



Chambre des communes
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA • NUMÉRO 014 • 1^{re} SESSION • 39^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le jeudi 21 septembre 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 21 septembre 2006

• (1535)

[Traduction]

Le président (M. Rob Merrifield (Yellowhead, PCC)): Comme nous avons le quorum et que nous avons légèrement dépassé l'heure du début de la réunion, je déclare la séance ouverte à 15 h 35 au lieu de 15 h 30.

Je souhaite la bienvenue à nos témoins et aux représentants du ministère qui sont venus nous aider à amorcer cette très importante étude sur l'obésité infantile. Je signale aux membres du comité que nous étudions l'obésité en ce moment.

Je remarque sur la table où se trouvent généralement les collations, qu'il y a aujourd'hui des fruits frais et des biscuits. Je me demande si nous devrions garder les biscuits. Je sais que ce sera difficile, monsieur Batters, de faire ce sacrifice, mais nous devrions peut-être prêcher par l'exemple. Nous surveillerons pour voir combien de biscuits disparaissent lors de nos réunions.

Quoi qu'il en soit, nous nous penchons sur un problème très grave qui touche beaucoup de Canadiens et nous avons hâte d'entendre ce que diront nos témoins à ce sujet.

Je signale à l'intention des membres du comité tout particulièrement que le Dr Finegood, des Instituts de recherche en santé du Canada, est des nôtres ce matin.

Soyez la bienvenue. Je sais que vous avez témoigné devant notre comité au printemps dernier et que vous êtes ici pour répondre aux questions que nous pourrions vouloir vous poser.

Je vais maintenant céder la parole à nos témoins, à commencer par le Dr Gregory Taylor, de l'Agence de santé publique du Canada.

Je voudrais présenter tous les témoins avant qu'ils présentent leurs exposés.

Nous entendrons Mmes Mary Bush, Kathy Langlois et Janet Beauvais, du ministère de la Santé, de même que Mme Debra Bryanton de l'Agence canadienne d'inspection des aliments.

Nous commencerons par le représentant de l'Agence de santé publique.

Docteur Taylor, vous avez la parole.

Dr Gregory Taylor (Directeur général par intérim, Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Agence de santé publique du Canada): Merci, monsieur le président.

J'éprouve un grand plaisir à être ici aujourd'hui, pour discuter de l'obésité juvénile. Permettez-moi d'abord de vous transmettre les excuses de l'administrateur en chef de la santé publique, le Dr David Butler-Jones, qui n'a pas pu venir parce qu'il est souffrant. Il s'agit d'une question qui lui tient à coeur. C'est moi qui vais le représenter aujourd'hui, à titre de directeur général du Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques de l'Agence de santé publique du Canada.

Je sais qu'au cours de votre réunion de juin dernier, les membres du comité ont identifié l'obésité juvénile comme un sujet d'importance majeure nécessitant une étude à long terme cet automne. C'est un travail important. L'Organisation mondiale de la santé a déclaré que l'obésité est une épidémie mondiale. Au Canada, les taux d'obésité chez les enfants ont presque triplé au cours des 25 dernières années. Le portefeuille de la santé reconnaît que les réponses à ces taux croissants dépassent le simple particulier canadien, tout niveau de gouvernement ou tout secteur particulier de la santé. Les changements ne peuvent être accomplis qu'en collaboration avec des partenaires dans des domaines aussi divers que le milieu bâti et les activités de prévention ciblées. Il faudra aussi améliorer l'accès à des aliments sains et à l'activité physique.

Il serait important pour le gouvernement et la société de réfléchir à tous les outils et mécanismes que nous possédons afin de déterminer notre orientation future. La séance d'aujourd'hui est une première étape importante pour mieux comprendre le problème et progresser. Pour cela, il faudra reprendre connaissance de ce que nous apprennent les données scientifiques sur l'obésité infantile, les travaux en cours dans ce domaine et sur lesquels nous pouvons nous appuyer, puis faire des recommandations quant aux prochaines étapes.

Je voudrais vous présenter quelques considérations générales pour que vous y réfléchissiez. Cela pourrait vous aider à lancer vos discussions et vous donner un point de départ pour l'examen des questions que vous comptez approfondir.

J'ai mentionné que l'obésité est de plus en plus présente au Canada et c'est chez les enfants que l'augmentation est la plus spectaculaire. L'augmentation observée au cours de ces dernières années est probablement le résultat à la fois d'une augmentation de l'apport énergétique — les gens mangent plus — et d'une diminution des dépenses d'énergie; autrement dit, les gens bougent moins. L'obésité qui commence dès l'enfance est particulièrement troublante car les risques pour la santé augmentent avec l'augmentation du nombre d'années pendant lesquelles une personne est obèse.

Par ailleurs, il y a eu au cours des dernières années un certain nombre de changements environnementaux qui sont considérés comme des facteurs clés de l'obésité chez les enfants, par exemple: une augmentation considérable de l'accès au *fast-food*, c'est-à-dire des aliments-minute contenant souvent peu d'éléments nutritifs mais beaucoup de calories; l'augmentation de la taille des portions; des milieux peu propices à l'activité physique et l'augmentation des loisirs et des activités de loisirs passives comme la télévision, l'Internet et les jeux vidéo.

Aujourd'hui, de nombreux facteurs sociaux et culturels affectent nos propres vies et celles de nos enfants. Beaucoup de choses que nous considérons maintenant comme normales, par exemple prendre la voiture au lieu de marcher et commander des mets au restaurant au lieu de faire un repas à la maison, peuvent contribuer à l'augmentation des taux d'obésité juvénile précoce.

Les enfants sont particulièrement vulnérables aux conditions environnementales telles que la réduction des programmes d'activité physique dans les écoles, la publicité sur les aliments et les jeux vidéo qui s'adresse spécifiquement aux enfants et les choix qui se font dans leur environnement familial. Nous savons par ailleurs que la prévalence de l'obésité varie d'un groupe ethnique à l'autre. Ce sont chez les populations autochtones qu'on observe certains des plus graves problèmes au chapitre de l'obésité au Canada. Dans notre pays, les taux d'obésité des enfants et des adultes sont les plus élevés chez les Autochtones. Viennent ensuite les personnes de race blanche, les Noirs et les Latino-américains.

Compte tenu des données que nous avons accumulées à ce jour, qu'avons-nous fait pour nous attaquer à l'obésité juvénile? Au cours des dernières années, le portefeuille de la Santé, notamment l'Agence de santé publique du Canada, Santé Canada et les Instituts de recherche en santé du Canada ont lancé un certain nombre d'initiatives de partenariat avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, d'autres ministères gouvernementaux, des premières nations, des communautés inuites et métisses et des organisations non gouvernementales.

Permettez-moi de vous décrire brièvement certaines de ces initiatives. Premièrement, il y a la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains qui a été approuvée par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux en octobre 2005. Dans le cadre de cette stratégie, les gouvernements ont accepté des cibles importantes pour aider les Canadiens et Canadiennes à atteindre un poids santé grâce à l'activité physique et à de bonnes habitudes alimentaires. Il y a aussi le travail du Consortium conjoint sur la santé en milieu scolaire qui a été créé en partenariat avec les ministres de la Santé et de l'Éducation du gouvernement fédéral, des provinces et des territoires, pour fournir une approche coordonnée favorisant la santé en milieu scolaire. Le Consortium met au point des outils qui permettent de définir des programmes, des politiques et de meilleures pratiques de nature à améliorer la santé générale des jeunes et à atténuer les facteurs de risque grâce à de saines habitudes alimentaires et à l'activité physique.

Le portefeuille de la santé a également été actif sur le plan de la recherche. Par l'intermédiaire des Instituts de recherche en santé du Canada, et plus particulièrement de l'Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète, de l'Institut du développement et de la santé des enfants et des adolescents ainsi que de l'Institut de la santé des Autochtones, environ 63 millions de dollars ont été investis dans la recherche sur l'obésité. De ce montant, 9 millions de dollars ont été expressément alloués à de nouveaux projets relatifs au problème de l'obésité juvénile et 4,1 millions de dollars ont été alloués à la recherche sur l'obésité au sein des populations autochtones. Les connaissances générées par ces projets aideront à déterminer et à évaluer les interventions les plus efficaces, à tracer une stratégie de prévention de l'obésité et à rassembler des données scientifiques qui permettront de définir de bonnes politiques.

● (1540)

Certaines des études spécifiques aux jeunes se sont concentrées sur la compréhension des défis qui, selon les enfants, rendent plus difficile la gestion de leur poids à l'école, à l'extérieur de l'école et chez eux; et aussi sur le développement de méthodes améliorées

pour évaluer l'obésité chez les enfants et les adolescents. Les membres du portefeuille de la santé ont également développé et publié, à l'échelle nationale, des lignes directrices sur l'activité physique et de saines habitudes alimentaires pour aider les Canadiens dans leurs efforts pour être physiquement actifs et pour faire des choix alimentaires sains.

L'Agence a publié les « Guides canadiens d'activité physique pour une vie active saine » qui s'adressent à la fois aux adultes et aux enfants. Ces guides expliquent la façon d'atteindre une meilleure santé en faisant de l'activité physique une partie importante de la vie quotidienne. Par exemple, ils proposent des activités qui développent la force, la souplesse et l'endurance et qui sont susceptibles d'aider les Canadiens à avoir plus d'énergie, à bouger plus aisément et à devenir plus forts.

Santé Canada a élaboré des lignes directrices pour de saines habitudes alimentaires, notamment le « Guide alimentaire canadien pour manger sainement ». Ces lignes directrices soutiennent les politiques, normes, programmes et services sur la nutrition et la santé et d'autres initiatives sur la nutrition dans tout le pays. La révision du « Guide alimentaire canadien pour manger sainement » est présentement en cours; le lancement du Guide révisé est prévu à la fin de cette année ou au début de l'année 2007.

Nous nous attaquons également à ce problème par le développement et la mise en oeuvre de programmes, d'initiatives de recherche et d'éducation publique. De la même façon, les gouvernements provinciaux et territoriaux mettent en place des politiques et des programmes pour s'attaquer à l'obésité. Mais comme les taux d'obésité juvénile continuent d'augmenter, il y a un consensus de plus en plus large au sein de la société canadienne sur la nécessité d'en faire plus.

Comme le Canada est l'un des États membres qui ont adopté la stratégie mondiale de l'Organisation mondiale de la santé sur l'alimentation, l'activité physique et la santé, nous sommes déterminés à améliorer la santé publique grâce à de bonnes habitudes alimentaires et à l'activité physique. Le portefeuille de la santé demeure déterminé à s'attaquer à l'obésité juvénile et à travailler en partenariat avec tous les secteurs pour développer des mesures et des interventions efficaces et appropriées.

Nous attendons avec impatience les résultats de votre étude et vos recommandations sur les mesures à prendre. Ils deviendront les points centraux des activités futures dans ce domaine capital.

Merci.

● (1545)

Le président: Merci beaucoup.

Nous entendons maintenant les témoins du ministère de la Santé.

Madame Bush.

Mme Mary Bush (directrice générale, Direction générale des produits de santé et des aliments, Bureau de politique et promotion de la nutrition, ministère de la Santé): Merci.

Je suis ici à titre de directrice générale du Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition.

Comme vous le savez, une saine alimentation et l'activité physique jouent un rôle très important dans la promotion du poids santé et la réduction du risque d'excès de poids et d'obésité.

[Français]

Dans le cadre de notre travail, nous accordons beaucoup d'importance aux enjeux reliés à l'obésité. Cela s'applique, bien sûr, à la révision du Guide alimentaire canadien.

[Traduction]

Le nouveau Guide alimentaire fournira des recommandations plus précises sur le nombre de portions que les Canadiennes et Canadiens de deux ans et plus doivent consommer dans chacun des groupes alimentaires. Les recommandations seront adaptées aux personnes des différents groupes d'âge et des deux sexes si bien que chacun saura exactement combien d'aliments il ou elle doit consommer.

Le guide indiquera plus précisément quels types d'aliments il faut choisir ou limiter. Pour la première fois, Santé Canada élabore avec ses partenaires une version du guide alimentaire adaptée expressément aux premières nations, aux Métis et aux Inuits. Pour que le guide soit un outil efficace pour les Autochtones, nous sommes en train de l'adapter à des clientèles précises. Les messages-clés de ce guide adapté aux réalités autochtones favoriseront une alimentation qui reconnaît l'importance des aliments traditionnels et non traditionnels dans le régime alimentaire des consommateurs des premières nations, des Inuits et des Métis d'aujourd'hui.

