leur poids. Nous produisons nos rapports d'après les chiffres fournis. En 2004, nous avons équipé nos enquêteurs de balances et de rubans à mesurer pour qu'ils puissent mesurer eux-mêmes la taille et le poids des Canadiens.

Si vous évaluez l'obésité d'après vos propres mesures, ce n'est plus la même histoire. Les données fournies par les répondants ont tendance à sous-estimer le poids, surtout dans le cas des femmes, et à surestimer la taille, surtout dans le cas des hommes. En fin de compte, en utilisant nos propres mesures, nous obtenons des chiffres plus élevés pour l'obésité.

Lorsqu'on fait des comparaisons d'une période à l'autre et d'un pays à l'autre, il faut s'assurer d'utiliser la même méthodologie. J'ai fait des comparaisons avec l'Enquête santé Canada 1978-1979 qui se basait également sur des données mesurées. L'enquête nationale sur la santé et la nutrition des États-Unis se fonde aussi sur des données mesurées.

Mes estimations sont toutes basées sur l'indice de masse corporelle. Bien entendu, les gens qui sont plus grands pèsent davantage et il s'agit donc d'une mesure du poids qui est ajustée en fonction de la taille. On calcule cet indice en divisant le poids en kilogrammes par le carré de la taille en mètres.

Le seuil d'obésité et d'embonpoint est bien établi pour les adultes. Nous avons les lignes directrices canadiennes qui correspondent à celles de l'Organisation mondiale de la santé. On considère que les adultes qui ont un IMC de 25 ou plus font de l'embonpoint et que ceux dont l'IMC est de 30 ou plus sont obèses, ce qui est associé à une augmentation des risques pour la santé.

Les choses sont moins claires pour les enfants, mais le groupe de travail international sur l'obésité a récemment recommandé des seuils pour évaluer l'embonpoint et l'obésité chez les enfants. Ils ont extrapolé les seuils s'appliquant aux adultes en fonction de la courbe de croissance des enfants. Nous avons maintenant des seuils qui tiennent compte du sexe et de l'âge précis des enfants. Je vais vous présenter des chiffres pour les enfants âgés de 2 à 17 ans.

En 2004, nous avons constaté que 8 p. 100 des enfants canadiens étaient obèses. De plus, 18 p. 100 des enfants faisaient de l'embonpoint, ce qui donnait un pourcentage total de 26 p. 100 pour l'embonpoint et l'obésité combinés. Ce pourcentage a nettement augmenté depuis 1978-1979 où seulement 3 p. 100 des enfants étaient obèses et 15 p. 100 faisaient de l'embonpoint ou étaient obèses. Les résultats sont les mêmes pour les garçons et les filles, mais l'augmentation a été importante au cours des 25 dernières années.

Le deuxième graphique qui présente les résultats selon l'âge montre que chez les garçons l'incidence de l'obésité augmente au fur et à mesure qu'ils vieillissent, de l'âge de 2 à 5 ans, de 6 à 11 ans et de 12 à 17 ans. Elle est plus stable chez les filles jusqu'à l'âge de 17 ans, mais il y a ensuite une forte augmentation. Les chiffres deviennent plus similaires chez les hommes et les femmes. Le maximum se situe vers l'âge de 45 à 64 ans. Dans le cas des adultes, les taux d'obésité des hommes et des femmes sont à peu près les mêmes, soit de 23 p. 100.

Au cours des 25 dernières années, c'est chez les jeunes de 12 à 17 ans que l'obésité a le plus augmenté. Le graphique 3 présente la répartition des IMC et le pourcentage d'enfants présentant ces divers

IMC. En 1978-1979, il y avait beaucoup plus d'enfants ayant un IMC plus bas, mais ensuite les choses ont changé. Il y a beaucoup plus de jeunes qui ont un IMC supérieur à 25 alors qu'il s'agit des seuils pour les adultes. Il est très rare de voir un changement aussi important au sein d'une population. En fait, chez les jeunes de 12 à 17 ans, le taux d'obésité a triplé passant de 3 p. 100 à 9 p. 100 entre 1978-1979 et 2000.

Le graphique 4, qui présente les taux d'embonpoint et d'obésité par province, montre que les taux sont généralement plus élevés dans les provinces de l'Atlantique, surtout à Terre-Neuve et au Nouveau-Brunswick. Des taux plus bas ont été observés en 2004 au Québec et en Alberta.

● (1125)

Le tableau 5 fait la comparaison entre le Canada et les États-Unis. En général, les résultats sont assez semblables dans les deux pays. Les fillettes américaines ont tendance à souffrir davantage d'obésité que les fillettes canadiennes, mais si vous comparez seulement la population blanche à la population blanche, cette différence disparaît.

Le tableau 6 porte de nouveau sur le Canada. Il examine l'obésité et l'embonpoint en fonction du groupe ethnique. La population noire du Canada n'est pas différente de la blanche. La barre représentant la population noire a l'air un peu bizarre parce que la taille de l'échantillon était trop faible pour que je produise une estimation. Néanmoins, les enfants originaires de l'Asie du Sud-Est et de l'Asie orientale ont moins tendance à être obèses tandis que les enfants autochtones vivant hors réserve ont nettement plus de chances d'être obèses. Le taux d'obésité est de 20 p. 100 et le taux combiné de 41 p. 100, ce qui est beaucoup plus élevé que le taux canadien moyen de 26 p. 100.

En ce qui concerne les choses auxquelles l'obésité est associée, le tableau 7 examine les taux d'obésité et d'embonpoint par rapport à la consommation de fruits et de légumes. La barre du côté droit représente les jeunes qui mangent des fruits et des légumes au moins cinq fois par jour. Ils risquent beaucoup moins de faire de l'embonpoint ou d'être obèses que les enfants et les adolescents qui consomment moins souvent des fruits et des légumes.

L'Enquête sur la santé communautaire de 2004 portait en partie sur la nutrition. Nous avons demandé aux gens de dire tout ce qu'ils avaient mangé au cours des dernières 24 heures. Ces données seront seulement disponibles le mois prochain. À l'avenir, nous pourrions examiner les taux d'obésité par rapport à toute une gamme de facteurs nutritionnels comme la teneur en gras des aliments consommés, la fréquence des repas dans des établissements de restauration rapide et des choses de ce genre. Ces facteurs seront étudiés.

Le tableau 8 examine l'obésité et l'embonpoint par rapport au temps passé devant un écran. Cela correspond au nombre d'heures que les enfants passent chaque jour à regarder la télévision, à jouer à des jeux vidéo ou à rester assis devant l'ordinateur. Ce sont là les mesures prises quotidiennement pour les 6 à 11 ans. Vous pouvez voir que les enfants qui restent devant un écran pendant plus de deux heures par jour sont davantage touchés par l'obésité et l'embonpoint que ceux qui passent une heure ou moins par jour devant un écran.

Le tableau 9 montre la même chose pour les jeunes de 12 à 17 ans. Pour ce groupe, nous avons mesuré le temps passé devant un écran sur une base hebdomadaire, mais vous pouvez voir également le même rapport de cause à effet.

Nous aimerions pouvoir faire une comparaison historique du temps passé devant un écran pour voir s'il y a une progression. C'est assez difficile. En effet, à cause de l'ordinateur, ce n'est pas tout à fait la même chose. Le *Campbell Survey of Fitness and Well-Being* de 1988 nous permet de savoir que ce groupe d'âge passait neuf heures par semaine en moyenne à regarder la télévision. À l'époque, les jeux vidéo étaient inconnus de même que l'ordinateur. En 2004, le temps passé devant la télévision n'a augmenté que d'une heure passant à 10 heures par semaine, mais si vous ajoutez le reste du temps passé devant un écran, cela donne le double, soit 20 heures par semaine. Il y a donc eu une forte augmentation du temps passé devant un écran et des activités plus sédentaires.

Tableau 10. La plupart du temps, les conséquences négatives de l'obésité sur la santé se manifestent seulement à l'âge adulte, mais dans le cadre de notre enquête, nous avons demandé aux adolescents de 12 à 17 ans de dire s'ils pensaient que leur santé était excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise. Vous pouvez voir qu'il y a déjà un lien: les enfants d'un poids normal ont davantage tendance à avoir une perception positive de leur santé que les enfants qui font de l'embonpoint ou qui sont obèses.

J'ai seulement deux dernières choses à ajouter. Même pour les jeunes de 12 à 17 ans, les chiffres que nous voyons, y compris pour l'embonpoint, ont de quoi inquiéter. Nous n'avons pas encore les données canadiennes des études longitudinales, mais une étude récente qui a suivi les adultes sur plusieurs années a révélé que chez les adultes qui font de l'embonpoint, ce sont ceux qui sont âgés dans la vingtaine qui risquent le plus de devenir obèses. On peut donc craindre que les adolescents qui font de l'embonpoint deviendront des adultes obèses avec toutes les conséquences négatives que cela a sur la santé.

D'autre part, une fois qu'une personne est obèse, il n'arrive pas souvent qu'elle réussisse à retrouver un poids normal de façon durable.

• (1130)

Enfin, j'ajouterai que nous voyons de plus en plus de cas d'obésité chez des enfants de plus en plus jeunes. Dans la prochaine génération, il y aura donc des gens qui auront été obèses pendant un plus grand nombre d'années, avec toutes les complications des maladies chroniques associées à l'obésité.

Merci.

Le président: Merci beaucoup.

J'apprécie ces renseignements. Cela fait beaucoup à absorber sans vouloir faire de jeu de mots.

Nous passons maintenant à Peter Katzmarzyk, de l'Université Queen's. Merci d'être venu.

Je crois que vous avez étudié ce sujet en profondeur. Nous avons hâte de vous entendre. Vous disposez de 10 minutes.

Dr Peter T. Katzmarzyk (professeur agrégé, École d'éducation physique et des sciences de la santé et département de santé communautaire et d'épidémiologie, Queen's University): Merci de m'avoir invité.

Je fais des recherches sur l'obésité. Je suis un épidémiologiste. Je travaille depuis une quinzaine d'années dans le domaine de l'obésité au Canada et je fais des études comme celles dont vous venez d'entendre parler. Autrement dit, j'étudie l'incidence de l'obésité au cours des années et j'essaie d'estimer la charge que l'obésité représente pour le système de santé canadien.

Au lieu de citer d'autres statistiques, je résumerai en disant que nous connaissons actuellement une épidémie mondiale d'obésité juvénile. Nous avons fait récemment une comparaison internationale entre 34 pays différents, surtout des pays d'Amérique du Nord et d'Europe et le Canada se place au cinquième rang de ces pays pour ce qui est de l'incidence de l'obésité chez les enfants. Les États-Unis sont légèrement au-dessus de nous. Ils se positionnent en deuxième ou troisième place. Ils sont donc sur le podium, mais nous sommes en train de les rattraper.