Le modèle d'alimentation préconisé dans le Guide alimentaire privilégie le choix d'aliments relativement faibles en calories. Bien que le Guide alimentaire soit une politique importante qui définit en quoi consiste une saine alimentation, il ne représente qu'un élément parmi d'autres d'une stratégie plus vaste et plus détaillée visant à améliorer la santé nutritionnelle et le bien-être de la population.

Le Dr Taylor a fait état de certaines stratégies nationales et internationales comme la Stratégie mondiale de l'OMS sur l'alimentation, l'activité physique et la santé, la Stratégie pancanadienne sur les modes de vie sains et le Consortium conjoint pour les écoles en santé. Nous collaborons très étroitement pour nous assurer qu'on accorde une grande importance à la nutrition et à la promotion de bonnes habitudes alimentaires. Il faut que tous les secteurs et tous les niveaux agissent de façon globale. Nous avons besoin de politiques, de données scientifiques, de leadership, de ressources et d'information.

Une revue exhaustive de la littérature sur les déterminants de la saine alimentation que nous avons publiée l'année dernière dans le Supplément de la Revue canadienne de santé publique confirme l'importance de continuer à approfondir nos connaissances sur la vaste gamme de facteurs qui influencent l'alimentation. Il est évident que les Canadiens ingèrent trop de calories compte tenu de leur faible niveau d'activités. Les aliments sont partout. Les contraintes de temps auxquelles les familles doivent faire face ont modifié les habitudes alimentaires des Canadiens. Pour la première fois en 35 ans, nous avons des données nationales sur l'alimentation des Canadiens.

Nous collaborons étroitement avec Statistique Canada et les Instituts de recherche en santé du Canada afin de renforcer les capacités et de multiplier les recherches entourant ces données. Les recherches entreprises à partir de ces données nous aideront à mieux comprendre non seulement ce que les Canadiens et Canadiennes mangent, notamment les enfants canadiens, mais aussi le lien entre certains facteurs globaux, comme le revenu et les habitudes alimentaires.

La sensibilisation et l'éducation du public sont l'une des composantes d'une stratégie plus vaste. L'éducation au sujet de l'information nutritionnelle figurant sur les emballages et l'information sur les bonnes habitudes alimentaires, contenue dans des outils comme le Guide alimentaire, en sont d'excellents exemples.

Les responsabilités quant aux actions à entreprendre dans le but de favoriser une meilleure alimentation doivent être partagées. C'est pourquoi nous collaborons étroitement avec des partenaires

provenant de divers paliers, notamment des provinces et territoires, et de divers secteurs comme ceux de la santé, de l'agriculture, de l'éducation et des services sociaux. Le Canada fait de grands progrès. Il est très encourageant de constater l'offre croissante d'aliments sains et nutritifs dans les écoles, les menus des restaurants et sur les tablettes des épiceries, de même que lors des pauses dans le cas de réunions comme celle d'aujourd'hui.

Les Canadiens et Canadiennes vivent dans un environnement social et physique qui comporte des défis sans précédent en matière de saine alimentation. Nous devons mettre en place un environnement social, physique et économique qui favorise la saine alimentation et la rende possible.

Nous avons hâte de connaître les résultats de votre étude et la contribution qu'elle fera à la prise de mesures visant à prévenir l'obésité chez les enfants. Votre travail est capital.

Merci.

• (1550)

Le président: Merci beaucoup.

Je ne sais pas si je devrais m'inquiéter ou me réjouir du fait que le gouvernement sait maintenant exactement ce que je mange. J'y penserai en entendant notre prochain témoin. Kathy, c'est votre tour.

[Français]

Mme Kathy Langlois (directrice générale, Direction générale des Premières nations et des Inuits, ministère de la Santé): Monsieur le président, honorables membres du comité, mon nom est Kathy Langlois. Je suis la directrice générale de la Direction des programmes communautaires de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada.

Je vous remercie de m'avoir invitée aujourd'hui à vous entretenir de certaines questions liées au surpoids et à l'obésité chez les enfants des Premières nations et des Inuits, et à répondre à vos questions.

[Traduction]

Nous disposons de données fiables sur l'ampleur du problème lié au surpoids et à l'obésité au sein de la population canadienne. Toutefois, il est difficile d'avoir une idée précise de l'ampleur du problème de surpoids et de l'obésité chez les enfants des premières nations et des Inuits, du fait que nous ne disposons pas des mêmes données globales et représentatives sur ces enfants que celles dont nous disposons pour les autres enfants canadiens.

Nous savons cependant, à la lumière des enquêtes régionales sur la santé des premières nations et d'autres études, que 22 p. 100 des enfants des premières nations vivant dans les réserves ont un surplus de poids et que 36 p. 100 d'entre eux sont obèses.

Par ailleurs, bien que nous soupçonnons que les taux de surpoids et d'obésité chez les enfants des Inuits s'accroissent, nous disposons encore moins de données sur ces populations. D'après les Inuits, l'indice de masse corporelle (IMC) ne mesure pas adéquatement le surpoids et l'obésité chez les membres de leurs communautés, du fait que leurs caractéristiques corporelles sont différentes.

Les dirigeants inuits ont proposé que l'indice soit conçu selon des normes propres aux Inuits. D'ici à ce que nous obtenions ces renseignements, il est difficile de se faire une idée précise de la situation en ce qui a trait au surpoids et à l'obésité chez les enfants inuits.

Cependant, les taux d'obésité chez les premières nations seraient de deux à trois fois plus élevés que la moyenne canadienne. Cette proportion serait compatible avec le taux de diabète, qui lui est de trois à cinq fois plus élevé que la moyenne canadienne.

[Français]

Les causes de l'obésité et de la mauvaise santé généralisée des Premières nations et des Inuits sont complexes. Elles sont dues à des facteurs historiques, économiques et sociaux. Si nous arrivons à bien comprendre les déterminants de la santé, nous pourrions alors adopter une approche plus efficace en ce qui a trait aux problèmes existants et aux interventions requises.

[Traduction]

La pauvreté, l'insécurité financière et alimentaire (l'accès à des aliments sains) constituent des obstacles à une bonne santé, en particulier l'atteinte d'un poids santé et les problèmes quotidiens auxquels font face les premières nations et les Inuits.

Le faible revenu, le coût élevé et le manque d'accessibilité des aliments frais et sains, en particulier dans les communautés éloignées et isolées, contribuent à la hausse croissante des taux de surpoids et d'obésité.

La sensibilisation, l'acquisition de compétences et le changement de comportement sont d'importants outils avec lesquels une personne peut influencer sur sa santé, en particulier sur son poids. Il faut être conscient du fait que l'adoption de saines habitudes d'alimentation et de préparation des aliments est requise pour favoriser une bonne nutrition et l'atteinte d'un poids santé. Il est aussi important de comprendre et de suivre les instructions et les recommandations nutritionnelles sur les étiquettes des produits alimentaires et autres documents éducatifs.

Un environnement positif, qui favorise un mode de vie sain et facilite les choix santé, se veut un environnement où les choix alimentaires à l'école sont sains, où les taux de tabagisme décroissent considérablement et où la santé mentale est solide, donc libre des séquelles des pensionnats, de la toxicomanie et de l'abus des substances.

Les familles qui vivent dans les communautés éloignées ou isolées disposent de très peu de possibilités de loisirs. Pour un grand nombre d'entre elles, les infrastructures laissent beaucoup à désirer, par exemple, l'absence de trottoirs, ce qui signifie que seuls les véhicules motorisés sont utilisés.

Les enfants des premières nations et des Inuits n'échappent pas à la réalité courante à laquelle font face les autres enfants canadiens, comme la réduction des programmes d'activité physique dans les écoles, l'accès facile à la malbouffe et aux jeux vidéo et informatiques et l'adoption d'un mode de vie sédentaire dans le milieu familial.

Certaines connaissances et pratiques culturelles et traditionnelles ont disparu. Par exemple, la récolte traditionnelle, comme la chasse et la pêche, source d'activité physique et de bien-être culturel et d'aliments nutritifs s'est estompée. Les causes en sont complexes, mais cela a contribué considérablement à ce que sont aujourd'hui les taux de surpoids et d'obésité chez les premières nations et les Inuits.

Les régimes alimentaires traditionnels étaient nutritifs et sains. En règle générale, ces régimes étaient faibles en gras, riches en protéines et en glucides complexes. Aujourd'hui, le régime alimentaire des populations indigènes est souvent non propice à une bonne santé. Ce régime est normalement fort en gras, en glucides simples (sucres) et en sel.

Il est aussi important de noter que la contamination environnementale et ses répercussions sur la revitalisation des sources alimentaires traditionnelles sont des sujets de préoccupation.

Nous savons aussi que le problème du surpoids et de l'obésité chez les enfants des premières nations et des Inuits n'est pas unique au Canada. Des changements de mode de vie et de régimes alimentaires se sont produits au sein des populations indigènes partout dans le monde.

Ces facteurs contribuent directement au problème croissant de l'obésité chez les enfants des premières nations et des Inuits. Le système de santé dispose de moyens importants pour changer la situation. Toutefois, d'autres secteurs disposent aussi de moyens, comme l'industrie alimentaire, les organismes de réglementation et les secteurs de l'éducation, du développement économique, du logement et de l'environnement. La solution à long terme est donc entre les mains de nombreux intervenants, dont les gouvernements et les particuliers.

• (1555)

Bien que le fait d'accroître les possibilités en matière d'éducation et d'emploi au sein des premières nations et des Inuits et d'améliorer les infrastructures au sein des communautés soit très important, Santé Canada a pris des mesures supplémentaires pour prévenir l'obésité chez les enfants dans plusieurs secteurs clés. Elles incluent l'adoption de stratégies culturellement adaptées axées sur la promotion des choix sains en matière d'activité physique et d'alimentation ainsi que le soutien aux politiques d'accès aux aliments sains à des coûts raisonnables.

Le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien joue un rôle clé en ce qui a trait à la prestation de services sociaux et autres services aux enfants des premières nations et des Inuits, services qui constituent des déterminants de santé importants. Le comité peut conclure qu'il serait utile de convoquer un représentant de ce ministère pour avoir un compte rendu de ses activités.

Il est important de noter que la Direction générale de la santé des premières nations et des Inuits travaille en étroite collaboration avec l'Assemblée des Premières nations et avec Inuit Tapiriit Kanatami pour promouvoir et protéger la santé des premières nations et des Inuits. Les questions liées à l'obésité chez les enfants, et en particulier la sécurité alimentaire, sont d'intérêt commun. Il serait peut-être intéressant pour le comité d'entendre le témoignage de représentants de ces organisations.

[Français]

Avant de terminer, j'aimerais décrire rapidement les responsabilités du gouvernement fédéral ainsi que les programmes courants destinés aux Premières nations et aux Inuits.

Le gouvernement fédéral fournit des services de santé aux Indiens inscrits et aux Inuits selon les politiques en cours et les pratiques historiques. Il aide également les gouvernements provinciaux et territoriaux à fournir des services de santé à tous les Canadiens, y compris les Autochtones.

La politique fédérale part du principe que le système de santé canadien était et demeure un système interdépendant de responsabilités partagées entre le gouvernement fédéral, les gouvernements provinciaux et territoriaux, les collectivités et les professionnels de la santé.

Le rôle qu'assume le gouvernement fédéral présentement en ce qui a trait à la prestation des services de santé aux Premières nations et aux Inuits est fondé sur la Politique sur la santé des Indiens de 1979, politique qui constitue le cadre stratégique en vertu duquel les programmes et dépenses subséquentes du gouvernement fédéral sont établis.

[Traduction]

La Direction générale des premières nations et des Inuits assure le soutien de la prestation des soins de santé primaires et des services communautaires de promotion et de protection de la santé dans les réserves des premières nations et dans les communautés inuites ainsi que les soins de santé primaires dans les communautés éloignées et isolées des premières nations. Ces programmes et ces services sont fournis à l'échelle nationale, régionale et communautaire et sont administrés par la Direction générale de la santé des premières nations et des Inuits et en collaboration avec les premières nations et les Inuits.

La Direction générale finance un certain nombre de programmes qui favorisent la prévention de l'obésité chez les enfants. Je décrirai brièvement certains de ces programmes. Dans le cadre de l'initiative sur le diabète chez les Autochtones, des fonds sont accordés aux projets spéciaux axés sur la prévention de l'obésité chez les enfants, y compris l'adoption de politiques santé à l'école, dont les collations santé, ainsi que les camps pour enfants où est mis en valeur un mode de vie sain. De nombreux projets de prévention du diabète visent les jeunes et des fonds ont été accordés à la recherche sur les interventions axées sur un mode de vie sain et conçues spécialement à l'intention des enfants.

Le programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves est axé sur la promotion de l'activité physique et de la nutrition saine, dans un contexte de renforcement des liens avec la culture et la langue des premières nations. L'objectif consiste à appuyer l'élaboration de stratégies de développement de la petite enfance conçues et gérées par les communautés des premières nations, avec un accent particulier mis sur un régime alimentaire sain et sur l'activité physique.

Le programme canadien de nutrition prénatale et le nouveau programme sur la santé de la mère et de l'enfant ont été conçus pour prévenir l'obésité chez les enfants en fournissant aux parents les renseignements, les ressources et l'aide dont ils ont besoin pour prendre soin de leurs enfants et d'eux-mêmes.

Un certain nombre d'activités visant à améliorer la sécurité alimentaire sont présentement en cours. Un cadre pour la mise en oeuvre d'activités efficaces sur la sécurité alimentaire est en voie d'élaboration en partenariat avec l'Assemblée des Premières nations et Inuits Tapiriit Kanatami. Un projet conjoint a été entrepris avec des détaillants pour accroître la disponibilité, l'accessibilité et la consommation d'aliments sains en magasin dans les communautés nordiques.

En outre, comme Mary l'a dit, nous collaborons à l'adaptation du Guide alimentaire canadien aux besoins et aux particularités des premières nations, des Inuits et des Métis. Le document reconnaîtra l'importance culturelle, spirituelle et physique des aliments autochtones traditionnels tout en tenant compte du rôle des aliments non traditionnels dans les régimes alimentaires contemporains.

• (1600)

[Français]

J'estime que le travail qu'entreprend ce comité sera fort utile aux Premières nations, aux Inuits ainsi qu'à Santé Canada au plan de la

documentation lorsque viendra le temps d'élaborer de nouveaux programmes et de nouvelles politiques.

Je vous remercie.

[Traduction]

Le président: Merci beaucoup.

Nous allons maintenant entendre Janet.

Mme Janet Beauvais (directrice générale, Direction générale des produits de santé et des aliments, Direction des aliments, ministère de la Santé): Merci, monsieur le président.

Je m'appelle Janet Beauvais, et je suis la directrice générale de la Direction des aliments à Santé Canada.

Je suis très heureuse d'être ici aujourd'hui au moment où vous amorcez votre étude de l'obésité infantile.

Permettez-moi d'abord de dire que la Direction des aliments, qui fait partie de la Direction générale des produits de santé et des aliments, joue un rôle important dans le maintien de la salubrité et de la qualité de l'approvisionnement alimentaire du Canada. Nous sommes responsables de l'élaboration des politiques et des normes relatives à la sécurité et à la qualité nutritionnelle des aliments ainsi qu'à la santé et à la sécurité portant sur l'étiquetage et la publicité des aliments vendus au Canada. L'ACIA est responsable de l'application de ces politiques et de ces normes.

D'après la Stratégie mondiale sur le régime alimentaire, l'activité physique et la santé, de l'Organisation mondiale de la santé, les États membres doivent agir principalement au niveau de l'étiquetage nutritionnel. Selon cette stratégie, les gouvernements nationaux doivent fournir aux consommateurs de l'information exacte, normalisée et compréhensible afin qu'ils puissent faire de bons choix alimentaires. Monsieur le président, je suis heureuse de dire que Santé Canada a publié son règlement sur l'étiquetage nutritionnel en 2003 après une vaste consultation qui a duré cinq ans. Ce règlement voulant que les calories et la teneur de 13 principaux nutriments soient inscrits sur les étiquettes de la plupart des aliments préemballés est entré en vigueur le 12 décembre 2005.

Le règlement stipule que l'information relative à la valeur calorique et au contenu nutritif d'un aliment doit être présentée sous la forme normalisée d'un tableau de valeurs nutritives, qui est facile à trouver et à lire. La valeur calorique est le premier élément du tableau. Nous estimons que le fait de rendre l'information disponible permettrait aux consommateurs de non seulement faire de meilleurs choix pour leur santé, mais servirait aussi à encourager l'industrie alimentaire à produire des aliments plus sains. Il y a de plus en plus d'éléments probants que l'effet désiré se produit. Par exemple depuis qu'il est devenu obligatoire d'indiquer la teneur en gras trans en vertu des nouveaux règlements, bon nombre de fabricants ont modifié leurs produits dans le but de l'éliminer.

Le règlement prévoit également des critères touchant l'utilisation de plus de 40 allégations relatives au contenu nutritif. Ces allégations définissent la valeur calorique ou la valeur nutritionnelle contenue dans l'aliment. Par exemple, un aliment dit « à teneur réduite en matière grasse » doit avoir moins de 25 p. 100 en teneur calorique. Ces allégations sont un autre moyen d'aider les Canadiens à choisir un régime alimentaire plus sain et, du même coup, à encourager l'industrie de l'alimentation à innover et à développer des produits qui sont par exemple, à teneur réduite en calories, en sodium, en matière grasse et en gras trans.

Monsieur le président, je voudrais également ajouter que Santé Canada encourage l'industrie de la restauration qui n'est pas soumise à ce règlement, à fournir de l'information nutritionnelle aux consommateurs. En février 2005, l'Association canadienne des restaurateurs et des services alimentaires a mis sur pied un programme d'information nutritionnelle volontaire selon lequel les restaurants participants s'engagent à fournir aux consommateurs les valeurs nutritives conformes aux exigences en matière d'information sur l'étiquetage nutritionnel essentiel des produits emballés. Depuis le lancement du programme d'information nutritionnelle, plus de 25 des plus importantes chaînes de restauration, ce qui représente environ 40 p. 100 des établissements, se sont engagées à participer au programme.

Permettez-moi de conclure en disant que le tableau de la valeur nutritive obligatoire, en plus des allégations relatives au contenu nutritif et de l'information nutritive fournie dans les chaînes de restauration importantes, le tout lié à l'éducation relative à l'utilisation de ces outils, offre une occasion importante en matière de santé publique d'améliorer la santé nutritionnelle et le bien-être des Canadiens. Cette information aide les consommateurs à faire de bons choix alimentaires permettant ainsi de réduire le risque de contracter des maladies chroniques et des affections telles que l'obésité, en leur offrant la possibilité de comparer les produits plus facilement, de déterminer la valeur nutritionnelle des aliments et de mieux gérer les régimes spéciaux associés aux maladies chroniques.

Nous attendons avec impatience les résultats de votre étude et toute recommandation qui nous aiderait à créer un environnement qui favoriserait l'atteinte d'un poids santé pour tous les Canadiens.

Merci.

• (1605)

Le président: Merci.

Nous allons maintenant passer au prochain témoin, Mme Debra Bryanton, de l'Agence canadienne d'inspection des aliments.

Vous avez la parole.

Mme Debra Bryanton (directrice exécutive, Salubrité des aliments, Agence canadienne d'inspection des aliments): Merci, monsieur le président.

Je vous remercie de l'occasion de comparaître devant le comité à l'occasion de son étude de l'obésité infantile. Il faut féliciter le comité d'avoir choisi d'examiner une question aussi importante.

Je m'appelle Debra Bryanton et je suis directrice exécutive, Salubrité des aliments, à l'Agence canadienne d'inspection des aliments.

Le comité n'est pas sans ignorer que l'ACIA a pour mandat de protéger l'approvisionnement alimentaire du pays ainsi que les animaux et les plantes dont dépend une alimentation sûre et de qualité. L'ACIA contrôle la conformité avec 13 lois fédérales et leurs règlements respectifs, dont la Loi sur les aliments et drogues. L'Agence collabore avec d'autres intervenants dans l'exécution de son mandat. L'un des plus importants est évidemment Santé Canada et les organismes qui appartiennent à son portefeuille.

L'ACIA s'attache à servir la population en la protégeant contre les risques sanitaires évitables, en appliquant un régime réglementaire juste et efficace et en assurant la pérennité d'une base de ressources animales et végétales et en favorisant la sûreté de l'approvisionnement alimentaire du pays.

Aujourd'hui que la population est de plus en plus consciente du lien entre choix alimentaire et santé et a accès à un vaste éventail de renseignements, elle fait des choix alimentaires de plus en plus éclairés. Les étiquettes aident le consommateur à faire des choix plus sains, à adapter son régime à ses besoins particuliers et à manipuler la nourriture sans danger. Tous ces facteurs contribuent à la santé générale de la population canadienne.

Comme l'a rappelé Janet Beauvais, le règlement sur les aliments et drogues a été modifié le 1^{er} janvier 2003 et exige dorénavant qu'un tableau d'information nutritive figure sur l'étiquette de la plupart des aliments préemballés. L'étiquette est obligatoire pour les grandes entreprises depuis le 12 décembre 2005 et le deviendra pour les petites le 12 décembre 2007. Comme beaucoup de petites entreprises approvisionnent les grandes, beaucoup ont déjà inclus l'information sur la nutrition sur leurs étiquettes. C'est l'Agence qui veille à l'application du règlement. Il y a maintenant près d'un an que le règlement s'applique aux grandes entreprises et nous sommes heureux de constater que le secteur alimentaire a bien répondu aux exigences de réglementation.

L'Agence a choisi d'appliquer le règlement de manière progressive. En collaboration avec Santé Canada, nous avons lancé un programme d'information auprès du secteur et lui avons fourni des outils ainsi que des documents pour l'aider à s'y conformer.

L'ACIA a également conçu des outils pour permettre aux intervenants de se conformer plus facilement à la réglementation et de l'appliquer. Il s'agit notamment d'un guide de publicité et d'étiquetage alimentaire dans lequel on trouve des conseils ainsi que des règles de base relatives aux étiquettes et aux allégations. On a également publié une trousse sur l'étiquetage nutritionnel qui indique comment il faut interpréter les exigences d'étiquetage énoncées dans le règlement sur les aliments et les drogues. Nous continuerons de travailler avec les parties prenantes en répondant à leurs demandes de renseignements et en faisant des exposés sur demande lors d'assemblées et de colloques afin de favoriser une meilleure compréhension et une meilleure conformité.

L'obésité infantile est un des nombreux problèmes de santé directement issus des choix alimentaires et de la nutrition du consommateur. La population est de plus en plus sensible au problème. Il ne fait pas de doute que le consommateur effectuera ses choix en partie en fonction de l'information qui figure sur l'étiquette.

Le rôle de l'ACIA dans le dossier de l'obésité infantile vient compléter celui de nos partenaires fédéraux comme Santé Canada, les Instituts de recherche en santé du Canada et l'Agence de santé publique du Canada. Nous aidons et continuerons d'aider nos partenaires à combattre ce problème et d'autres sujets d'inquiétude en matière d'hygiène publique.

Merci.

Le président: Merci beaucoup de votre témoignage devant le comité.

Nous allons maintenant commencer les questions. Je donne d'abord la parole à Mme Keeper.

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

J'aimerais remercier tous nos témoins de leurs présentations. J'espère que vous me pardonnerez mon léger retard.

Je ne sais pas qui voudra répondre à ma question.

Le problème n'est pas négligeable, et c'est d'ailleurs la raison pour laquelle le comité a décidé d'entreprendre cette étude. Nous avons obtenu beaucoup de renseignements sur l'ampleur du problème, l'impact qu'il aura sur nos enfants, l'origine du problème, mais je n'ai pas vraiment pu découvrir depuis combien de temps le problème existe. J'ai étudié une révision du guide sur la santé au Canada et du guide alimentaire canadien, qui a été révisé pour la dernière fois en 1992. Est-ce que le problème existait déjà en 1992? Depuis quand le problème de l'obésité chez les enfants a-t-il pris l'ampleur d'une crise au Canada?

•(1610)

Dr Gregory Taylor: Je peux répondre si vous voulez.

Le problème existe depuis déjà un bon moment, mais nous n'avions pas vraiment, tout au moins jusqu'à tout récemment, de données vraiment précises et fiables. Jusqu'en 2004, les données dont nous disposions étaient des statistiques qui provenaient d'intéressés, mais cette année-là, grâce à l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, effectuée par Statistique Canada, nous avons pu connaître les statistiques sur la taille et le poids des Canadiens.