En résumé, nous sommes tous conscients de l'augmentation considérable de l'incidence de l'obésité. L'obésité a augmenté chez les adultes. Néanmoins, le plus inquiétant, c'est qu'elle a progressé à un rythme beaucoup plus rapide chez les enfants que chez les adultes. Cela me préoccupe énormément, de même que les autres chercheurs qui travaillent dans ce domaine.

Encore une fois, pour parler un peu de variations socioéconomiques et provinciales, nous constatons un taux d'obésité plus élevé dans les provinces de l'Atlantique que dans le reste du pays. Dans chacune des régions du Canada, nous pouvons constater les différences d'une classe socioéconomique à l'autre; autrement dit, l'incidence de l'obésité est plus forte dans les classes socioéconomiques inférieures, et c'est surtout vrai pour les enfants. On peut constater des différences bien nettes dans l'ensemble du pays. Néanmoins, la situation socioéconomique plus faible des provinces de l'Atlantique ne suffit pas à expliquer le taux élevé d'obésité. Il se passe un autre phénomène que nous devons étudier.

Cela dit, nous savons que l'obésité entraîne plusieurs risques pour la santé. Le Dr Finegood en a mentionné quelques-uns. On constate maintenant une plus forte incidence de dyslipidémie, d'hypertension et de diabète chez les enfants. Il ne faut pas oublier que cette génération d'enfants va grandir et que l'obésité a fortement tendance à continuer de l'enfance à l'âge adulte. Nous connaissons une épidémie d'obésité à l'heure actuelle, mais ce n'est que la pointe de l'iceberg. Quand les enfants d'aujourd'hui deviendront des adultes, ils feront nettement augmenter le coût des soins de santé.

Le Dr Finegood a mentionné le syndrome métabolique. Nous constatons aujourd'hui chez les adultes un ensemble de facteurs de risque soit les maladies cardiaques, le diabète et l'hypertension. On les constate également de plus en plus chez les enfants. Aux États-Unis, environ 50 p. 100 des garçons et environ 30 p. 100 des filles présentent actuellement plus d'un facteur de risque de maladie cardiovasculaire. Ce sont des enfants de 12 à 17 ans et un bon nombre d'entre eux ont de multiples facteurs de risque, deux, trois ou quatre.

Nous avons fait quelques études au Québec. Les enfants qui présentent quatre facteurs de risque ou plus, et ce sont les enfants âgés de 8 à 18 ans, risquent de 20 à 40 fois plus d'avoir de l'embonpoint ou d'être obèses. Nous connaissons donc les risques. Ils sont importants. Voilà donc le problème auquel nous sommes confrontés actuellement: un taux élevé d'obésité et des risques élevés.

Quelles en sont les conséquences? Nous avons fait quelques études sur le coût économique de l'obésité et de l'inactivité physique au Canada. Ces travaux portaient principalement sur les adultes, car même si les enfants sont obèses, les maladies associées à l'obésité prennent plusieurs années à apparaître. Les enfants obèses n'ont pas de crises cardiaques ou d'accidents cérébrovasculaires avant d'être des adultes.

Une étude américaine a estimé certains des coûts économiques de l'obésité. Elle a conclu qu'au cours des 20 dernières années le nombre d'hospitalisations reliées à l'obésité a triplé et que le coût des soins de santé associés à l'obésité a également triplé. C'est pour les enfants et sur une période de 20 ans.

En ce qui concerne le coût économique au Canada, nous avons fait plusieurs études pour essayer de l'évaluer. Pour le moment, nous déboursions environ 4,5 milliards de dollars par année pour traiter l'obésité et les troubles reliés à l'obésité au Canada. Je dis bien 4,5 milliards de dollars. Si vous ajoutez à cela le coût de l'inactivité physique, par exemple, étant donné que c'est un coût distinct, cela donne plus de 5 milliards de dollars.

• (1135)

Ces chiffres peuvent être divisés en coûts directs et indirects. Le coût direct des soins de santé associés à l'obésité se chiffre à environ 1,6 milliard de dollars par année. Il s'agit de dépenses directement reliées aux médecins, aux hôpitaux, aux infirmières, aux médicaments et à la recherche. Cela s'élève à 1,6 milliard de dollars par année.

Les coûts indirects, qui sont plus difficiles à évaluer, sont encore plus importants. Ils sont d'environ 2,7 milliards de dollars. Ce sont des choses comme la perte de productivité au travail et la mortalité. Si une personne meurt à l'âge de 45 ou 50 ans d'un accident vasculaire cérébral relié à son obésité, la société perd la productivité de cette personne, sans parler de tous les impôts qu'elle aurait pu payer. Ce sont les choses dont il faut tenir compte lorsqu'on estime les coûts indirects de l'obésité. C'est une charge pour notre société.

Voilà donc le chiffre avec lequel nous travaillons actuellement: 4,3 milliards de dollars.

Cela ne tient pas compte de l'épidémie d'obésité juvénile. Pour le moment, ces coûts représentent de 3 à 5 p. 100 du coût total des soins de santé. Néanmoins, quand ces enfants grandiront, ce pourcentage va nettement augmenter au cours des années à venir.

Voilà ce que j'avais à dire aujourd'hui du point de vue d'un chercheur qui travaille dans ce domaine. J'aimerais m'arrêter là.

• (1140)

Le président: Merci beaucoup.

Tout cela est plutôt inquiétant. Nous passons maintenant au Conseil canadien des aliments et de la nutrition. Nous allons parler de nutrition.

Francy Pillo-Blocka, vous avez 10 minutes.

Mme Francy Pillo-Blocka (présidente-directrice générale, Conseil canadien des aliments et de la nutrition): Bonjour, et merci de m'avoir invitée.

Je voudrais commencer par parler un peu de notre organisation. Le Conseil est un organisme multisectoriel sur les politiques et l'information en matière de nutrition et d'alimentation basées sur des preuves scientifiques. Le Conseil a été fondé en août 2004 en fusionnant deux organismes, l'Institut national de la nutrition qui existait depuis 25 ans et le Conseil canadien de l'information sur les aliments qui existait depuis plus de cinq ans.

Le CCAN a pour mission de jouer le rôle de catalyseur au niveau de l'amélioration de la santé nutritionnelle et du mieux-être des Canadiens en proposant des solutions basées sur des preuves aux principaux problèmes nutritionnels et en préconisant une politique de nutrition s'appuyant sur des données scientifiques. Je vous remercie donc une fois de plus de m'avoir invitée.

Je vais vous donner quelques précisions supplémentaires au sujet de notre organisme. Nous regroupons des membres de divers secteurs dont des universités, des organismes de santé, des ONG, des groupes de producteurs, des fabricants de produits alimentaires, des détaillants, des laboratoires pharmaceutiques, etc. Notre conseil d'administration compte 15 personnes dont neuf du secteur privé et six du secteur public. Sa présidente vient du secteur public. Notre principale orientation stratégique consiste à veiller à ce que nos activités politiques concernant la nutrition se basent sur des preuves scientifiques et visent à améliorer la santé et le bien-être des Canadiens.

Nous avons pour le moment trois priorités dont la première est l'obésité juvénile. La deuxième est l'élimination des gras trans dans l'alimentation et la troisième est le *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*. Étant donné la complexité du problème de l'obésité juvénile, nous pensons que cette question restera une de nos priorités pendant de nombreuses années.

Si je suis ici aujourd'hui — et c'est ce qu'on m'a demandé de faire — c'est pour vous présenter notre point de vue sur l'obésité juvénile, laquelle constitue une de nos priorités en ce qui concerne les politiques visant à combattre l'obésité.

Depuis la création de notre conseil, nous avons lancé trois initiatives dont je vais vous donner les résultats. La première était un forum sur l'obésité intitulé *New Directions in Policy in Canada*, qui a eu lieu en octobre 2005. Notre deuxième initiative a été notre participation au groupe de travail sur les gras trans, en 2005. Même si cela ne vise pas directement l'obésité juvénile, c'est un modèle qui s'applique à la résolution des problèmes de santé et à ce genre de choses. Demain, nous tiendrons un laboratoire d'idées sur la nutrition et l'activité physique dans les écoles dont je vous parlerai un peu également.

Les principales conclusions de notre forum — je ne vais pas répéter tous les faits et les chiffres qui ont déjà été mentionnés ce matin — étaient que l'obésité est une épidémie et que l'obésité juvénile est également une épidémie. Et c'est une réalité. Cela devient inquiétant, non seulement au niveau national, mais aussi sur la scène mondiale. La politique à l'égard de l'obésité doit avoir une approche multiniveau et multisectorielle. Il existe des solutions, mais il faut simplement que nous nous attelions à la tâche.

Comme il est certainement préférable de prévenir l'obésité, plus nous pouvons intervenir maintenant, plus nous pourrions résoudre ce problème plus tard. Encore une fois, les problèmes complexes exigent des solutions multiniveaux et multisectorielles. Il faut toutefois se garder de comparer l'obésité avec d'autres problèmes comme le tabac. On peut s'inspirer de ce modèle, mais l'obésité et surtout l'obésité juvénile ne se comparent pas au tabagisme. Fumer n'est pas une obligation alors que manger en est une.

Il est important de comprendre qu'il y a de multiples épidémies d'obésité qui se produisent en même temps. Cette épidémie touche les enfants et les adolescents, mais aussi les enfants et les adolescents pauvres ainsi que les enfants et les adolescents autochtones. La complexité du problème diffère d'un groupe à l'autre et les politiques doivent en tenir compte pour être efficaces.

Par conséquent, pour s'attaquer au problème, du point de vue du gouvernement, au niveau de la nutrition, du poids corporel, de l'activité physique, de la santé et de la promotion de la santé, il faut que les organismes sanitaires poursuivent la recherche, l'éducation des consommateurs et la défense des intérêts du public. Dans le secteur privé, nous avons besoin de programmes d'éducation et de sensibilisation s'adressant aux consommateurs et aux professionnels de la santé, de publicité ainsi que de recherche-développement sur les aliments et les produits. Toute cette action doit être simultanée pour créer une synergie.

Il y a un exemple dont je vous parlerai aujourd'hui, celui de l'accord conclu en Nouvelle-Zélande avec l'industrie alimentaire. Cet accord, qui date de 2004, est multisectoriel et regroupe l'industrie alimentaire, des ONG, des producteurs, des distributeurs, etc. Tous les membres de ce groupe ont reconnu que l'obésité est un problème complexe et que toutes les parties doivent contribuer à le résoudre.