Nous étions plutôt satisfaits de nous puisque nous pensions que les Américains étaient beaucoup plus obèses que nous parce que les données dont nous disposions provenaient simplement des intéressés, il s'agissait de rapports volontaires. Nous avons alors constaté que les hommes de façon courante surestimaient leur taille et les femmes quant à elles sous-estimaient leur poids.

Mme Tina Keeper: C'est toujours ce que je dis: ils surestiment leur taille.

Dr Gregory Taylor: Aujourd'hui, nous en avons la preuve.

Ainsi en mesurant les gens et les enfants, les taux d'obésité sont devenus beaucoup plus élevés. Cela ne veut pas dire que nous n'étions pas conscients de l'existence d'un problème, mais tout simplement que les problèmes étaient bien pires que nous l'avions cru.

De plus, il a été très difficile d'obtenir des données fiables et exactes des communautés autochtones.

Voulez-vous ajouter quelque chose Kathy?

Mme Kathy Langlois: Je crois que j'ai fait quelques commentaires sur la question dans ma présentation, j'ai signalé que nous n'avions pas suffisamment de données sur l'état de santé de la population. Nous savons que les premières nations cherchent à mettre sur pied un programme de surveillance de la santé publique, et nous voulons collaborer avec elles dans ce dossier.

Mme Tina Keeper: Est-ce que les enquêtes régionales sur la santé vous ont fourni certaines des données que vous recherchez?

Mme Kathy Langlois: Oui.

Mme Tina Keeper: Vous avez également signalé que ces données vous ont permis de constater qu'il existait chez les populations autochtones un problème encore plus grave que chez les enfants canadiens.

Mme Kathy Langlois: C'est exact.

Mme Tina Keeper: Vous jugez que le taux est d'environ deux à trois fois...

J'aimerais également avoir une petite précision. Vous avez signalé que le taux est d'environ 22 p. 100, mais les taux d'obésité et de surcharge pondérale pourraient s'élever à environ 36 p. 100. Le taux d'obésité inclut donc ce taux de 22 p. 100. Vous ne parlez pas ici d'environ la moitié ou de plus de la moitié de la population?

Mme Kathy Langlois: Je pense que ces deux chiffres viennent s'ajouter l'un à l'autre. Ainsi, 22 p. 100 font de l'embonpoint et 36 p. 100 sont obèses.

Mme Tina Keeper: Donc 50 p. 100 des Autochtones...et il s'agirait des premières nations, n'est-ce pas, d'après les enquêtes régionales sur la santé...

Mme Kathy Langlois: Oui, il s'agit des premières nations.

Mme Tina Keeper: Donc plus de 50 p. 100 ont des problèmes de poids, 36 p. 100 d'entre eux étant obèses.

Mme Kathy Langlois: C'est exact.

Mme Tina Keeper: J'aimerais vous poser une dernière question. Vous avez dit que vous aviez reçu ces données en 2004 et que l'on pensait au Canada que l'ampleur du problème n'était pas aussi marquée qu'aux États-Unis ou dans les autres pays d'Amérique du Nord qui ont le même mode de vie.

Certains d'entre vous ont mentionné l'Organisation mondiale de la santé, qui a adopté une stratégie sur le régime alimentaire. Est-ce que d'autres pays, pays occidentaux ou pays industrialisés, ont procédé à des travaux de recherche sur la question afin d'identifier une stratégie qui permettrait de réduire de façon marquée le taux d'obésité chez les enfants?

Dr Gregory Taylor: Oui.

Si l'on fait une comparaison entre le Canada et d'autres pays, nous sommes très comparables à d'autres pays industrialisés, ce qui est en fait très inquiétant, car les pays en développement sont en train d'acquiescer le même problème. C'est donc considéré comme un double fardeau, c'est-à-dire que les pays en développement non seulement ont des problèmes de maladies infectieuses, mais ils ont aussi des problèmes d'obésité et de maladies chroniques.

Il est certain que nous nous tournons vers la recherche menée dans d'autres pays.

Peut-être que le Dr Finegood pourrait commenter cela.

Dr Diane T. Finegood (directrice scientifique, Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète): Bien sûr, avec plaisir.

Je pense que votre question portait plutôt sur la manière de résoudre le problème — ai-je bien compris? — ou bien sur l'étendue du problème.

Mme Tina Keeper: Eh bien, oui. Y a-t-il des travaux de recherche qui peuvent nous orienter vers des stratégies vraiment efficaces?

Dr Diane T. Finegood: Oui, il y a un certain nombre d'efforts déployés dans le monde. J'attire en particulier votre attention sur le guide communautaire organisé par le Centre de contrôle des maladies aux États-Unis, dont l'unique but est d'éplucher la totalité de la littérature publiée afin de voir ce qu'on pourrait y apprendre quant à la manière d'intervenir.

Au sujet de l'activité physique, il y a maintenant suffisamment de données pour savoir qu'un certain nombre d'interventions différentes ont une incidence sur le comportement des gens, je veux dire de manière générale, sans se limiter à l'obésité chez les enfants. J'en donne comme exemple des programmes d'activité globale; d'éducation physique quotidienne; des mesures incitatives au point de décision, par exemple une affiche dans un ascenseur qui dit que, si vous prenez l'escalier, vous brûlerez tel nombre de calories.

Pour ce qui est de l'alimentation, malheureusement, la base de données est beaucoup plus faible et bien qu'il y ait de bonnes études montrant qu'il est possible d'intervenir dans le domaine de l'alimentation à l'école, il n'y a pas encore suffisamment de données pour que l'on puisse formuler de solides recommandations quant à la manière d'intervenir. Cela trahit des lacunes dans notre compréhension sur l'intervention.

Donc, même si nous savons certaines choses et si nous en savons assez pour savoir que nous devons agir, l'un des éléments vraiment importants, c'est de s'assurer, quand nous décidons d'intervenir, de pouvoir tirer les leçons de notre intervention afin de pouvoir enrichir notre compréhension de manière continue.

• (1615)

Mme Tina Keeper: Avez-vous assez de données pour prévoir où nous en serons dans cinq ans ou dans dix ans si nous ne mettons pas en place des stratégies efficaces ou si nous n'agissons pas assez rapidement?

Dr Diane T. Finegood: Absolument, et les projections sont bien sûr toujours un peu précaires parce que le monde change constamment. Mais je pense que la statistique la plus frappante que j'ai entendue, c'est qu'un enfant sur trois nés en 2000 va souffrir du diabète durant sa vie, et c'est évidemment une conséquence du taux croissant d'obésité. Voilà donc une statistique très effrayante. Cela ne veut pas dire que les personnes visées vont souffrir du diabète dans leur enfance, mais si elles deviennent obèses durant leur enfance, elles vont en subir les conséquences.

Mme Tina Keeper: Vous voulez parler précisément du diabète de type 2?

Dr Diane T. Finegood: Oui, parce que c'est lié à cette pathologie.

Mme Tina Keeper: Je voudrais vous interroger sur le diabète de type 2 parmi les enfants. Je sais que c'est fréquent dans les communautés des premières nations. Est-ce qu'on le constate dans l'ensemble des enfants au Canada?

Dr Diane T. Finegood: Oui, mais quand on examine les statistiques, cela ne semble pas très effrayant parce que le taux est faible, autour de 1 ou 2 p. 100. Je pense que c'est environ 1 p. 100 de tous les enfants du Canada. Le problème est bien sûr que ce n'est que la pointe de l'iceberg, et puis c'est une maladie que l'on ne devrait pas avoir, si tant est qu'on en souffre jamais, avant l'âge de 50, 60 ou 70 ans. C'est très effrayant, parce que la plupart des gens qui souffrent du diabète de type 2, même s'ils font beaucoup d'efforts pour soigner leur maladie, finissent habituellement, après une quinzaine d'années, par souffrir des complications du diabète. Donc, si des enfants font du diabète à l'âge de 10 ans et commencent à souffrir des complications du diabète à 25 ans, c'est une perspective très effrayante pour le système de santé.

Il y a au Manitoba un excellent chercheur qui dirige depuis un certain nombre d'années une clinique pédiatrique pour soigner l'obésité et le diabète. Elle a fait un suivi pour savoir ce qu'il était advenu des enfants qu'elle avait soignés après qu'ils aient quitté sa clinique, parce qu'elle est pédiatre, et elle a constaté que beaucoup d'entre eux avaient besoin de dialyse et que certains étaient déjà morts de leur maladie. C'est une perspective tout à fait effrayante.

Mme Tina Keeper: Merci.

Dr Gregory Taylor: Si je peux me permettre, je crois que Mary Bush voulait aussi répondre à votre question.

Mme Mary Bush: Je pense que vous posez une question très importante quand vous demandez si nous avons eu des indices de cette situation. Et je pense qu'il est important de retourner en arrière,

il n'y a pas tellement d'années, jusqu'en 2001, lorsque l'Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète, Obesity Care Canada et nous-mêmes avons tenu une réunion de deux jours intitulée « Un dialogue national sur le poids-santé ». Nous avons notamment essayé de creuser la question en nous demandant ce que nous savons sur le sujet. Quelles données avons-nous? Le problème tient-il à la quantité d'énergie et aux aliments consommés? Est-ce l'activité physique? Où en sommes-nous?

Nous étions vraiment à l'étape de l'exploration.

Comme on vous le dira à répétition, les données posent un problème, mais c'est plus que cela: il ne suffit pas d'avoir des données, encore faut-il un système permettant à quelqu'un d'analyser ces données, de les étudier, d'y réfléchir et de les utiliser de façon continue. Je sais que le Dr Taylor l'a mentionné dans son allocution. Un tel système fait partie des éléments absolument essentiels.

Mme Tina Keeper: Mon temps est-il déjà écoulé?

Le président: En fait, oui.

Peut-être voulez-vous revenir à la charge au deuxième tour.

Christiane Gagnon.

[Français]

Mme Christiane Gagnon (Québec, BQ): Merci.

Depuis quelques jours, on essaie de comprendre un peu plus l'augmentation de l'obésité chez les populations autochtones et non autochtones.

J'ai fait référence à une enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations dans la région de Québec. Ce qui m'a interpellée, ce sont les facteurs et le mode de vie de l'ensemble de la population, en l'occurrence, des Autochtones. Un des facteurs déterminants de l'accès à une meilleure information et à certains services est l'éloignement géographique. Étant donné que les communautés autochtones vivent dans des régions très éloignées des centres où il existe des services, de l'information et une plus grande sensibilisation à une saine alimentation, le problème de l'obésité y est plus important.

Même s'il y a un guide alimentaire et qu'on incite les gens à le consulter, même s'il y a un étiquetage nutritionnel, ce n'est pas ce qui amènera les jeunes à avoir un meilleur conditionnement et une meilleure alimentation.

Quelles solutions peut-on proposer aux personnes vivant en région éloignée, plus particulièrement aux Autochtones?

• (1620)

Mme Kathy Langlois: Je parlerai surtout des Autochtones en régions éloignées. Je demanderai à mes collègues de vous parler des communautés isolées en général.

Je vais prendre un exemple. On a de l'information au sujet de la région de Nunavik, qui est une région inuite au nord du Québec. Nous avons mis sur pied des projets dont les indicateurs sont plus positifs. Cela se rapporte à la notion de *food security/insecurity*.

Le Nunavik a mis en place des programmes qui aident apparemment à l'alimentation. Par exemple, la Fédération des coopératives du Nouveau-Québec exploite des magasins dans le nord du Québec. Leur politique de prix est favorable à une saine alimentation. En outre, ces communautés ont un programme de soutien aux chasseurs inuits. Ce programme fait partie des revendications territoriales. Les communautés ont également des congélateurs communautaires pour entreposer la nourriture rapportée par les chasseurs.

[Traduction]

Les membres de la collectivité ont accès à des aliments dans ces congélateurs et nous croyons que c'est une bonne pratique.

[Français]

Dans cette région, les femmes enceintes peuvent se procurer de l'omble de l'Arctique grâce à notre programme de nutrition prénatale.

[Traduction]

Dr Gregory Taylor: Je veux revenir à votre observation, quand vous dites que l'étiquetage ne suffit pas. Il m'apparaît très clair que c'est l'une des nombreuses mesures qu'il faut prendre, mais elle ne suffit pas à elle seule.