• (1145)

Ce modèle pourrait peut-être être utilisé au Canada. Il y a eu un certain nombre d'efforts et d'initiatives qui ont tous eu lieu simultanément. Il y a eu un grand nombre de partenariats et de collaborations dans le domaine de la recherche, de l'étiquetage, de la publicité sur l'obésité et de l'éducation sur le diabète dans les écoles. On a également incité les entreprises à diriger des initiatives sur le plan de la composition et de la recombinaison des aliments et des boissons, la taille des portions, l'étiquetage, le parrainage, le marketing social et la sensibilisation du public. Il serait donc utile de jeter un coup d'oeil sur les initiatives qui ont été prises à l'étranger dans le cadre de l'expérience néo-zélandaise.

Il y a ensuite notre travail au sein du groupe d'étude sur les gras trans qui était coprésidé par la Fondation des maladies du coeur et Sally Brown, qui est avec nous aujourd'hui. Si je parle de cette initiative, c'est parce que même si l'obésité juvénile et les gras trans sont des problèmes très différents sur le plan de la complexité et du reste, il a été très utile de réunir tous les secteurs autour de la table pour discuter et arriver à un consensus. Je voulais donc en parler aujourd'hui et je recommanderais également un modèle ouvert pour s'attaquer au problème de l'obésité juvénile. C'est récent. Ce travail vient tout juste d'être terminé.

Enfin, il y a notre laboratoire d'idées sur la nutrition et l'activité physique dans les écoles qui aura lieu demain. Des experts parleront de la façon dont les enfants acquièrent des comportements nutritionnels, de l'activité physique chez les enfants, de ce que mangent les enfants d'âge scolaire, de l'obésité juvénile et de l'environnement scolaire, ainsi que des partenariats aux niveaux international, national et provincial. Nos experts souligneront à quel point les preuves scientifiques justifient une intervention et quelles sont les données qui manquent encore. Les conférenciers parleront de la prévention, des traitements complets, des environnements sains dans les écoles sur le plan de la nutrition et de l'activité physique, des politiques fondées sur des preuves scientifiques, des partenariats et de la nécessité de poursuivre la recherche et la surveillance.

Pour résumer, l'incidence de l'obésité juvénile augmente et a de nombreuses conséquences négatives. La solution stratégique consiste à éviter que l'obésité juvénile ne progresse davantage. C'est un problème complexe et les solutions doivent aussi être complexes, mais une approche multisectorielle sera certainement utile.

Merci.

Le président: Merci beaucoup. Je le comprends.

Il nous reste un groupe de témoins, Sally Brown et Stephen Samis, de la Fondation des maladies du coeur. Je ne sais pas qui va prendre la parole.

Sally, vous avez 10 minutes. Nous apprécions votre présence ici.

Mme Sally Brown (directrice générale, Fondation des maladies du coeur du Canada): Nous apprécions d'avoir été invités. Merci beaucoup.

La Fondation des maladies du coeur s'est donné pour mission de réduire la mortalité et l'invalidité causées par les maladies cardiovasculaires.

Je mentionnerais que le mois de juin marque notre 50^e anniversaire.

La lutte contre les maladies cardiovasculaires a fait de nombreux progrès depuis 50 ans. Nous pensons y avoir contribué. Nous avons investi environ 1,2 milliard de dollars dans la recherche et l'éducation sur la santé au cours des 50 dernières années.

Une de nos nouvelles priorités est la réduction de l'obésité. Bien entendu, si nous nous attaquons à ce problème, c'est parce que c'est un facteur de risque pour les maladies cardiovasculaires. Nous nous réjouissons d'avoir pu nous associer récemment, pour la recherche sur l'obésité, à l'Institut de Diane que nous avons surnommé affectueusement l'« Institut Fini les Beignes ». Nous avons travaillé avec Diane et son équipe au renforcement des capacités, à la mise en lumière des lacunes dans la recherche sur l'obésité et à la préparation des possibilités de recherche stratégique.

Nous vous remercions encore une fois de nous avoir invités à discuter avec vous de cette question cruciale. C'est un sujet que nous avons abordé il y a deux semaines environ dans le document que nous venons de publier et qui s'intitule *Faire pencher la balance du progrès: les maladies du coeur et les accidents vasculaires cérébraux au Canada 2006*. Dans ce document, il est question de la progression des maladies du coeur et des accidents vasculaires cérébraux au Canada.

Notre document contient également un certain nombre de données et de statistiques. Je ne vais pas tous les passer en revue. Je répéterai peut-être quelques messages que je crois utile de répéter.

À la page 2, vous pouvez voir que les maladies cardiovasculaires représentent un énorme fardeau. Il y a à la fois des bonnes nouvelles et des mauvaises nouvelles. La bonne nouvelle est que les taux de mortalité et d'hospitalisation sont en diminution depuis de nombreuses années, mais la mauvaise nouvelle est que les maladies du coeur et les accidents vasculaires cérébraux causent encore près de 74 000 décès chaque année et qu'ils restent la principale cause de décès au Canada. J'ai été frappée d'entendre Peter Katzmarzyk dire que les hospitalisations pour les maladies cardiovasculaires sont en baisse, mais que les hospitalisations reliées à l'obésité sont en hausse.

Il y a d'autres mauvaises nouvelles. Comme vous l'avez entendu dire, les gens plus âgés représentent un fardeau plus lourd et comme nous vieillissons, le fardeau va s'alourdir au lieu de s'alléger.

À la page 4, nous montrons les facteurs de risque associés aux maladies cardiovasculaires. Bien entendu, une mauvaise alimentation et une sédentarité physique, deux facteurs de risque distincts, s'allient pour contribuer à l'obésité qui est elle-même un facteur de risque.

Comme Francys, je mentionnerais qu'en ce qui concerne une mauvaise alimentation, la réduction des gras trans est également une question extrêmement importante à nos yeux. Les gras trans représentent un gros facteur de risque pour les maladies du cœur et, comme chacun le sait, les Canadiens sont parmi les plus gros consommateurs de gras trans au monde. Ce n'est donc pas un problème d'obésité. On considère sans doute que c'est un problème d'obésité parce qu'un grand nombre des aliments qui ont une forte teneur en gras trans sont de la malbouffe qui contribue à l'obésité.

Il y a encore d'autres mauvaises nouvelles: l'obésité a augmenté depuis 25 ans dans tous les groupes d'âge. Par conséquent, même si j'ai dit que nous avons fait des progrès impressionnants sur le plan des maladies cardiovasculaires, l'obésité pourrait nous faire régresser. Est-ce que 60 est le nouveau 70? Comme le montre la figure 7, la tendance s'applique aux enfants, mais je ne passerai pas en revue les données très impressionnantes de Statistique Canada à ce sujet. Nous avons entendu dire que l'obésité s'aggrave au fur et à mesure que les enfants vieillissent. Comme l'a dit Francys, ils risquent davantage de garder leur embonpoint ou leur obésité et il est important de le souligner. Les enfants qui montrent maintenant des signes d'obésité risquent fort d'avoir des maladies cardiovasculaires plus tard au cours de leur vie.

Dans notre document, nous avons inclus les taux d'obésité des hommes et des femmes selon le niveau de revenu. Je n'en parlerai pas.

Nous savons aussi que, malheureusement pour notre santé, près de la moitié des Canadiens âgés de plus de 12 ans déclarent ne pas avoir d'activités physiques. Personnellement, je trouve ce chiffre consternant. Le vieillissement de la population aggrave le problème étant donné que l'activité diminue avec l'âge.

Statistique Canada nous a dit également que les enfants qui passent beaucoup de temps devant un écran ont davantage tendance à l'embonpoint ou à l'obésité que ceux qui y consacrent moins de temps. Certaines études ont démontré que cette augmentation n'est pas seulement le résultat du manque de temps qui reste pour l'activité physique, mais aussi de la publicité présentée pour les produits alimentaires et les boissons pendant les émissions de télévision destinées aux enfants.

• (1150)

Enfin, nous voulons souligner qu'il n'y a toujours pas suffisamment de données de surveillance et d'autres données sur la consommation d'aliments et les habitudes alimentaires au Canada, l'inactivité physique et la façon dont ces variables influent sur l'obésité au cours de la vie d'une personne.

Stephen Samis va maintenant vous dire comment nous pensons qu'il faudrait lutter contre l'épidémie d'obésité chez les enfants et les adultes, à partir des preuves scientifiques. Nous parlons seulement du rôle du gouvernement fédéral. Même s'il ne s'agit évidemment pas d'un problème qui regarde uniquement le gouvernement fédéral, ce dernier a un rôle considérable à jouer dans ce domaine.

M. Stephen Samis (directeur, Politique de la santé, Fondation des maladies du cœur du Canada): Merci, Sally.

Je serai très bref, monsieur le président.

Nous savons qu'il y a des leçons à tirer de l'expérience de la lutte contre le tabagisme. La Fondation des maladies du cœur a dit que le nouveau tabac c'était le gras, mais nous ne croyons pas que l'industrie alimentaire soit l'équivalent de l'industrie du tabac. À notre avis, l'industrie alimentaire doit aider à réduire l'obésité au Canada. En fait, nous travaillons en collaboration très étroite avec

elle par l'entremise de notre programme Visez santé. Nous faisons quelques analogies entre les aliments et le tabac, mais nous tenons à bien faire une distinction entre les deux industries.

Nous savons qu'il y a des leçons à tirer de l'expérience du tabagisme et je vais en citer quelques-unes. Nous savons, par exemple, que l'éducation est importante, mais qu'elle n'est pas suffisante. Comme Diane l'a montré, l'éducation est importante, mais seulement jusqu'à un certain point. Comme d'autres l'ont dit, de multiples intervenants doivent agir de diverses façons pour nous aider à réduire les taux d'obésité. Il faut adopter une approche globale. Ce que nous avons appris de la réduction du tabagisme — et le Canada a maintenant un des taux de tabagisme les plus faibles au monde, ce dont nous devrions être très fiers — c'est que lorsqu'on s'engage à régler un problème et à travailler de façon coordonnée, on peut vraiment obtenir des résultats.

Nous tenons aussi à répéter que nous devons améliorer notre infrastructure de données, comme l'a déclaré Sally. Le Canada est l'un des rares pays qui n'a pas fait d'étude des cohortes suivant les gens tout au long de leur vie. C'est inacceptable pour un pays industrialisé du calibre du Canada. En fait, de nombreux chercheurs canadiens sont forcés d'utiliser des données américaines et britanniques pour suivre l'évolution de la santé au cours de la vie d'une personne. Le Canada a besoin de ce genre d'étude. Cela élargira au moins nos connaissances.