Nous aimons faire la comparaison avec le tabac. Le Canada est un chef de file mondial dans la lutte contre le tabagisme, mais cela a nécessité de nombreuses années d'investissements soutenus et de multiples interventions. Comme vous l'avez signalé, aucune mesure ne pourra à elle seule résoudre le problème ni même s'y attaquer, mais il y a de multiples interventions. Nous avons essayé de vous donner une idée de l'éventail d'activités que nous déployons pour essayer de s'attaquer au problème.

Mais vous avez absolument raison de dire qu'aucune intervention ne permettra à elle seule de résoudre le problème.

[Français]

Mme Christiane Gagnon: Il y a un autre aspect qui paraît problématique. Dans les familles à revenu moindre, il est plus difficile de payer pour s'alimenter, et ces gens paient souvent moins cher pour leur nourriture. Il suffit de regarder dans les paniers de provisions quand on fait l'épicerie. Les gens qui semblent moins fortunés vont acheter des produits qui coûtent moins cher et qui sont souvent en solde.

Quelles sont les mesures que nous pourrions prendre? Je sais qu'il y a des incitatifs, on a parlé de mesures d'ordre comptable. On a dit qu'on pourrait peut-être, par exemple, donner un crédit d'impôt pour des aliments plus sains. Je n'aime pas tellement l'aspect punitif, comme imposer une taxe ou augmenter le prix des aliments qui sont moins sains.

Une initiative de ce genre pourrait-elle aider les populations les moins bien nanties à avoir une meilleure alimentation?

[Traduction]

Le président: Votre temps est écoulé, mais je vais permettre une brève réponse.

Dr Gregory Taylor: Très brièvement, si vous faites allusion à la taxation des aliments de la malbouffe, il y a eu une certaine controverse — ce n'est peut-être pas le bon mot — disons que certains indices montrent que dans certaines situations, cela donne de très bons résultats, mais ce n'est pas aussi facile que pour d'autres taxes qui existent, comme celles sur le tabac.

Je pense que l'équipe de Mary a fait pas mal de travail dans ce domaine et je lui demanderais de répondre, si possible.

Mme Mary Bush: Si j'ai bien compris, votre question concernait surtout ceux dont le revenu est limité et qui ont de la difficulté à acheter des aliments adéquats. Vous avez tout à fait raison. Nos statistiques révèlent que 6,8 p.100 de la population, soit environ deux millions de Canadiens, vivent dans des ménages qui n'ont pas toujours les moyens d'acheter des provisions parce que leurs ressources financières sont limitées.

Nous avons en fait un outil qu'on appelle « Le panier à provisions nutritif », qui est utilisé partout au Canada par les autres

gouvernements pour établir le coût d'un panier alimentaire nutritif. Il est utilisé partout au pays par les services sociaux lorsqu'ils prennent des décisions.

La question que vous abordez est donc une question importante, et elle est importante également pour ce qui est des conséquences. Vous avez mentionné le fait que les calories peuvent être peu coûteuses lorsqu'elles contiennent beaucoup de gras et que ce n'est pas toujours le choix le plus nutritif, et vous avez raison.

• (1625)

Le président: Monsieur Fletcher, vous avez la parole.

M. Steven Fletcher (Charleswood—St. James—Assiniboia, PCC): Merci, monsieur le président.

J'ai trouvé tous les exposés excellents. J'ai trouvé particulièrement intéressantes les observations de M. Taylor sur la façon dont les gens se voient. Vous serez peut-être intéressé de savoir, monsieur Taylor, que si je n'étais pas assis, je ferais 10 pieds.

Des voix: Oh, oh!

M. Steven Fletcher: Il s'agit là évidemment d'une question très importante, et c'est pour cette raison que nous l'examinons. Je pense qu'il serait utile que notre comité, alors qu'il entreprend cette étude, le fasse de façon un peu plus concise par rapport aux questions concernant le coût financier et l'espérance de vie. Ce sont là deux questions quantitatives. Il y a également une mesure qualitative, ou je ne sais pas comment vous aimeriez la décrire, pour comparer la qualité de vie des enfants qui sont obèses par rapport à ceux qui ne le sont pas.

Alors qui aimerait répondre à cette question?

Dr Gregory Taylor: Je peux commencer.

Dans la documentation que nous avons fournie, il y a une étude récente qui révèle un coût annuel d'environ 4 milliards de dollars, mais c'est là une sous-estimation. Ce qui nous préoccupe en partie — et là où je travaille, nous examinons la question du point de vue des maladies chroniques — c'est le genre de maladies qu'entraîne l'obésité, notamment le diabète, les maladies du coeur, l'hypertension, l'arthrite, etc. Il est donc difficile d'en évaluer le coût réel car il faut le faire en tenant compte de l'exposition au cours de toute une vie, donc, je pense qu'il est nécessaire d'examiner davantage la question des coûts-avantages. Quelqu'un a laissé entendre qu'il était très rentable de prévenir la maladie avant qu'elle ne se déclare.

Pour ce qui est de l'espérance de vie réduite, comme vous y avez fait allusion, les gens qui souffrent du diabète ne vivent pas aussi longtemps. Je ne suis pas certain que ce soit le cas également des gens obèses. Je ne pense pas que de façon générale les gens obèses aient une espérance de vie réduite; ce sont les maladies dont ils souffrent en raison de leur obésité qui font en sorte qu'ils sont davantage à risque.

Dr Diane T. Finegood: Ce que j'ajouterais à cela — et je n'ai pas apporté avec moi les chiffres exacts au sujet de l'espérance de vie — c'est que nous croyons que les enfants qui naissent à l'heure actuelle et qui sont nés au cours des dernières années ne vivront sans doute pas aussi longtemps que leurs parents. C'est la première génération pour laquelle cela se produit.

M. Steven Fletcher: Qu'en est-il de la qualité de vie des enfants qui sont obèses par rapport à celle des enfants qui ne le sont pas?

Dr Diane T. Finegood: Il ne fait presque aucun doute qu'ils ont une qualité de vie moindre. La dernière fois, je vous ai apporté les statistiques qui révèlent qu'ils ont à peu près la même qualité de vie que les enfants qui ont le cancer et qui sont en chimio.

M. Steven Fletcher: Ouah!

Je n'ai pas d'autres questions.

Le président: Merci, monsieur Fletcher.

Omar, vous avez cinq minutes.

M. Omar Alghabra (Mississauga—Erindale, Lib.): Merci, monsieur le président, et merci à vous tous d'être ici aujourd'hui. Ce comité a accepté cette tâche très importante, et votre témoignage ici aujourd'hui et les preuves que vous présenterez auront une grande influence sur les résultats.

Ma première question s'adresse au docteur Taylor. Si vous n'y voyez pas d'inconvénient, puisque je n'ai que cinq minutes, j'aimerais avoir une réponse concise parce que j'ai une autre question qui s'adressera à tout le monde.

Comme je l'ai dit, j'aimerais avoir des précisions concernant l'une de vos déclarations, parce qu'elle pourrait avoir une influence sur les résultats de l'étude. Vous avez laissé entendre que les groupes ethniques et raciaux risquaient davantage d'être obèses. Est-ce pour des raisons culturelles ou génétiques ou en raison de conditions socio-économiques qui font en sorte que ces groupes ethniques sont surreprésentés?

Dr Gregory Taylor: Je crois que c'est attribuable à une combinaison de tous ces facteurs. Nous avons parlé plus particulièrement des groupes autochtones, mais il y a une combinaison de facteurs, comme la prédisposition génétique, la nourriture propre aux cultures et le statut socio-économique. Il y a donc plusieurs facteurs. Est-ce que j'ai été assez concis?

•(1630)

M. Omar Alghabra: C'est très concis. J'aurais aimé avoir des preuves quant aux conditions socio-économiques qui ont une influence.

Dr Gregory Taylor: Il y a des preuves. L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) présentait de bonnes preuves, parce qu'elle tenait également compte du statut économique. Il est intéressant de constater que les hommes qui ont un revenu élevé présentaient également un taux élevé d'obésité, ce qui est assez surprenant. Les femmes qui gagnent un revenu moyen ont tendance à présenter le plus haut taux d'obésité. Mais dans l'ensemble, les gens qui n'ont pas obtenu un diplôme d'études secondaires présentent des taux supérieurs d'obésité aux gens qui ont au moins un diplôme d'études secondaires.

M. Omar Alghabra: Merci.

Cette question s'adresse à vous tous. Afin que vous nous aidiez à formuler des recommandations, j'aimerais que vous me disiez quelles trois recommandations vous formuleriez si vous étiez à notre place. Oui, vous nous avez beaucoup parlé du travail que vous faites — de l'excellent travail, en fait — mais nous voulons savoir ce qu'il faut faire pour aller de l'avant.

Le président: Je vois qu'ils sont tous impatients de répondre. Une personne à la fois.

Dr Diane T. Finegood: Je vais vous donner la recommandation qu'on m'a faite lorsque j'ai posé la même question à l'autorité mondiale en matière d'obésité infantile, qui travaille aussi pour le gouvernement fédéral américain: quel est le rôle d'un gouvernement fédéral relativement à ce problème?

On m'a répondu que le rôle du gouvernement fédéral est d'entreprendre le travail qui doit être fait à l'échelle locale et provinciale. C'est à ce niveau que des mesures doivent être prises, parce que les populations varient selon les régions et les circonstances. Voilà donc ce qu'il faut faire, tout en s'assurant d'en tirer des leçons et de diffuser l'information au besoin. Voilà donc la recommandation qu'on m'a faite quant au rôle du gouvernement fédéral, et je crois que c'est approprié.

Nous n'avons pas assez d'information pour dire tout simplement: « Voici les mesures qu'il faut prendre ». Prenons donc les mesures les plus prometteuses et tirons-en des leçons afin de pouvoir nous améliorer à l'avenir et continuer à aller de l'avant.

Le président: Y a-t-il d'autres réponses?

M. Omar Alghabra: Je l'espère bien.

Le président: Janet.

Mme Janet Beauvais: La Direction générale élabore les normes, les politiques et la réglementation en matière de salubrité des aliments et de qualité nutritionnelle. Il est certain que nous aimerions continuer de contrôler l'efficacité de la réglementation en matière d'étiquetage nutritionnel. Le Règlement est assez récent, mais pas encore appliqué intégralement et nous aimerions comprendre dans quelle mesure il aide les Canadiens à faire de meilleurs choix; s'ils changent leurs habitudes alimentaires en fonction de cette information. Nous aimerions comprendre les éléments dont nous disposons pour étayer l'élaboration d'autres politiques ou règlements pour lutter contre l'obésité infantile.

Mme Mary Bush: Ce que je voudrais par-dessus tout, c'est que l'on reconnaisse qu'il s'agit d'une question très complexe qui ne se prête pas aux solutions faciles. Il faut une solution globale. Il faut dire haut et fort que c'est un problème grave qui exige des moyens dans le cadre d'un système de soins; il faut s'assurer d'avoir ce qu'il faut pour accomplir ce que l'on veut faire, avoir les moyens de mettre en oeuvre les stratégies déjà élaborées. Il faut vraiment aller de l'avant.

Ce qu'a dit Diane Finegood est tout à fait vrai. Le gouvernement doit assurer le démarrage et c'est à nous d'en tirer les enseignements. Nous avons beaucoup appris. Nous pourrions en apprendre encore plus de ce qui se fait actuellement, en Nouvelle-Écosse par exemple — une intervention globale dans les écoles, des travaux de recherches robustes. Ensuite vient la réaffectation des ressources. Il y a de merveilleux exemples de ce qui se fait mais il faut que le pays prenne la chose au sérieux et commence à réaffecter les fonds.

Le président: Merci beaucoup.

Je m'excuse auprès de Penny Priddy; je l'ai oubliée.

Madame Priddy, vous avez la parole.

•(1635)

Mme Penny Priddy (Surrey-Nord, NPD): Merci à vous et merci aux témoins de leurs exposés.

Janet, je suis intéressée par le fait que vous voulez assurer un suivi au sujet de l'étiquetage. C'était une de mes questions. Je vais faire vite.