Nous avons déjà parlé dans notre rapport et dans d'autres tribunes de l'importance de se servir des incitatifs fiscaux pour s'attaquer à l'obésité. Nous l'avons fait avec le tabac et nous pouvons le faire aussi avec l'obésité. Nous avons parlé de supprimer la taxe de vente sur les aliments vendus dans la restauration ou au détail qui sont jugés bons pour la santé et d'imposer peut-être des taxes supplémentaires sur les aliments moins sains. Nous savons toutefois qu'en ce qui concerne les aliments, les incitatifs fiscaux sont plus efficaces que les taxes et par conséquent, nous les recommandons davantage.

Nous demandons au gouvernement fédéral de supprimer la taxe de vente sur l'équipement sportif et récréatif qui inciterait les Canadiens à faire une activité physique et de lancer en même temps une campagne publicitaire pour en informer le public et l'inviter à s'activer physiquement.

Enfin, les mesures récentes nous paraissent encourageantes, mais nous invitons le gouvernement fédéral à continuer d'accorder des crédits d'impôt et des exonérations pour favoriser l'activité physique, que ce soit pour des cours de conditionnement physique, l'adhésion à un gymnase, l'inscription des enfants à des activités, des sports organisés, etc.

Le Canada a désespérément besoin d'une stratégie de prévention des maladies chroniques qui soit intégrée et suffisamment financée. Nous exhortons le gouvernement fédéral à se diriger dans cette voie et à joindre ses efforts à ceux de l'Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada pour élaborer et mettre en oeuvre cette stratégie.

Monsieur le président, je tiens à souligner que quatre ans après que le gouvernement fédéral a annoncé l'élaboration d'une stratégie en matière de modes de vie sains, nous attendons toujours la mise en oeuvre de cette stratégie. Le temps est certainement venu d'agir.

Nous voulons aussi souligner que, comme le tabagisme, ce n'est pas un problème personnel et que l'environnement dans lequel nous vivons conditionne notre comportement et nos habitudes. Diane a parlé d'un environnement obésogénique et c'est très important. Nous demandons au gouvernement fédéral de continuer à chercher un moyen d'améliorer, grâce à son programme de transfert des taxes sur l'essence, le financement de l'infrastructure de transport des provinces et des villes de façon à améliorer l'activité physique. Nous demandons au gouvernement fédéral d'attribuer 7 p. 100 de son financement de l'infrastructure aux infrastructures de transport qui améliorent l'activité physique. À l'heure actuelle, le gouvernement fédéral américain attribue 10 p. 100 du financement à ce genre de moyens de transport tandis que le Canada ne fait absolument rien à cet égard.

Nous demandons aussi au gouvernement fédéral de faire en sorte qu'une infrastructure sociale favorisant l'activité physique soit incluse dans le programme de transfert des taxes sur l'essence afin qu'il finance non seulement des routes et des égouts, mais aussi des choses comme les centres récréatifs, les centres communautaires, les piscines, etc. Nous demandons au gouvernement fédéral de continuer à augmenter les transferts qui permettront d'améliorer le réseau de transport en commun et d'autres mesures propres à accroître l'activité physique.

Nous avons également souligné l'importance de la commercialisation et de la promotion publicitaire des produits alimentaires qui s'adressent aux enfants. Les études prouvent que la promotion des aliments malsains qui s'adresse aux enfants entraîne une augmentation de la consommation de ces produits. Les jeunes enfants ne comprennent pas quand leur émission se termine et quand la publicité commence et cela influence leur choix d'aliments.

• (1155)

L'Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada, un regroupement d'organismes de santé publique dont nous assumons la présidence, s'est penchée sur le problème et compte pouvoir présenter prochainement au comité des recommandations à ce sujet.

Nous demandons au gouvernement fédéral d'explorer des moyens de réduire la promotion d'aliments particulièrement gras qui vise les enfants. Il y a au Québec un modèle qui n'a pas sa pareille dans le monde. Le Québec a interdit en 1980 la publicité télévisée qui s'adresse aux enfants de moins de 13 ans. Cela s'applique à la publicité commerciale et non pas aux annonces d'intérêt public.

Quels sont les résultats de l'interdiction prononcée au Québec? Le Québec qui a prononcé cette interdiction a l'un des taux les plus bas de consommation de boissons gazeuses au pays et l'un des taux les plus élevés de consommation de fruits et de légumes ainsi qu'un des taux d'obésité les plus faibles du Canada. Nous tenons à bien préciser que nous n'établissons pas un lien de cause à effet entre cette interdiction et ces comportements, mais c'est certainement quelque chose à étudier. Vous pouvez voir au tableau 22 que le pourcentage d'enfants de 6 à 11 ans qui font de l'embonpoint ou qui sont obèses au Québec est l'un des plus faibles au pays.

• (1200)

Mme Sally Brown: Pour conclure, monsieur le président, nous croyons que nous pouvons et devons appliquer un certain nombre des leçons tirées de la lutte contre le tabagisme. Nous avons été unanimes à ce sujet. La lutte contre le tabagisme a été un succès. C'est un succès que nous pouvons répéter. Il faut adopter une approche globale. Nous devons nous servir de nombreux leviers. Il faut appliquer les instruments de politique publique à tous les

niveaux. Comme vous l'avez entendu dire, les solutions sont complexes, mais nous devons commencer immédiatement et progresser étape par étape.

Sans vouloir prendre à la légère ce sujet très lourd, voici une dernière image qui montre... Cette photo a été prise il y a deux semaines par un parent d'un des membres de notre personnel et c'est donc authentique. C'était dans un magasin français où l'on pouvait voir quatre formats de frites, petit, moyen, grand et américain. Le format américain est quatre fois plus gros que tous les autres. Cela montre que nous avons un problème particulier en Amérique du Nord. Nous devons nous y attaquer. Nous pouvons commencer par le plus facile, par exemple par la taille des portions. D'autres mesures seront beaucoup plus compliquées. Mais ce n'est pas une excuse pour ne pas agir.

Le président: Je vous remercie tous infiniment. C'était très intéressant. Les membres du comité vont vous poser des questions à ce sujet. J'ai hâte que nous commencions.

Mais avant cela, quelqu'un m'a dit l'autre jour que ce n'est pas que les enfants ne s'intéressent plus aux sports, c'est simplement qu'il leur est plus facile, à leur retour de l'école, de rentrer chez eux, d'ouvrir leur ordinateur et de jouer au basket-ball à l'écran plutôt que dans leur cour. C'est sans doute vrai.

Madame Dhalla, nous allons commencer par un tour de 10 minutes.

Mme Ruby Dhalla (Brampton—Springdale, Lib.): Merci beaucoup. Vos exposés étaient extrêmement intéressants. La plupart d'entre vous avez énormément de connaissances et avez consacré beaucoup de temps et d'efforts à lutter contre ce que Peter a qualifié, je crois, d'épidémie non seulement en Amérique du Nord, mais dans le monde.

Avant de commencer, j'allais proposer une motion que mon collègue, M. Batters, pourrait sans doute appuyer. Il s'agit d'interdire tous les biscuits aux réunions du Comité de la santé.

Des voix: Oh, oh!

M. Dave Batters (Palliser, PCC): Je ne peux pas appuyer cette motion, monsieur le président. Qu'est-ce que je mangerais?

Mme Ruby Dhalla: S'il soulève la petite pancarte devant lui, nous saurons exactement combien de biscuits il a dans son assiette.

M. Dave Batters: Merci, madame Dhalla.

Mme Ruby Dhalla: Je vous en prie.

Une chose qui m'intéresse beaucoup et qui a été, je crois, mentionnée récemment dans les médias, est un rapport de la Fondation des maladies du cœur au sujet d'une initiative au niveau provincial, en Ontario, où l'on a éliminé les distributrices dans les écoles. En jetant un coup d'oeil sur votre rapport, je constate que vous avez également fait cette recommandation. Avez-vous travaillé en collaboration avec d'autres provinces et peut-être d'autres écoles du pays pour promouvoir cette recommandation? Quand l'Ontario l'a fait, cela a suscité la controverse, car certaines enfants et enseignants se sont plaints que le gouvernement s'ingérait dans leurs affaires en essayant de dicter le genre d'aliments qu'on devait offrir aux enfants.

Pourriez-vous en parler et nous dire quel genre de stratégie a été mis en place au niveau national pour que les écoliers obtiennent des aliments sains?

M. Stephen Samis: Merci. C'est une bonne question.

Nous avons travaillé sur ce dossier un peu partout au Canada, tant à la Fondation des maladies du cœur que par l'entremise de l'Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada. Un certain nombre d'initiatives sont en cours de réalisation un peu partout, notamment en Ontario. La Colombie-Britannique est aussi en train de s'attaquer au problème. Le Québec se penche sur la question. L'Alberta l'a déjà fait. Il y a de plus en plus un mouvement en ce sens dans l'ensemble du pays. On s'est rendu compte que les enfants passaient environ sept heures par jour à l'école et qu'ils étaient, dans une certaine mesure, captifs de cet environnement. Il est très difficile d'y entrer et d'en sortir, surtout pour les jeunes enfants si bien que l'environnement alimentaire de l'école limite leurs choix. Il est donc important de faire en sorte que les aliments offerts à l'école contribuent à la bonne santé des enfants et leur permettent d'apprendre au lieu d'être une source de problèmes.

Nous nous sommes donc penchés sur la question. Toutes nos fondations et alliances provinciales centrent leur attention sur cette question.

• (1205)

Mme Ruby Dhalla: L'Institut a-t-il participé à des travaux dans ce sens, Diane?

Dr Diane T. Finegood: Nous avons travaillé auprès des écoles. Néanmoins, la difficulté sur le plan de la recherche est que lorsque vous isolez un facteur comme les distributrices et que vous essayez de voir si leur suppression des écoles ou le changement de leur contenu a un impact, vous ne constatez souvent qu'un très petit effet étant donné que ce n'est qu'un facteur parmi une cinquantaine ou une centaine d'autres. Cela ne veut pas dire qu'il ne faut pas essayer de rendre l'environnement scolaire plus sain, mais il est difficile de réunir des preuves.

Je ne pense pas qu'il y ait à l'heure actuelle des preuves suffisantes pour dire que cette seule mesure aura un impact important sur les enfants.

Mme Ruby Dhalla: L'autre question que je voulais poser concerne le graphique que Mme Shields, de Statistique Canada, nous a envoyé. Vous avez parlé, je crois des statistiques se rapportant aux différentes communautés culturelles en ce qui concerne l'obésité et l'embonpoint des enfants.

Y a-t-il eu une stratégie pancanadienne pour rejoindre les différents groupes d'âge des différentes communautés ethniques du Canada?

Dans une circonscription comme la mienne, Brampton—Springdale, il y a des gens de toutes sortes d'origines culturelles différentes. Je sais que certaines de ces personnes ne lisent malheureusement pas le *Globe and Mail* ou le *Toronto Star*. Elles lisent leurs propres journaux ethniques, que ce soit dans la communauté chinoise ou la communauté indienne.

Qu'avez-vous fait pour rejoindre certaines de ces communautés ethnoculturelles afin de réduire l'obésité chez les enfants de ces groupes ethniques qui présentent de l'embonpoint?

Mme Margot Shields: En tant qu'employée de Statistique Canada, mon travail est de publier des chiffres. Je crois que quelqu'un d'autre ici serait mieux placé que moi pour répondre à cette question.

Mme Francly Pillo-Blocka: Je pourrais répondre à cette question.

J'ai fait du travail clinique pendant 10 ans et je sais que les services de santé publique ont utilisé le *Guide alimentaire canadien pour manger sainement* et qu'ils l'ont traduit dans de nombreuses langues. Cet outil est mis à la disposition des différentes cultures.

Mme Ruby Dhalla: Si nous pouvions en obtenir des exemplaires, je l'apprécierais.

Mme Francly Pillo-Blocka: Certainement.

Le président: Merci.

Madame Keeper, cinq minutes.

Mme Tina Keeper (Churchill, Lib.): Merci.

Je voudrais féliciter les membres du groupe. C'était un exposé très intéressant.

J'ai aussi une question pour Margot, de Statistique Canada, qui concerne également les communautés culturelles. Je voudrais aussi poser cette question à Diane.

La population de ma circonscription compte 60 à 70 p. 100 d'Autochtones. En fait, elle compte un grand nombre de premières nations. Je remarque que le mémoire parle des Autochtones hors réserve. Je me demande seulement s'il y a des relations de travail entre la Direction de la santé des premières nations et des Inuits et Statistique Canada à ce sujet.

Mme Margot Shields: Diane, vous seriez sans doute mieux placée pour répondre.

Dr Diane T. Finegood: Je peux dire que, comme vous le savez peut-être, les IRSC ont un Institut de la santé des peuples autochtones. Nous avons travaillé en collaboration étroite avec mon collègue, le Dr Jeff Reading, sur des dossiers concernant la santé des peuples autochtones et le diabète. Nous avons cofinancé un certain nombre de projets. Nous en avons illustré un ici.

Nous essayons donc de travailler avec les communautés où le risque d'obésité et de maladies chroniques que cela entraîne est plus grand. Nous travaillons également avec la Direction de la santé des premières nations et des Inuits ainsi que d'autres éléments de l'Agence de santé publique pour que nous puissions réunir des chercheurs et des personnes qui travaillent à la promotion de la santé.

En fait, un des tableaux que je ne vous ai pas montrés, le tout dernier de mon exposé, illustre le cycle du savoir. Une des choses que nous avons clairement établies au Canada — et c'est vrai dans le reste du monde — c'est que lorsqu'on consacre de l'argent à la promotion de la santé, souvent la source de financement se tarie quand on demande quels ont été les résultats de l'activité en question. Nous avons donc travaillé très fort avec nos collègues de la promotion de la santé à la mise en place de systèmes et de mécanismes pour évaluer les programmes de promotion de la santé. En fait, c'est un problème systémique qu'il va falloir résoudre pour que nous sachions exactement quel est l'effet des diverses interventions.

Nous savons que d'une culture à l'autre, la façon de stimuler l'activité physique, par exemple, ne sera pas la même. Il est important d'avoir des gens sur le terrain pour travailler avec les différentes communautés et pour que nous comprenions quel est réellement l'impact de nos efforts.

• (1210)

Mme Tina Keeper: Je vais de nouveau m'adresser à Margot. Je voudrais explorer cette question un peu plus.

Margot, voulez-vous dire que lorsque Statistique Canada fait ce genre de travail, ce n'est pas en collaboration avec la Direction de la santé des premières nations et des Inuits? Tenez-vous compte uniquement des statistiques concernant les Autochtones hors réserve?

Mme Margot Shields: Oui. L'enquête sur la santé de la communauté inuite n'a pas lieu dans les réserves.

Mme Tina Keeper: Très bien. Merci.

Mme Margot Shields: L'enquête sur la santé des peuples autochtones a lieu dans les réserves, mais pas l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

Mme Tina Keeper: Je m'adresse de nouveau à Diane.

Diane, à la page 7, vous parlez du cycle de la santé sociale. C'est un des effets du problème. Si nous examinons les chiffres concernant la santé de la communauté autochtone hors réserve où nous savons que l'obésité pose un problème, nous savons aussi que le diabète de type 2 pose un énorme problème chez les enfants autochtones et qu'il se propage très rapidement. Cela va également avoir un impact.

Comme l'ont dit les membres du groupe, l'obésité est une véritable épidémie qui se répand rapidement au sein de la population canadienne et parmi les enfants. Si vous prenez la population autochtone des premières nations, l'impact est encore plus grand et les problèmes de santé sont très graves.

Comment pensez-vous que l'approche pancanadienne pourrait travailler en collaboration plus étroite avec les instituts de recherche en ce qui concerne la santé des Autochtones?

Dr Diane T. Finegood: J'attire votre attention sur la liste de solutions à des problèmes complexes qui figure à la page 15, car lorsque le problème est aussi complexe, il faut reconnaître que ce que vous faites dans une communauté ne marchera peut-être pas dans une autre. Il faut soutenir les initiatives individuelles, pas seulement au niveau personnel, mais au niveau des communautés. Nous avons besoin de mécanismes pour aider les différentes communautés à prendre leurs propres décisions quant aux solutions qui seront efficaces pour elles. Nous devons ensuite comprendre comment cela fonctionne si nous voulons vraiment nous attaquer au problème.

Mme Tina Keeper: Je suis d'accord. Je comprends.

Je crains seulement que les problèmes de santé des premières nations soient laissés de côté.

Dr Diane T. Finegood: Ce n'est certainement pas notre cas. Comme je l'ai dit, mon collègue Jeff Reading et moi-même travaillons en collaboration étroite avec la Direction de la santé des premières nations et des Inuits pour essayer de résoudre le problème.

Le président: Merci beaucoup.

Réal.

[Français]

M. Réal Ménard (Hochelaga, BQ): Merci, monsieur le président. Il me fait plaisir de revenir au Comité de la santé.

Je voudrais connaître votre point de vue sur une proposition législative qui avait été faite par un de nos collègues lors de la 38^e législature. Un député du Parti libéral, Tom Wappel, avait déposé un projet de loi pour obliger les restaurateurs, particulièrement les propriétaires de grandes chaînes de restaurants où on sert des repas-minute, par exemple McDonald's, à divulguer l'apport en calories ou l'absence de valeur nutritive de chacun des aliments vendus dans leur

restaurant. Il voulait qu'il y ait un tableau indicateur à cet effet et que cette information soit également indiquée dans le menu.

Croyez-vous que ce serait une façon éducative intéressante de combattre le phénomène de l'obésité? C'est ma première question.

J'aimerais ensuite échanger avec Peter sur la question de l'obésité dans les milieux défavorisés. Cela ne fait pas partie de la panoplie de solutions que vous avez présentées. Je ne sais pas si mon collègue a déposé ce projet de loi de nouveau; je ne l'ai pas vu. Pensez-vous que c'est une bonne solution?

• (1215)

[Traduction]

Mme Sally Brown: La Fondation des maladies du cœur s'est prononcée en faveur de ce projet de loi à ce comité, l'année dernière. Nous reconnaissons que cela peut poser des problèmes de logistique pour certains restaurants, mais il est évident que la teneur en calories des aliments est connue. Elle figure souvent à l'endos de l'emballage dans certains restaurants. Cela pourrait être indiqué de façon plus visible et sur la liste des menus. Ce ne serait pas une solution complète, mais cela aiderait les consommateurs. Nous savons tous qu'un grand pourcentage de familles consomment maintenant de la nourriture à l'extérieur du foyer.

M. Stephen Samis: J'ajouterais seulement, et cela fait suite à votre deuxième question, que des nouvelles études réalisées au Canada montrent que les établissements de restauration rapide et ceux qui offrent des aliments à plus forte teneur en gras sont plus nombreux dans les quartiers pauvres que dans les quartiers plus riches. Par conséquent, plus nous informerons les Canadiens de ces quartiers, mieux cela vaudra.

[Français]

M. Réal Ménard: C'est intéressant et ça m'amène à poser...

[Traduction]

Mme Francys Pillo-Blocka: Je suis d'accord. Nous avons fait des études sur les tendances alimentaires. Les consommateurs regardent les renseignements qui figurent sur l'emballage et le savoir apporte le pouvoir. Par conséquent, du point de vue de la restauration rapide, il faut que les gens obtiennent ces renseignements et ils pourront alors changer leurs choix.

[Français]

M. Réal Ménard: J'ouvre une petite parenthèse, avant de poser ma question à Peter. Ici, sur la Colline du Parlement, il y a deux gymnases, dont un pour les parlementaires. Pour ma part, je suis un peu responsable de l'acquisition des équipements. Il est très important, dans tous les milieux professionnels, d'encourager les gens à faire de l'activité physique. De plus en plus de parlementaires font de l'activité physique au gymnase. Je ne désespère pas d'y voir un jour notre président, même s'il est très mince.

Des voix: Ah, ah!

M. Réal Ménard: C'est donc dire qu'il y a une corrélation entre la présence d'installations facilement accessibles au travail et le fait qu'on puisse faire de l'activité physique.

En fait, j'aimerais savoir si, sur le plan scientifique, on a des informations à l'égard de ce qui suit. Quelle est la variable qui incite les gens à faire de l'activité physique, par exemple dans les milieux défavorisés? Chez une personne sédentaire qui a l'habitude de regarder la télévision et qui aime tous les jeux interactifs, par exemple Nintendo et autres jeux de ce genre que les gens de ma génération n'ont pas connus malgré notre jeune quarantaine, quelle variable déclenche le goût de faire de l'activité physique? Y a-t-il une réponse scientifique à cette question? Est-ce le modèle parental? La proximité des installations en milieux communautaires? Un incitatif fiscal? A-t-on des informations scientifiques sur la variable qui déclenche le passage de la sédentarité à l'activité physique?

Comme d'habitude, ma question est brève, monsieur le président. Je n'ai pas changé.

[Traduction]

Dr Peter T. Katzmarzyk: Je pourrais essayer.

C'est une question tellement complexe. Il y a des théories sur les étapes du changement et ce qui incite les gens à vouloir entreprendre une activité physique. Cela dépend de la façon dont vous cherchez à convaincre l'intéressé d'entreprendre une activité physique.

C'est du ressort de la psychologie de la santé. Nous avons au Canada un certain nombre d'excellents psychologues de la santé qui sont financés par les IRSC et la Fondation des maladies du cœur du Canada pour se pencher précisément sur ces questions. Nous ne savons pas comment inciter les gens à se livrer à des activités physiques et à persévérer. Nous ne le savons tout simplement pas.