On aura beau étiqueter autant qu'on veut, mais j'aimerais savoir si vous savez quel pourcentage de la population — je sais que ce n'est qu'une approximation, qui n'a pas fait suffisamment d'études — d'ailleurs, ce pourrait être n'importe qui d'entre nous dans la salle, si bien que ce n'est pas forcément une question d'études — peut comprendre ce que l'on entend par nutriment ou encore le pourcentage de gens qui ne savent pas lire et pour qui les étiquettes ne changent rien et si vous avez réfléchi à la façon dont on peut s'occuper de ça. C'est la première question que je pose — et j'en poserai autant que l'on pourra.

Mon autre question, c'est qu'est-ce que l'on peut faire pour avoir de meilleures données? Je pense que Kathy, vous ou quelqu'un a dit que l'on n'a pas autant de données que l'on voudrait. Que nous faut-il pour avoir de meilleures données?

Enfin, comme il s'agit ici d'une responsabilité du gouvernement fédéral, y a-t-il des ressources directes dans les réserves pour les gens au sujet d'orientation ou d'aide en matière de régime alimentaire, etc.?

Essayez de répondre à autant de questions que vous pourrez.

Mme Janet Beauvais: Je vais peut-être commencer par l'étiquetage nutritionnel — l'effet qu'il a, la question de savoir si les gens arrivent à comprendre l'étiquette. C'est un règlement assez récent et quand nous l'avons élaboré, nous avons fait passablement d'essais auprès de groupes témoins de Canadiens ordinaires pour concevoir une étiquette aussi facile à lire et à comprendre que possible.

D'après nos analyses jusqu'à ce jour, 60 à 80 p. 100 des Canadiens lisent le panneau des faits nutritionnels. C'est un pourcentage important si tôt depuis l'entrée en vigueur du Règlement. Plus tard, on voudra sans doute demander à nouveau aux Canadiens quel effet ont ces étiquettes. Est-ce qu'ils les lisent? Les trouvent-ils utiles? Comprennent-ils ce qu'elles signifient? Les trousse d'information que nous diffusons rejoignent-elles les Canadiens? Il y a une trousse à l'intention des éducateurs mais l'équipe de Mary a aussi conçu un site Web interactif destiné à aider les Canadiens à apprendre à lire l'étiquette. Voilà autant de choses que l'on pourra faire avec le temps.

Mme Penny Priddy: Et la capacité de lire?

Mme Janet Beauvais: En ce qui concerne l'alphabétisme, nous savons que de 60 à 80 p. 100 des Canadiens lisent les étiquettes, mais nos données n'indiquent pas s'ils les comprennent ou non. Lors de nos essais auprès des groupes témoins, nous avons tâché de noter l'information au niveau de lecture de la plupart des gens.

Mary, vous pourriez peut-être donner plus de précisions à ce sujet.

Mme Mary Bush: Oui. Au moment d'élaborer cette politique, si nous avons opté pour une présentation uniformisée, c'est entre autres parce que les milieux de l'alphabétisation nous ont dit que les chiffres et la terminologie présentaient déjà assez de difficultés; en adoptant une présentation uniforme cela faciliterait la compréhension. C'est ainsi devenu un outil qui est présent dans l'environnement, qui est intégré au programme d'éducation nutritionnelle des provinces et des localités partout au pays. Nous ne nous contentons pas de fournir les étiquettes et de dire aux gens comment les utiliser; l'information nutritionnelle figurant sur l'emballage devient un outil d'éducation des gens partout au pays.

Dr Diane T. Finegood: Permettez-moi de répondre brièvement à la question sur la qualité des données, qui est très importante.

Il y a deux facteurs touchant les données qui sont extrêmement importants. Le premier, c'est la surveillance. Nous n'avons pas un très bon système de surveillance au Canada. Il s'agit de la première enquête nationale sur la nutrition que nous menons en 35 ans, mais nous ne mesurons même pas la taille et le poids très souvent. Or, il est très important de le faire. Il ne suffit pas non plus de peser les gens; il faut exercer une surveillance à l'endroit des comportements alimentaires et des comportements relatifs à l'activité physique, pour voir si les politiques produisent les effets escomptés. C'est très important.

L'autre aspect de la collecte des données qui nous semble important est qu'il faut subventionner plus de recherches communautaires et même des alliances communautaires de recherche, dans lesquelles les chercheurs travailleraient auprès de collectivités où le problème se pose. Les collectivités de leur côté joueraient un rôle important dans le processus en exprimant leurs besoins sur le plan de l'information et les chercheurs essaieraient de présenter cette information d'une façon cohérente et ils la retransmettraient aux collectivités, de même qu'à l'ensemble de la population. Voilà le genre de choses que nous devons faire et que nous avons fait, de façon assez limitée certes, par l'entremise des Instituts de recherche en santé du Canada.

● (1640)

Mme Penny Priddy: Merci. Vos explications sont très instructives.

Dr Gregory Taylor: Permettez-moi d'ajouter en ce qui concerne la surveillance du poids, que nous essayons de recueillir des données complètes chaque fois que nous étudions les maladies et les facteurs de risque.

Par ailleurs, il faut savoir que la surveillance vise à évaluer ce qu'on a fait. En ce moment, elle n'est pas assez perfectionnée. Quand on fait une intervention auprès d'une collectivité, d'une province ou d'une région, comment savoir si elle a été efficace? Voilà le genre de surveillance qu'il faudrait exercer.

Une voix: On fait plutôt des études longitudinales maintenant.

Dr Diane T. Finegood: Nous aidons les chercheurs à faire ce genre de travail, mais pas assez.

Dr Gregory Taylor: Quant à votre troisième question...

Mme Kathy Langlois: D'accord.

Pour revenir à ce que disait Mary, je dirais que nous avons adopté notre approche en matière d'étiquetage en adaptant l'information aux premières nations et aux Inuits de même qu'aux personnes ayant de faibles capacités de lecture.

Quant aux ressources qui sont fournies directement dans les réserves, il y a des programmes qui s'adressent aux autochtones de différents âges et à différentes étapes de leur vie. Le Programme d'aide préscolaire pour les autochtones, qui s'adresse aux enfants de 0 à 6 ans, le Programme de nutrition prénatale et l'initiative pour contrer le diabète chez les autochtones visent tous à développer ces capacités à différentes étapes de la vie.

Mme Penny Priddy: L'on intervient vraiment auprès des gens. C'est le cas du Programme d'aide préscolaire, mais...

Mon temps est écoulé?

Le président: Oui, et vous l'avez même dépassé, mais je leur ai permis de terminer de finir de répondre à votre première question. J'ai été généreux parce que...

Mme Penny Priddy: Parce que vous êtes un homme d'une grande bonté. Merci beaucoup, monsieur le président. Vous êtes trop bon.

Le président: Je vais maintenant donner la parole à Mme Davidson, pour cinq minutes.

Mme Patricia Davidson (Sarnia—Lambton, PCC): Merci, monsieur le président.

Je tiens à remercier tous nos témoins. J'ai apprécié chacun des exposés et nous avons obtenu ici cet après-midi d'excellents renseignements.

J'ai une question, que je vous pose à tous. Je ne sais pas si vous saurez répondre.

On parle de l'incidence accrue de l'obésité, et nous en sommes tous bien conscients. Les chiffres sont très élevés, que ce soit pour les Autochtones ou les non-Autochtones, et cela se voit partout au pays.

J'ai aussi fait de la politique municipale, pendant longtemps et je sais que les autres ordres de gouvernement ont accru leurs programmes dans ce domaine. Il y a par exemple des programmes sur la santé des enfants qui sont mis sur pied par des agences de santé publique et des partenariats et des activités de collaboration avec les enseignants et les écoles. Nous avons vu toutes ces initiatives. Il y a eu des programmes fédéraux de promotion de la forme physique, aussi. Certains de ces programmes sont très récents et n'ont pas pu encore afficher de résultats. On a amélioré l'étiquetage, on nous fournit davantage d'information. C'est un processus continu et je pense comme vous que les consommateurs sont de plus en plus conscients de cela. Je sais qu'il y a une dizaine d'années, la plupart des gens ne lisaient pas les étiquettes; ils le font maintenant et je crois que l'uniformisation de l'étiquetage est très positive. Je ne sais pas si les gens comprennent bien tout ce que cela signifie, mais ils peuvent au moins comparer les produits entre eux, grâce à cette uniformisation. C'est une bonne chose à mon avis.

Je sais qu'il y a des programmes d'information pour consommateurs avertis. On fait des visites dans les supermarchés et on enseigne aux familles à faible revenu comment devenir des consommateurs avertis. Ce genre de choses se fait depuis longtemps déjà. Il y a aussi des programmes de petits déjeuners santé dans les écoles.

Vous avez parlé d'une nouvelle révision du Guide alimentaire canadien. On l'a fait il y a quelques années et on va le refaire.

Quelles sont nos erreurs? Nous avons pris diverses mesures, mais l'incidence de l'obésité continue d'augmenter à pas de géant. Où nous sommes-nous trompés? Que faudrait-il faire?

On parle d'activités sportives et beaucoup de gens en font. Au niveau municipal, on voit certainement de plus en plus de sentiers de randonnée, de pistes cyclables, etc. Beaucoup d'initiatives ont été prises, mais on semble loin d'avoir réglé le problème.

Dr Gregory Taylor: Je vais essayer de vous répondre.

Je ne pense pas qu'on puisse dire exactement où on s'est trompé. Je reprends l'analogie avec le tabagisme: il y a eu de multiples interventions, pendant une longue période. On a commencé à travailler contre le tabagisme il y a quarante ans, pour arriver là où nous en sommes maintenant.

Ce qui est très enthousiasmant pour nous, c'est qu'au cours des dernières années, on a commencé à se pencher sur des choses qui n'étaient pas liées directement à la santé. Ainsi, on a commencé à voir tout ce qu'il y avait d'intéressant dans l'aménagement urbain. La façon dont les collectivités sont aménagées a un effet marqué sur l'obésité, croyez-le ou non, par exemple parce qu'il n'y a pas d'endroits sûrs où marcher, ou à cause du type de commerces dans la collectivité, etc.

Il y a deux ou trois ans, des groupes de réflexion de Toronto ont invité des urbanistes qui croyaient travailler à la santé de la population et ils avaient des faits pour prouver qu'ils oeuvraient pour la santé et sa promotion.

Une nouvelle collectivité est conçue pour le haut de la montagne à l'Université Simon Fraser. C'est une communauté idéale, où il y a des choses incroyables comme des espaces ouverts, la possibilité de marcher au lieu de se déplacer en voiture, etc.

Du côté des communautés autochtones, comme Kathy le mentionnait, la question de la sécurité est importante. On ne peut pas simplement sortir et marcher comme autrefois. Je pense que nous commençons à vraiment reconnaître l'effet du milieu. Il faut influencer davantage les déterminants.

Comme nous l'avons dit plus tôt, le simple étiquetage ne suffit pas. Ce n'est pas nécessairement un échec. Nous sommes sur la bonne voie et peut-être que beaucoup de ces interventions sont efficaces et que sans elles, le problème serait bien plus grave qu'il ne l'est maintenant.

• (1645)

Mme Patricia Davidson: Est-ce que les capitaux de démarrage dont nous avons parlé sont destinés à la création de partenariats? Qu'est-ce que cela veut dire exactement?

Dr Diane T. Finegood: Il faut bien entendu des partenariats entre tous les portefeuilles— l'agriculture, le transport et les autres secteurs. C'est vraiment crucial, parce que cela touche tout le monde. Quand je parle de capitaux de démarrage, je parle de l'argent qu'il faut pour lancer les interventions, faire en sorte que le travail se fasse et qu'on puisse le comprendre.

J'aimerais formuler une observation au sujet de l'ampleur de notre réaction à ce problème. Quand on met en balance notre réaction et d'autre part l'argent que le secteur alimentaire consacre à la commercialisation de produits à haute teneur énergétique et faible teneur nutritionnelle... Que donne cette comparaison? Ce sont des ordres de grandeur différents, compte tenu de l'ampleur des dépenses dans ce secteur.

Un des problèmes de fond, c'est que nous sommes approvisionnés en aliments peu nutritifs, à haute teneur énergétique et peu coûteux... Cela revient à la question du statut socioéconomique, mais aussi à celle de la mise en marché. En effet, les aliments qui sont le plus profitables pour le secteur sont aussi les plus transformés et ceux qui contiennent les ingrédients les moins coûteux. Le résultat, c'est que ces aliments ne coûtent pas cher, mais font l'objet d'une commercialisation plus intensive et sont aussi très disponibles.

Nous commençons à réagir, mais il faut que la proportion change.