Le président: Je vais vous laisser donner une brève réponse.

Dr Diane T. Finegood: Nous savons que la plupart des gens marchent pour faire de l'exercice. Nous savons aussi qu'il y a un rapport bien établi entre un indice de masse corporelle peu élevé et l'utilisation des transports en commun ainsi que la marche, le fait de marcher jusqu'à une destination.

Si vous vivez en banlieue, la présence de sentiers de marche agréables entraîne l'augmentation de l'activité physique et si vous vivez en ville, l'accès à toutes sortes de magasins et à des choses de ce genre est ce qui incite les gens à marcher. Par conséquent, lorsque nous bâtissons des banlieues où il n'y a aucun endroit où l'on peut se rendre à pied, les gens ne marchent pas.

● (1220)

Le président: Merci beaucoup.

Avant d'accorder cinq minutes à M. Fletcher, je dirai une chose à M. Ménard. Vous savez, je ne l'ai jamais rencontré au gymnase. Je ne l'ai jamais rencontré non plus dans la cage d'escalier de notre immeuble.

[Français]

M. Réal Ménard: J'y vais trois ou quatre fois par semaine. Je n'ai pas de gas.

[Traduction]

M. Steven Fletcher: En fait, à bien y penser, je me sers beaucoup de l'ascenseur et je vous y rencontre tous les deux. J'ai une excuse. Quelle est la vôtre?

Une voix: Voilà deux minutes de perdues.

M. Steven Fletcher: Mon Dieu que le temps passe vite quand on s'amuse.

Tout d'abord, j'ai trouvé tous les exposés excellents. Je crois utile de faire la distinction entre l'obésité et les gras trans. J'ai également trouvé utile l'information concernant le groupe de travail sur les gras

trans, car c'est un dossier auquel le NPD a travaillé. Lorsque j'étais critique de la santé, j'ai pu aider le NPD à trouver un libellé pour inclure un groupe réunissant toutes les parties prenantes. Je me réjouis donc d'apprendre que cela a donné de bons résultats.

Vous avez beaucoup parlé de l'activité physique et je veux seulement assurer à nos témoins que le gouvernement a pris des engagements à cet égard. Vous avez vu que, dans le budget, il y a des crédits d'impôt spéciaux et je crois que vous verrez encore beaucoup de progrès dans ce domaine, surtout grâce à la contribution d'intervenants comme vous. Nous avons donc hâte de travailler avec vous sur ce dossier.

Une chose que j'aimerais que le comité fasse, s'il est d'accord, c'est une étude approfondie sur l'obésité qui se traduira par un rapport unanime. En effet, je pense que ce n'est pas une question partisane et que nous pouvons nous pencher sur la prévention et l'éducation avec la participation des intervenants. J'aimerais beaucoup savoir ce qu'en pense l'opposition.

Néanmoins, si nous décidons de le faire, je me demande si le comité trouverait utile de demander à un économiste d'examiner non seulement les coûts des maladies chroniques... mais pour faire suite à ce qu'a dit Mme Keeper, dans les communautés du Nord, une pomme ou un litre de lait coûte beaucoup plus cher qu'en ville. Je sais qu'au Manitoba, par exemple, si vous vivez à Churchill, une bouteille de bière coûte le même prix qu'en ville en raison de la façon dont fonctionne la régie des alcools.

Je voudrais donc savoir si l'on a songé à l'avantage économique de rendre les aliments sains plus abordables dans le Nord, ce qui profiterait évidemment autant à la communauté autochtone qu'à la communauté non autochtone.

Vous avez aussi mentionné que les familles à faible revenu ont tendance à manger davantage à l'extérieur, ce qui est peut-être étonnant étant donné que c'est souvent plus coûteux dans l'ensemble. Je me demande s'il n'y a pas un moyen économique d'inciter davantage les personnes à faible revenu et les autres à manger sainement?

Dr Diane T. Finegood: Comme Stephen y a fait allusion, d'après les preuves réunies jusqu'ici au sujet des incitatifs et des facteurs de dissuasion économiques, les incitatifs économiques poussent beaucoup plus à faire des choix sains. Par conséquent, lorsqu'on abaisse ou qu'on subventionne le prix des aliments sains et nutritifs, des aliments peu caloriques, cela influence généralement davantage les achats et les comportements alimentaires des gens.

C'est peut-être en partie parce que les facteurs de dissuasion ne sont pas suffisants pour modifier vraiment le comportement des gens. C'est difficile à faire, car les aliments plus caloriques sont beaucoup moins coûteux et il faudrait donc augmenter énormément les taxes comme pour l'essence ou le tabac.

Par conséquent, la dimension économique est certainement un élément qui compte beaucoup et il est extrêmement important de le comprendre et de recueillir des renseignements quant aux moyens de favoriser une saine nutrition et une vie active.

● (1225)

M. Steven Fletcher: Pensez-vous qu'il serait utile que le Comité de la santé étudie l'obésité?

Mme Sally Brown: Oui.

Me permettez-vous de faire deux petites observations supplémentaires?

À mon avis, cela montre seulement ce que nous entendons par une approche globale. Dans le cas du tabagisme, personne n'aurait deviné que ce sont les règlements municipaux qui auraient le plus d'effet.

En ce qui concerne l'obésité dans le Nord, c'est la politique de transport. Ce n'est pas seulement la politique en matière de santé. Si le comité se penche sur la question, je crois très important de réunir les autres ministères qui peuvent jouer un rôle.

J'ajouterais que j'ai eu le plaisir d'aller en Australie il y a quelques temps. Jeff Reading, de l'Institut de la santé des Autochtones, avait été invité comme conférencier. Le problème est le même en Australie. Il y a la distance et il y a les questions autochtones. Les Australiens vont commencer à s'y intéresser. Je sais que notre premier ministre a rencontré son homologue australien. C'est un problème que nous pouvons examiner ensemble.

M. Steven Fletcher: Je mentionnerais en passant que le premier ministre australien est quelqu'un de très bien.

Le président: Madame Priddy, vous avez cinq minutes.

Mme Penny Priddy (Surrey-Nord, NDP): Merci.

En passant, voici mon podomètre, simplement pour vous faire savoir que je...

Une voix: Combien de pas?

Mme Penny Priddy: Environ 3 000 depuis le début de la journée.

Une voix: Ce devrait être 12 000.

Mme Penny Priddy: Oui, je sais, mais il n'est que midi et demi. J'arrive généralement à 12 000 à la fin de la journée. C'est vrai.

J'aurais plusieurs choses à dire. Vous avez certainement réfléchi aux mesures à prendre. Je sais que le *Guide alimentaire canadien* a été traduit. J'ai toutefois raté la dernière partie. A-t-il été traduit de façon à tenir compte également des aliments que consomment les gens de différents pays?

Le traduire en punjabi, c'est une chose, mais il faut que ce soit transposé à la cuisine dahl ou autre. En a-t-on tenu compte?

Mme Franci Pillo-Blocka: Il y a deux choses. D'abord, les versions traduites du guide tiennent effectivement compte de la culture, des aliments différents et de ce genre de choses. Mais n'oubliez pas que la nouvelle version du *Guide alimentaire canadien pour manger sainement* va être publiée et que nous allons devoir faire la même chose pour cette nouvelle version.

Mme Penny Priddy: Oui, parce qu'il y a beaucoup plus... Merci.

Je me demande si dans les comités dont les gens font partie il y a des représentants des groupes antipauvreté. Il y en a peut-être beaucoup, mais pour bien des gens, en plus des autres facteurs prédisposants, il y a la question du coût. Si mes enfants ont vraiment faim et que je leur donne un morceau de melon alors que je peux leur acheter un dîner Kraft pour à peu près le même prix, le melon ne va pas les rassasier contrairement au dîner Kraft.

Des gens ont travaillé très fort dans le mouvement antipauvreté pour trouver des solutions, mais je veux seulement m'assurer qu'ils participent au travail réalisé pour diffuser de l'information à ces personnes. C'est le cas?

Une voix: Oui.

Mme Penny Priddy: Très bien, merci.

Troisièmement, je me demande si vous avez des relations avec les administrateurs municipaux. Je viens d'une ville qui délivre plus de permis de construire que toute autre ville du pays. On ne veut surtout pas laisser un terrain vacant s'il est possible d'y construire six maisons de plus. À bien des égards, c'est la municipalité qui s'assure

qu'il y a suffisamment d'espace, que les activités de loisirs sont suffisamment proches les unes des autres.

Dans ma circonscription, on fait de la planche à roulettes et de l'escalade parce que c'est gratuit et parce que c'est accessible. Même si vous obtenez un crédit d'impôt pour inscrire votre enfant au hockey, vous n'avez pas toujours 500 \$ ou 600 \$ à déboursier tout de suite. Les municipalités ont donc un rôle important à jouer aussi, mais je ne les ai jamais entendu parler. Elles s'occupent également du transport.

J'ajouterais une dernière chose.

Puis-je ajouter une chose de plus?

Le président: Vous le pouvez. Ils veulent répondre, mais allez-y.

Mme Penny Priddy: Oui, je sais.

Il y a aussi les aînés. Si vous allez chez McDonald à l'heure du repas, souvent la moitié des gens que vous verrez sont des personnes âgées, car c'est un repas vraiment peu coûteux. Nous n'avons pas parlé de ce groupe d'âge, mais il est exposé aux mêmes genres de risques.

Merci. Très bien, allez-y, parlez maintenant.

• (1230)

M. Stephen Samis: Je pourrais parler d'une ou deux choses que vous avez mentionnées. Les alliances formées au niveau provincial, soit l'Alliance des maladies chroniques et les autres alliances pour une vie saine, regroupent certainement des intervenants qui s'intéressent à la pauvreté. Leurs recommandations tiennent généralement compte de ces problèmes et de ces préoccupations. Les Fondations des maladies du coeur de tout le pays participent à ces alliances. Je pense que dans diverses autres tribunes, nous rencontrons des gens qui examinent le problème à partir d'un certain nombre de points de vue, y compris celui-là.

Pour ce qui est des municipalités et de l'environnement bâti, nous faisons un certain nombre de choses à la Fondation des maladies du coeur pour essayer de mieux sensibiliser les gens à ce lien. Chaque année, nous décernons un prix à un décideur politique du pays qui a vraiment contribué à améliorer la santé cardiovasculaire. Le lauréat de cette année était M. Larry Beasley, le directeur de l'urbanisme de la Ville de Vancouver. Nous lui avons décerné ce prix pour souligner le fait que Vancouver a travaillé très fort pour créer une ville qui favorise l'activité physique et pousse la population à être plus active.

Nous sommes actuellement en pourparlers avec l'Institut canadien des urbanistes pour la création d'un prix conjoint que nos deux organismes décerneront chaque année à une municipalité, peu importe sa taille, qui aura fait quelque chose pour s'attaquer à ce problème et aider les Canadiens à mener une vie plus active.

De plus, nous allons travailler avec l'institut de Diane ainsi qu'un certain nombre d'autres instituts, y compris l'Institut du vieillissement au lancement, cet automne, d'un appel de propositions qui visera à consolider les preuves scientifiques du lien entre la façon dont nous planifions nos collectivités et les choix qui s'offrent aux Canadiens sur le plan des aliments et de l'activité physique ainsi que l'obésité.

Le président: Monsieur Batters, vous avez cinq minutes.

M. Dave Batters: Merci beaucoup, monsieur le président.

J'apprécie que vous soyez tous venus devant le comité pour parler de ce sujet très important. Dans cette salle, nous reconnaissons tous, comme les Canadiens, que des enfants en bonne santé et actifs font des adultes en meilleure santé et plus heureux. Vous nous avez très bien expliqué aujourd'hui le coût humain énorme qui est associé à l'obésité juvénile. Nous avons parlé du fait que cela engendrait des maladies comme le diabète et les maladies du cœur.

Bien entendu, le coût humain est tout à fait dévastateur, mais il y a aussi le coût financier, comme l'a souligné le Dr Katzmarzyk. Le coût des médicaments et de l'hospitalisation résultant de l'obésité juvénile est exorbitant et les parlementaires doivent s'y attaquer.

Le gouvernement est certainement d'avis qu'il s'agit là d'une question très importante. Je pense que le secrétaire parlementaire l'a très bien exprimé en disant que ce serait une bonne question à étudier. J'espère que les députés d'en face partagent cette opinion et que nous pourrions peut-être produire un rapport sur ce sujet très important. Je suis très fier de faire partie d'un gouvernement qui accorde des crédits d'impôt, un crédit de 500 \$ par année par enfant, pour l'inscription à des activités sportives. Il est évident que le gouvernement considère qu'il s'agit d'une priorité.

Je vais vous laisser un délai de réflexion. Je vais encore parler pendant une minute et demie, monsieur le président, après quoi j'aimerais que nos témoins répondent à une brève question. Je leur laisserai quelques minutes pour préparer leurs réponses et peut-être qu'au cours du reste de la réunion, les autres pourront répondre aussi.

Quand on se perd en analyses, on finit par ne rien faire, nous avons tous ces rapports, mais j'aimerais demander à chacun d'entre vous qui êtes des experts dans ce domaine quels sont les deux principaux changements que nous pouvons apporter pour résoudre le grave problème de la progression de l'obésité chez les enfants? Je vous laisse y réfléchir. Que faisons-nous au Canada sur le plan de la prévention et comment s'en sortir? Ou bien nous pouvons consacrer un peu d'argent maintenant à ce problème ou bien nous pouvons y consacrer beaucoup d'argent plus tard.

Bien entendu, nous devons faire plus sur le plan de l'activité physique et d'une alimentation saine. Je crois que nous devons faire plus pour éduquer le public avec des programmes comme ParticipACTION. Nous avons tous vu les annonces de ParticipACTION. Personnellement, je n'en ai pas vu autant à la télévision que par le passé ou je ne les ai pas remarquées autant et je pense qu'on pourrait en faire beaucoup plus. Il faut éduquer les parents ainsi que les enfants, avoir plus de programmes dans les écoles primaires, changer le programme scolaire et peut-être modifier le programme d'éducation physique, demander aux médecins de faire de la sensibilisation... Peut-être pourrions-nous produire des troupes d'information que les médecins distribueraient à leurs patients. Néanmoins, pour en avoir parlé à de nombreux médecins, je sais qu'ils ne sont pas très optimistes quant à la capacité de leurs patients de modifier leurs habitudes alimentaires ou leur mode de vie. D'après les chiffres, cela ne marche que pour 10 à 15 p. 100 des gens. C'est

certainement le cas pour les adultes qui ensuite vont chez le médecin chercher des médicaments pour leur dyslipidémie.

Mon Dieu, 20 heures devant un écran par semaine et je suis presque aussi coupable. Que pouvons-nous faire pour fermer la télévision ou les jeux vidéo et envoyer les enfants jouer dehors?

Je vous laisse le temps qui reste. Quelles sont les deux principales choses que nous pouvons faire pour renverser cette tendance très inquiétante?

• (1235)

Le président: Je pense que vous avez compris. Vous avez une minute et demie.

Dr Diane T. Finegood: Je dirais que les deux choses les plus importantes c'est d'avoir à la fois une approche du haut vers le bas et du bas vers le haut. Pour l'approche du haut vers le bas, les mesures que nous pourrions prendre et qui auraient énormément d'effets consisteraient à réglementer la publicité s'adressant aux enfants à la télévision. Je pense qu'il y a des données solides montrant que cela pourrait avoir un effet considérable sur le comportement.

Pour ce qui est de l'approche du bas vers le haut, nous devons aider les collectivités à prendre elles-mêmes des mesures qui seront efficaces pour elles et leur fournir les moyens de mesurer l'efficacité de ces mesures afin qu'elles sachent ce qu'il en est et qu'elles puissent progresser.

M. Dave Batters: Quelqu'un d'autre a-t-il quelque chose à ajouter?

Mme Sally Brown: Nous sommes d'accord.

Nous aurions sans doute inscrit en tête de notre liste les politique scolaires, ce qui comprend des aliments sains dans les écoles, des activités physiques à l'école et après l'école ainsi que des cours et des incitatifs visant à promouvoir un mode de vie plus sain. Nous dirions donc qu'il faudrait commencer par la politique scolaire.

M. Dave Batters: Me reste-t-il du temps, monsieur le président?

Le président: Pas pour une autre question, mais s'il y a d'autres réponses, nous allons les entendre.

Mme Francys Pillo-Blocka: Je suis d'accord avec ce qui a déjà été dit, mais il y a deux choses à ne pas oublier. Il faut agir à la fois du côté de l'alimentation et de l'activité physique et pas seulement l'un ou l'autre. Tout ce que nous ferons doit tenir compte de ces deux dimensions, car cela fait partie de l'équilibre énergétique.

Le président: Peter.

Dr Peter T. Katzmarzyk: J'ajouterais, à propos d'un environnement scolaire sain, qu'il est scandaleux que lorsque nous parlons des mérites de l'activité physique ou d'une alimentation saine dans les écoles, il y ait des gens qui se plaignent haut et fort que le gouvernement s'ingère dans leurs affaires. Le temps consacré à l'activité physique dans les écoles est absolument scandaleux.

Une voix: Ou le peu de temps qui y est consacré.

Le président: Merci beaucoup.

Stephen.

M. Stephen Samis: Une chose que peut faire le gouvernement fédéral, car c'est uniquement de son ressort, c'est améliorer l'infrastructure de données et investir l'argent nécessaire dans une étude des cohortes qui suivra les gens tout au long de leur vie afin que nous puissions comprendre les résultats sanitaires et les facteurs qui nous influencent au cours de notre vie dans nos diverses communautés.

Le président: Madame Davidson, vous avez cinq minutes.

Mme Patricia Davidson (Sarnia—Lambton, PCC): Merci, monsieur le président, et j'adresse mes remerciements à tous nos témoins d'aujourd'hui. C'était extrêmement intéressant et nous avons obtenu une énorme quantité de renseignements.

J'aurais une ou deux observations à faire au sujet de l'exposé du Dr Finegood. À la page 4, nous voyons que le financement a quadruplé ou quintuplé au cours des années, mais que l'obésité continue de progresser énormément. Par conséquent, même si le financement augmente, nous ne voyons pas beaucoup de résultats.

Ensuite, page 15, vous dites que nous devons mesurer l'efficacité des mesures prises sur le terrain. Je vois ces deux aspects. Ensuite, quand Peter a parlé, si j'ai bien compris, il a dit qu'il travaillait depuis 15 ans sur le problème de l'obésité. Nous commençons à reconnaître, je crois, que l'obésité juvénile est une épidémie mondiale et vous avez dit que le Canada arrivait au cinquième rang pour la proportion d'obèses, et que même si le nombre d'adultes obèses est en augmentation, l'obésité juvénile augmente encore beaucoup plus rapidement.

Vous avez souligné les anomalies dans l'est du pays en disant que nous devons les étudier et vous avez parlé de coûts directs de 1,6 milliard de dollars pour le système de soins de santé et de 2,3 milliards de coûts indirects. Ce sont là des coûts énormes pour le système de santé.

Je demanderais à qui voudra bien répondre si nous avons un système d'évaluation quelconque. D'une part vous déclarez qu'il faut mesurer les résultats, mais tout le monde nous dit que même si le financement a augmenté, cela ne s'est pas traduit par une amélioration des résultats. Alors utilisons-nous un système d'évaluation, les mesures utilisées sont-elles mauvaises ou n'avons-nous aucun système de mesure?

• (1240)

Dr Diane T. Finegood: Ce n'est pas une question simple. J'aimerais y répondre par quelques observations. D'abord, le financement que vous avez vu à la page 4 est destiné à l'ensemble de la recherche sur l'obésité, tout ce qui est fait aussi bien pour essayer de comprendre les gènes qui jouent un rôle déterminant dans l'obésité que pour travailler avec les collectivités à trouver des solutions qui seront efficaces pour elles et voir si les solutions utilisées donnent des résultats. C'est donc le montant total et c'est beaucoup trop peu étant donné l'ampleur du problème.

Il s'écoule beaucoup de temps entre le début des recherches et l'obtention des résultats ainsi que le moment où les effets se font sentir. En fait, l'un des principaux défis consiste à combler l'écart entre l'acquisition des connaissances et le transfert des connaissances. Comme je l'ai déjà dit, lorsque vous travaillez avec les communautés qui essaient de mettre des programmes en place, vous communiquez et vous transférez des connaissances. Dans ces diagrammes il y a aussi les subventions que nous avons accordées au Dr Katzmarzyk pour nous aider à comprendre l'ampleur du problème. Son travail ne va pas nécessairement résoudre le problème; il va d'abord le porter à notre attention et ensuite nous devons travailler avec les communautés et les groupes communautaires ainsi qu'avec nos autres partenaires du portefeuille de la santé afin que lorsque nous donnerons de l'argent aux communautés pour promouvoir la santé, elles comprendront vraiment l'impact de leurs activités.

Cela répond-il à votre question?

Mme Patricia Davidson: Oui, merci.