Le président: Je vais laisser Mary répondre.

Mme Mary Bush: J'adore votre question puisque je pense en effet qu'il ne s'agit pas de dire aux gens ce qu'ils doivent faire. Le problème va bien au-delà de ça. J'en entends tout le temps parler, au sujet du *Guide alimentaire canadien*. On nous dit que cela a un effet sur l'obésité. Non, ce n'est pas vrai. Il ne s'agit pas d'une question individuelle. Il faut comprendre le changement majeur qui s'est produit au cours des 20 dernières années, dans le fonctionnement de notre société, qui est sans précédent. Les aliments sont partout. Vous ne pouvez même pas aller à la quincaillerie sans passer devant un comptoir alimentaire. On vous parle de manger 24 heures par jour, 365 jours par an.

En outre, à notre époque, nous restons assis, comme nous le faisons maintenant. Si je regarde les oeuvres d'art sur les murs qui nous entourent, je vois une époque où les gens travaillaient physiquement et dépensaient de l'énergie.

C'est un grand défi que nous devons relever, il ne s'agit pas simplement de sensibiliser un peu la population. Il faut une démarche bien plus globale.

Le président: Pour vous donner une idée de l'influence qu'ont les gens autour de nous, vous vous souvenez sans doute de nos propos sur les biscuits et vous pouvez constater l'effet que cela a eu sur le plateau de biscuits: il est encore plein.

Madame Demers, c'est à votre tour de poser des questions.

[Français]

Mme Nicole Demers (Laval, BQ): Merci, monsieur le président.

Merci d'être venus au comité. Je suis contente de voir à la fois des représentants du ministère de la Santé et des gens de l'Agence de la santé publique du Canada. Ça n'arrive pas souvent. Je vais vous poser des questions qui vont sûrement être plus intéressantes pour vous.

Monsieur Taylor, vous avez mentionné qu'il y avait moins de problèmes d'obésité chez les personnes de la classe moyenne ou aisée que chez celles aux prises avec un problème de pauvreté. Pour ma part, je crois qu'aujourd'hui, tous les jeunes ont des problèmes d'obésité, peu importe à quelle classe sociale ils appartiennent. On constate un problème d'obésité chez les garçons, mais il est très important de ne pas oublier qu'il y a aussi un problème d'anorexie chez les filles, d'une part, et de maigreur extrême chez les jeunes filles, d'autre part.

On connaît très bien les effets de l'obésité, mais comme on le dit depuis un moment, on n'en connaît pas toutes les causes. Il faudrait peut-être évaluer la pertinence de bien informer les gens sur les effets plutôt que d'essayer de leur faire comprendre les causes. Les effets sont connus. Par exemple, dans le cas de la cigarette, on a fait valoir qu'elle pouvait causer le cancer du poumon, entre autres problèmes. De cette façon, les gens ont compris beaucoup plus rapidement. On précise que la cigarette peut provoquer un problème de dysfonction érectile, et cela fait réfléchir, bien sûr.

Par conséquent, je me demande s'il ne serait pas préférable d'opter pour une campagne de sensibilisation, d'information et d'éducation visant en tout premier lieu les parents. Peu importe le budget dont ils disposent, ce sont eux qui se chargent habituellement d'acheter la nourriture pour leurs enfants. Est-ce qu'on a envisagé une telle initiative? Celle-ci pourrait faire comprendre davantage aux gens l'importance d'une bonne alimentation. Préciser le montant de calories contenu dans tel ou tel aliment n'est pas suffisant, à mon avis.

• (1650)

[Traduction]

Dr Gregory Taylor: Je pense que vous parlez de campagnes d'information sur les effets et les risques de l'obésité, afin que les familles puissent s'assurer de bien nourrir leurs enfants.

Sans aucun doute, l'information est importante, mais comme dans le cas du tabagisme, ce n'est pas suffisant. Il y a beaucoup de résultats d'enquête sur le tabagisme, et par ailleurs, les Canadiens connaissent les méfaits de l'obésité et, pour la plupart, le lien entre l'obésité et le diabète. Mais le changement de comportement est très difficile.

L'étiquetage nutritionnel vise en partie cet objectif, et notre travail a consisté en partie à essayer de faire comprendre que les effets négatifs, comme le disait Dan, peuvent être le diabète et l'obésité.

Mais cela ne suffit pas, à cause de l'environnement nocif dans lequel vivent les gens. Ils sont incapables de changer leur façon de faire, ou alors ils n'écoutent pas, ou ne sont pas prêts. Je peux vous parler de la théorie des étapes du changement, que vous connaissez peut-être, et du fait que lorsqu'on n'est pas au courant, on ne peut pas vraiment recevoir les messages.

Cela signifie que nos campagnes de marketing social doivent être mieux ciblées. Pour certains groupes ethniques, nous n'avons même pas commencé à façonner le message pour l'adapter à leur point de vue. Pour le domaine dont s'occupe Kathy, le message doit être bien ciblé, culturellement.

L'indice de masse corporelle, l'IMC, ne convient pas du tout à certains groupes, et ils ne s'y intéressent donc probablement pas. Il faut adapter notre message tout en reconnaissant que cela ne suffira pas. Je pense que vous avez raison. Le simple fait que tel produit est très calorifique, d'en connaître les effets négatifs possibles... Je reviens toujours à l'analogie avec le tabagisme: les gens savaient très bien que le tabac était nocif, qu'ils risquaient d'avoir un cancer du poumon, mais ils continuaient de fumer à cause de l'accoutumance, à cause de leur résistance au changement, à cause de mille autres raisons.

Il faut donc lutter sur plus d'un front, tout en informant les gens, et les parents, pour qu'ils soient responsables.

Le problème tient aussi en partie au fait que lorsqu'on a créé le programme des modes de vie sains, l'obésité était la principale préoccupation. Après deux ans de consultation, on a compris qu'il fallait cesser de blâmer la victime. Au lieu de parler d'obésité, de reprocher leur obésité aux Canadiens, on a commencé à parler de mode de vie sain et on a essayé de créer un environnement positif, avec un message positif, en jugeant que ce serait plus facile pour les gens d'adopter un comportement positif que de dire aux enfants qu'ils sont gros, que c'est mal, et de faire pression sur les enfants.

Vous avez parlé de l'anorexie, ce qui est très préoccupant. J'ai une fille de 15 ans qui a probablement 30 livres en trop, et c'est un grave problème. Je ne veux pas lui en parler, de peur qu'elle se fasse vomir pour être plus séduisante pour son petit ami.

Je ne sais pas si dans l'ensemble de la population, les statistiques montrent qu'on s'engage peut-être trop dans cette voie, et que cela pourrait... Dan pourrait peut-être nous le dire. Il faut donc présenter une image positive du corps et créer un environnement positif pour les enfants, plutôt que le contraire.

Dr Diane T. Finegood: Des chercheurs éminents dans ce domaine reconnaissent qu'on a tort d'axer les campagnes sur le mot « obésité », surtout dans le cas des enfants. Ce n'est pas ce que nous voulons faire. Ce n'est pas ce que nous voulons faire. Ce contre quoi nous voulons lutter, c'est l'association que font les gens entre la nourriture et le plaisir.

Ce que les spécialistes nous disent, c'est que nos programmes ne doivent pas être axés sur l'obésité, mais sur une association entre l'activité physique et le plaisir. C'est essentiellement ce que nous appellerions une manœuvre furtive. Il faut que les enfants deviennent plus actifs parce que cela les amuse — il faut qu'ils associent l'activité physique au plaisir. D'après les études qui ont été effectuées, cette association a été bien plus efficace que la méthode consistant à dire aux enfants ou à leurs parents ce qu'il fallait faire pour lutter contre l'obésité.

Quatre vingt pour cent des Canadiens veulent changer leur comportement pour améliorer leurs habitudes alimentaires mais ils n'y arrivent pas parce que l'environnement dans lequel ils vivent les en empêche.

Les parents ont certainement une responsabilité puisqu'ils contrôlent en grande partie l'environnement dans lequel vivent leurs enfants. Mais je ne pense pas qu'il suffise de le leur dire. Je pense qu'il faut plutôt rendre l'activité physique plus amusante à leurs yeux.

Le président: Merci beaucoup.

Monsieur Batters, vous avez cinq minutes.

•(1655)

M. Dave Batters (Palliser, PCC): Merci beaucoup, monsieur le président.

Je remercie tous les témoins d'être venus aujourd'hui nous aider à amorcer notre étude sur ce très important sujet.

Je vais enchaîner sur la question de mon collègue et vous laisser sur cette réflexion. Si tout le monde ne réussit pas à faire ses observations aux fins du compte rendu, nous aurons un rapport après huit séances. Y a-t-il des sujets qui n'ont pas été abordés aujourd'hui ou que nous ne devrions absolument pas négliger d'inclure dans notre rapport? Vous avez aujourd'hui l'occasion, vous, les experts dans vos domaines respectifs, de vous assurer que nous abordons ces questions. Réfléchissez-y, assurez-vous de n'avoir rien oublié. Je sais qu'à la dernière comparution du Dr Finegood, j'ai posé cette question et elle nous a donné une excellente réponse.

Docteur Finegood, vous avez parlé de la nécessité d'entreprendre le travail dans les provinces, territoires et localités pour réaliser les changements que nous souhaitons en vue de combattre ce qui a toute l'apparence d'une épidémie. J'aimerais que vous nous en disiez un peu plus long à ce sujet. Plus particulièrement, peut-être pourriez-vous nous dire quel travail on peut entreprendre auprès de chaque Canadien.

Je suis très fier de faire partie d'un gouvernement qui compte accorder un crédit fiscal de 500 \$ par année pour les activités physiques des enfants de moins de 16 ans. À mon sens, c'est une excellente façon d'encourager directement chaque Canadien. Il faut aussi, encore plus simplement, encourager l'activité physique dans nos écoles et une bonne alimentation. Cela contribue à l'atteinte de notre objectif d'une bonne santé physique.

Docteur Finegood, peut-être pourriez-vous nous toucher quelques mots du travail qui doit être entrepris.

Dr Diane T. Finegood: S'agissant des Canadiens, je pense qu'il est préférable de penser non pas à entreprendre du travail auprès d'eux, mais plutôt à les soutenir. Il faut soutenir les personnes dans leur environnement et les amener à faire des choix santé.

Dans certains cas, comme mes collègues l'ont souligné, c'est un manque d'accès et dans d'autres cas, il n'est pas facile de faire des choix santé. Par conséquent, nous devons faire en sorte que le choix

santé soit possible et même facile — c'est essentiel pour les Canadiens.

En ce qui concerne le travail qui doit être entrepris, je vous donne l'exemple des efforts des Instituts de recherche en santé du Canada. Quand les IRSC ont été créés, on a aussi mis sur pied le programme des alliances communautaires pour la recherche en santé dans le cadre duquel nous avons versé des fonds à un chercheur pour qu'il s'attaque à un problème particulier en travaillant directement avec la collectivité.

Un excellent exemple de ces initiatives est un programme appelé « Saskatoon In Motion: Building Community Capacity through Physical Activity and Health Promotion » qui a été lancé par un chercheur de l'Université de Saskatchewan qui voulait édifier des capacités communautaires pour susciter l'activité physique.

Ce chercheur a pu multiplier par 10 l'investissement de 1 million de dollars par an sur cinq ans des IRSC. Une fois que nous avons offert la subvention et approuvé le projet, la ville et la province ont versé des fonds additionnels pour financer l'activité d'intervention qui était en cours. Voilà ce que j'entends quand je parle d'entreprendre le travail au niveau local.

Pour répondre à votre première question sur ce que les preuves nous révèlent, nous devrions interdire la publicité de malbouffe qui s'adresse aux enfants. Je reconnais que c'est une tâche très difficile, ce n'est peut-être pas quelque chose que nous voulons entreprendre, mais il a été prouvé que cela aurait une incidence énorme sur notre environnement.

M. Dave Batters: Est-ce que quelqu'un d'autre voudrait formuler des recommandations sur les sujets que nous ne devons absolument pas omettre dans notre étude?

Mme Mary Bush: Diane a parlé d'entreprendre le travail au niveau individuel; moi, je dirais plutôt qu'il faut aider les gens à se prendre en charge. Il ne faudrait pas croire, qu'on est en mesure, au niveau local, de réaliser ce changement actuellement.