Mme Sally Brown: Comme le Dr Finegood l'a dit, il y a divers types de recherche. Un domaine dans lequel nous n'en faisons pas suffisamment et où nous devrions en faire plus est ce que j'appelle la recherche d'intervention. Autrement dit, lorsque nous apportons des changements dans une communauté, nous les étudions. Une bonne partie de la recherche nous explique pourquoi nous devrions faire certaines choses et quelles sont les mesures à prendre. Nous ne faisons pas suffisamment de recherche au Canada sur les solutions efficaces. Lorsque vous apportez des changements dans une communauté, s'ils sont financés par le gouvernement, il faudrait presque obligatoirement mettre de l'argent de côté pour étudier le succès de l'intervention. Ainsi, si l'intervention est un succès, elle peut être appliquée ailleurs tandis que si ce n'est pas le cas, nous ne gaspillerons pas notre argent à la répéter dans d'autres communautés. Nous pourrions faire davantage de recherche de ce genre au Canada.

Le président: Stephen.

M. Stephen Samis: J'ajouterais aussi qu'une bonne partie de la recherche qui a été financée est encore relativement récente comme Diane l'a souligné et que l'intensification très marquée de la recherche est relativement nouvelle. Une partie de cette recherche est en cours.

Un bon nombre des choses dont nous avons parlé aujourd'hui en ce qui concerne les facteurs environnementaux entourant l'obésité et la situation à l'école avec les distributrices de boissons gazeuses, etc., ont été portées à notre attention par certaines des études qui ont été financées. Cela commence à se répercuter sur la politique. Comme l'a dit Sally, nous devons maintenant évaluer les interventions.

Une bonne partie de la recherche qui a été faite a commencé à décrire le problème. Les décideurs commencent à agir. Au Canada, notre infrastructure de données est telle que nous pouvons seulement faire de la recherche descriptive. Nous avons beaucoup de difficulté à entamer de nombreux processus à cause des sources limitées de données dont nous disposons.

Mme Patricia Davidson: Merci.

Le président: Monsieur Dykstra.

M. Rick Dykstra (St. Catharines, PCC): Merci, monsieur le président.

J'ai une ou deux questions à poser.

J'ai trouvé fascinant de vous écouter. Merci beaucoup pour vos exposés. Cela nous est certainement utile.

D'après une chose que vous avez dite, Peter, j'ai l'impression que nous faisons des progrès pour résoudre le problème du côté des adultes, mais pas du côté des enfants. J'ignore comment vous l'expliquez, mais il semble y avoir une dichotomie.

Je sais que si nous mangeons des aliments sains à la maison, nos enfants mangent également une nourriture saine. J'essaie de comprendre pourquoi il n'y a pas une relation positive entre les adultes qui mangent des aliments plus sains et les enfants que ne le font pas. C'est peut-être à cause de l'activité physique, mais j'aimerais des explications.

Dr Peter T. Katzmarzyk: Non, la relation n'est pas très évidente. Les membres d'une même famille ont tendance à se ressembler sur le plan des habitudes alimentaires et de l'activité physique, non seulement d'un point de vue génétique, mais en partageant le même environnement. Les changements doivent d'abord être apportés à la maison. Il y a certainement une forte corrélation, mais nous ne savons pas quels sont les coûts que cela représente pour les services de santé en ce qui concerne les enfants.

•(1245)

M. Rick Dykstra: Exactement. Les conséquences.

Stephen, vous avez mentionné que cela fait environ quatre ans que vous venez ici pour réclamer la mise en oeuvre de la stratégie. Vous avez raison de le souligner. Pourriez-vous nous dire pourquoi c'est le cas selon vous?

M. Stephen Samis: Pourquoi je pense que c'est le cas?

M. Rick Dykstra: Oui.

M. Stephen Samis: C'est une bonne question. C'est une excellente question.

Parfois, les rouages du gouvernement tournent lentement et parfois ils peuvent tourner très rapidement. Cela dépend du problème.

Le gouvernement devrait accorder une haute priorité à cette question. Je sais qu'il a pris des engagements depuis maintenant quatre ans. Le gouvernement a sans doute eu de la difficulté à établir quelle était la meilleure façon de procéder, en partie à cause de la complexité de la problématique. Diane a notamment dit, au sujet de la complexité, qu'elle pouvait créer une paralysie.

Comment pouvez-vous vous attaquer au problème? Je dirais que nous avons quelques idées, que vous devriez travailler avec nous et prendre les mesures qui s'imposent.

M. Rick Dykstra: Très bien. J'ai une autre question.

Vous avez tous indiqué que si l'on veut que les enfants mangent plus sainement de la nourriture plus saine, il faudrait subventionner une bonne alimentation pour faire en sorte que la malbouffe soit plus coûteuse que les aliments sains.

Du point de vue du gouvernement, un des problèmes qui se posent pour le ministère de l'Agriculture, c'est que les subventions sont une source de difficultés sur la scène internationale et peut-être dans une perspective mondiale. Sans vouloir exagérer la gravité du problème, cela peut largement influencer la façon d'aborder la question.

Premièrement, avez-vous travaillé avec le ministère de l'Agriculture pour comprendre cette dimension? Deuxièmement, en ce qui concerne la mise en oeuvre de la stratégie, comment s'appliquerait-elle dans une perspective plus générale sans nous causer de difficultés?

Dr Diane T. Finegood: Cela fait quatre ou cinq ans que je réfléchis à ce problème et que j'y travaille. Je dirais que c'est seulement depuis six à huit mois que le secteur de l'agriculture commence à s'intéresser à cette question. Au cours des six derniers mois, j'ai participé à plusieurs réunions avec des gens de l'industrie, de la ferme jusqu'à l'assiette, si vous voulez, avec des représentants du gouvernement national et local pour en discuter. C'est maintenant une question qui retient l'attention.

Nous faisons tout en notre pouvoir pour informer les autorités gouvernementales de ce dont nous avons parlé avec vous aujourd'hui et travailler en collaboration étroite avec elles. Toujours de mon point de vue, c'est-à-dire celui de la recherche, il s'agit de leur présenter des preuves scientifiques afin que quelles que soient les mesures qu'elles prennent, nous en comprenions les effets.

Mme Sally Brown: J'ajouterais simplement que nous avons récemment participé, Diane et moi, à une initiative dirigée par l'Institut de l'agroalimentaire pour réunir les quatre ministères, soit l'Agence de santé publique, Santé Canada, Agriculture Canada et l'ACIA dans le but de discuter des moyens de modifier la politique alimentaire tout en servant les intérêts de notre agriculture. Nous devons réunir les différents intérêts. Il y aura beaucoup de

discussions autour de cette table, mais si elles peuvent progresser, cela pourrait réunir tous les intervenants qui doivent participer.

M. Rick Dykstra: Très bien, je vous remercie.

Le président: Merci beaucoup. J'ai une dernière personne sur ma liste.

Madame Keeper, avez-vous une brève question?

Mme Tina Keeper: Merci.

Je voudrais revenir sur la question que Rick a posée au sujet des effets que tout cela a eu sur nos enfants au cours de cette période. Quand nous examinons les chiffres des années 70 jusqu'à maintenant, nous voyons qu'il y a eu un énorme changement. Diane ou Peter, avez-vous travaillé avec des sociologues pour suivre l'évolution de notre culture ainsi que l'impact de la mondialisation et du marketing dont vous avez beaucoup parlé?

À l'inverse, il y a le problème de l'anorexie et de la boulimie qui a aussi beaucoup augmenté, j'en suis sûre, depuis les années 70. Ces tendances, qui ont des effets sur notre santé, correspondent-elles à un changement important dans notre culture au cours des 25 dernières années? Je me demande si vous pourriez nous en parler un peu plus.

Dr Diane T. Finegood: Je dirais que la création des IRSC a été un excellent moyen de nous permettre d'engager un éventail beaucoup plus large de chercheurs. Pour cette raison, une partie de l'argent que vous voyez dans le diagramme sert à financer des gens qui viennent de départements de sociologie et qui s'intéressent aux aspects comportementaux. Il y a des gens qui viennent des départements d'économie et des écoles de commerce. Par conséquent, en engageant des experts de toutes les disciplines reliées à la recherche sur la santé, nous sommes sur la bonne voie, mais je dirais qu'il faudra un certain temps pour engager davantage de gens et renforcer nos capacités pour ce genre de travail. C'est un bon début, mais ce n'est qu'un premier pas.

•(1250)

Mme Tina Keeper: Quand Rick parlait — et je crois que Dave a parlé du temps passé devant la télévision ou un écran — je me disais que lorsque j'étais enfant, nous n'avions qu'une chaîne de télévision. Étant donné tout ce qui nous est offert, il faudrait arriver à se limiter. Vous avez aussi parlé de l'élaboration des politiques. Je pense que le modèle québécois en est un excellent exemple.

Dr Diane T. Finegood: Malheureusement, nous ne savons pas vraiment quel sera l'impact, dans 15 ou 20 ans, de la décision que le Québec a prise. Le rapport de cause à effet n'a pas été vraiment établi, car on n'a pas fait de recherches quand ce changement a été apporté. Par conséquent, lorsque nous mettons une politique en oeuvre, il faut absolument que nous ayons en place les mécanismes voulus pour que les chercheurs puissent en comprendre les effets.

Le président: Merci beaucoup. Mme Keeper n'a certainement pas l'air d'avoir l'âge de quelqu'un qui puisse se souvenir de l'époque où il n'y avait qu'une seule chaîne de télévision.

Nos questions sont terminées. Je ferai seulement une brève observation. J'aime le modèle québécois. Toutefois, je remarque aussi que l'Alberta est la province où le taux d'obésité est le plus bas. En fait, cela m'étonne un peu, mais quoi qu'il en soit, c'est une chose dont il faut prendre note.

Je tiens à vous remercier tous d'être venus. Vous avez donné au comité largement matière à réflexion quant à savoir si nous devons entreprendre ou non une étude importante sur le sujet. J'ai l'impression que nous voudrions probablement le faire. Merci infiniment. La séance est levée.

Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre des communes

Published under the authority of the Speaker of the House of Commons

**Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante :
Also available on the Parliament of Canada Web Site at the following address:
<http://www.parl.gc.ca>**

Le Président de la Chambre des communes accorde, par la présente, l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ce document à des fins éducatives et à des fins d'étude privée, de recherche, de critique, de compte rendu ou en vue d'en préparer un résumé de journal. Toute reproduction de ce document à des fins commerciales ou autres nécessite l'obtention au préalable d'une autorisation écrite du Président.

The Speaker of the House hereby grants permission to reproduce this document, in whole or in part, for use in schools and for other purposes such as private study, research, criticism, review or newspaper summary. Any commercial or other use or reproduction of this publication requires the express prior written authorization of the Speaker of the House of Commons.