Il y a eu de nombreux programmes, et nous avons examiné attentivement les programmes du gouvernement fédéral pour déterminer comment nous pouvions rehausser la capacité au niveau local. Parallèlement, bien des villes, dont celle d'Ottawa-Carleton, ont fusionné. J'ai reçu un appel d'une personne qui s'efforçait d'encourager l'activité physique et la bonne alimentation de son milieu. Le conseil municipal lui avait demandé, quelles seraient les conséquences d'une réduction du budget de 50 p. 100, 70 p. 100 ou 90 p. 100. Il ne faut donc pas croire qu'on a de grandes capacités au niveau local.

Diane a donné l'exemple du programme Saskatoon in Motion. L'un des principaux problèmes, c'est qu'en dehors des grands centres, il n'y a aucune capacité. Il est donc important d'entreprendre du travail au niveau individuel et d'amener chacun à se prendre en charge, mais pour se faire, il faut que vous compreniez...

J'essaie de voir à quoi je pourrais comparer l'activité physique...

•(1700)

M. Dave Batters: Sur ce dernier point...

Le président: Votre temps est écoulé. En fait, vous avez eu plus de cinq minutes, mais peu importe.

Monsieur Dykstra, vous avez cinq minutes.

M. Rick Dykstra (St. Catharines, PCC): Mary, pourriez-vous nous en dire plus long sur cette capacité? Il me semble que ce qui compte, c'est de trouver une façon d'amener chacun à penser à l'activité physique. Il ne faut donc pas, pour cela, de grands programmes du gouvernement fédéral, provincial ou municipal; il faut s'adresser à chaque Canadien. C'est Kathy ou Diane qui a parlé de l'affiche dans l'ascenseur, ce qui est un bon exemple de la façon dont on peut s'adresser à chaque personne.

Mme Mary Bush: Merci.

Le potentiel de certaines initiatives suscite beaucoup d'enthousiasme. Le Dr Taylor a parlé du consortium conjoint de la santé en milieu scolaire et de l'interface entre les milieux où évoluent les enfants et ce que nous pouvons faire. Pour réaliser des changements à ce niveau, il faut quelqu'un qui a la santé à coeur, qui a des liens avec le milieu scolaire et qui peut apporter des changements au sein même du système. Je peux vous dire, pour avoir eu et élevé trois enfants, qu'il n'y a aucun lien entre ces deux systèmes à l'heure actuelle. Grâce à ce consortium, on commence à mettre en oeuvre quelques mesures, mais il faut faire beaucoup plus. Il faut s'adresser aux Canadiens là où ils vivent et leur donner des appuis dans leur milieu.

Le Dr Taylor a parlé des différents milieux qui peuvent encourager l'activité physique. Ces environnements sont tout aussi importants pour la bonne alimentation. Il faut appuyer les Canadiens. Quand ils montent à bord d'un avion — vous, vous voyagez; avez-vous déjà mangé à bord d'un avion? Compte tenu de ce qui est à faire, c'est tout un défi que de réussir à mettre la main sur des aliments à l'apport calorique raisonnable et qui soient nutritifs.

Finalement, ce que je veux dire, c'est que les systèmes de santé publique au pays ont été décimés à un point tel que, à nos niveaux, nous ne pouvons plus que mener des projets pilotes. C'est ce que Monique Bégin nous a dit récemment, et c'est tout à fait vrai. Cela doit changer. Il faut mettre en place des mesures d'appui au niveau local.

M. Rick Dykstra: Cela s'inscrit dans...

Le président: D'autres réponses? Est-ce que les autres témoins voudraient aussi intervenir?

Mme Kathy Langlois: Oui, monsieur le président, j'espérais pouvoir ajouter quelque chose à cette liste de demandes. Je voudrais répondre à la question de savoir quel sujet vous devez absolument ne pas oublier.

Du point de vue des premières nations et des Inuits, il importe que le comité se penche sur l'insécurité alimentaire. Nous savons que les taux élevés de surpoids et d'obésité sont souvent liés à l'insécurité alimentaire. Je crois que le comité pourrait apporter une contribution précieuse aux efforts qui doivent être déployés au pays pour régler le problème de l'insécurité alimentaire chez les premières nations et les Inuits.

M. Rick Dykstra: C'est une bonne entrée en matière pour ma prochaine question. Quand j'étais à l'école élémentaire, je me souviens que, parfois, quand on voulait nous punir, on nous interdisait d'aller au cours d'éducation physique. Je m'en souviens encore — et c'est un souvenir qui me revient régulièrement — parce que cela rendait furieux notre professeur d'éducation physique qui voyait mal quel genre de punition c'était. Il s'agissait d'activité physique. Il y a une question avec laquelle nous nous débattons tous, je crois, et c'est de savoir ce qui prime, l'alimentation ou l'activité physique. C'est une question que je me pose.

Greg, peut-être pourriez-vous nous conseiller quant à ce sur quoi notre comité devrait insister dans ses recommandations. Pour les jeunes, est-ce l'activité physique qui devrait être la priorité absolue, ou l'alimentation? Je sais que vous allez me dire que les deux sont importants, mais je pense qu'il est bon de déterminer ce qui devrait être la priorité absolue.

Dr Gregory Taylor: L'un ne peut primer l'autre; les deux sont d'importance égale. On peut adopter des approches distinctes en matière d'alimentation et en matière d'activité physique, et certaines des approches sont en effet différentes, mais il est trop difficile pour moi de vous dire ce qui devrait être la priorité. Les deux questions sont intimement reliées, et cela a été prouvé. Quand vient le moment de choisir les interventions, on ne peut n'en choisir qu'une en pensant que ce sera la solution miracle, il faut prévoir toute une gamme d'interventions.

J'aimerais revenir à ce qu'a dit Mary un peu plus tôt. Ma liste de souhaits — c'est ce que vous voulez — est trop longue. Régler ce problème nécessitera un investissement considérable sur une longue période. Nous nous sommes tous engagés à agir dans ce domaine à long terme parce que cela reflète le tissu social. De petites interventions ne suffiront pas. Ce qu'il faut, c'est un changement de société; ce qu'il faut, c'est modifier la structure, l'enseignement, les récompenses et les punitions. Votre exemple est intéressant. Avant, dans les écoles, les enfants faisaient de l'activité physique tous les jours, mais ce n'est plus le cas. Nous savons maintenant que c'était une erreur que de réduire l'activité physique dans les écoles et celle-ci commence à réapparaître. Mais rien ne sert de prévoir de l'activité physique quotidiennement si on continue de servir de la malbouffe dans les écoles. Il faut agir sur les deux tableaux. Je suis désolé, mais je ne peux vous dire quelle devrait être la priorité.

Mary meurt d'impatience, elle veut intervenir.

• (1705)

Mme Mary Bush: Oui, car à mon sens, ce serait une très grave erreur que de privilégier l'une plutôt que l'autre. Je vous encourage à suivre l'exemple de la vallée d'Annapolis où il y avait une politique en matière de nutrition, une initiative exhaustive sur la santé en milieu scolaire et une évaluation rigoureuse. Les écoliers des écoles participant à ce programme exhaustif de santé présentaient deux fois moins de risques que les autres enfants d'être en surpoids ou obèses; ces écoliers mangeaient davantage de fruits et de légumes et avaient dans l'ensemble un régime alimentaire de meilleure qualité que les autres enfants, et ce, parce que c'était un programme qui s'intéressait à tous les aspects de la bonne santé physique.

Le président: Merci beaucoup.

Nous commençons la deuxième série de questions par Mme Keeper.

Mme Tina Keeper: Formidable. Merci.

Est-ce que je n'ai que cinq minutes?

Le président: Oui, au plus cinq minutes.

Mme Tina Keeper: Bon, alors, très rapidement, j'aimerais vous remercier, madame Langlois, d'avoir parlé de la sécurité alimentaire, parce que je voulais justement vous poser une question là-dessus. Le programme d'approvisionnement alimentaire par la poste, qui desservait certaines localités de ma circonscription accessibles seulement par avion, où quatre litres de lait peuvent coûter jusqu'à 16 \$ ou 19 \$ — le coût des bons aliments y est absolument incroyable — a été éliminé ces dernières années. Je me demandais si la Direction générale de la santé des premières nations et des Inuits a des liens avec MAINC, car c'était ce ministère qui était responsable de ce programme, et si ce programme vous semble important.

Mme Kathy Langlois: Oui, la DGSPNI de Santé Canada collabore au programme d'approvisionnement alimentaire par la poste, et je ne savais pas qu'il avait été supprimé pour certaines localités. Je vais m'informer.

Notre rôle consiste à donner des conseils en matière de nutrition et, par exemple, sur les aliments qui devraient faire l'objet d'une subvention. De plus, depuis 2001, nous participons à trois projets pilotes sur les aliments nutritifs périssables dans le cadre desquels nous avons augmenté la subvention ou réduit le coût du transport. Nous avons aussi fait d'autres interventions en vue de déterminer si nous pouvions exercer une influence sur la consommation d'aliments santé.

Mme Tina Keeper: Avez-vous analysé les résultats de ces projets pilotes et déterminé quelles mesures vous prendrez maintenant?

Mme Kathy Langlois: Oui. Nous mettons la dernière main à l'évaluation de ces projets. Nous en avons déjà tiré une leçon importante : nous savons maintenant que nous devons intervenir au niveau du détail, aux magasins où les gens achètent leur nourriture, si nous voulons les sensibiliser, leur apprendre à lire les étiquettes et leur donner des idées sur la façon d'apprêter différents aliments.

Mme Tina Keeper: Dans ma circonscription, c'est l'accès qui est difficile. On y trouve 19 localités accessibles seulement par avion et aucune n'est desservie par le programme d'approvisionnement alimentaire par la poste.

J'ai encore une question pour les témoins. Madame Bush, vous avez dit qu'il fallait complètement modifier la façon dont nous envisagions notre mode de vie de façon à en prévoir les conséquences. J'aimerais savoir...

Vous avez aussi dit qu'on ne peut aller nulle part sans voir de la nourriture, et il me semble que, il y a tant de malbouffe autour de nous, pas seulement dans les restaurants minute, mais aussi dans nos cuisines, dans ce que nous mangeons et ce que nous servons à nos enfants... Cette question s'adresse peut-être à Janet ou à Mary. Le problème ne réside-t-il pas aussi dans ce que nous considérons comme de la nourriture? Je pense à tous ces aliments surgelés que nous mangeons, que nous servons aux enfants, qu'on nous sert à bord des avions, comme vous l'avez vous-mêmes dit...

Mme Mary Bush: Je vais répondre en premier, puis je céderai la parole à Janet, car c'est une question très importante. La réalité, c'est qu'on ne peut se rendre à la maison sans boire un frappuccino ou un cappuccino et consommer autant de calories que si on avait pris, à table, des légumes, du poisson, un vrai repas. Les gens doivent réapprendre à évaluer le contenu calorique des aliments, c'est tout à fait vrai. Voilà pourquoi le programme d'étiquetage des aliments dans les épiceries est si important.

● (1710)

Mme Tina Keeper: Oui, mais je crois aussi que ce nous considérons comme de la nourriture n'en est souvent véritablement pas.

Mme Janet Beauvais: Avez-vous un exemple?

Mme Tina Keeper: Les pizzas pochettes, par exemple — voyez-vous ce que je veux dire? Ou encore ce que vendent ces marchands de hot-dogs au coin des rues achalandées du centre ville. Je me demande si ce nouveau schème de pensée dont vous parlez ne s'appliquerait pas seulement à l'activité physique mais aussi à ce que nous considérons comme de la nourriture. Il y a peut-être une étiquette sur le hot-dog, mais est-ce vraiment un aliment?

Mme Janet Beauvais: Tout cela fait partie des aliments. Je pense que ce qu'il faut changer, c'est ce qui est disponible dans la chaîne alimentaire et notre connaissance de ces produits, de leur valeur calorique, de leur apport en gras, en éléments nutritifs, et ainsi de suite. Les informations nutritionnelles sur les étiquettes aideront les Canadiens, comme l'a dit Mary, à mieux connaître la valeur nutritive des aliments et à mieux les comparer.

Mme Tina Keeper: Gregory a aussi fait allusion à une corrélation avec l'augmentation des maladies chroniques. On constate que l'obésité est reliée à tout.

Le président: Madame Gagnon, vous avez la parole.

[Français]

Mme Christiane Gagnon: Il est vrai qu'on est constamment incité à ingurgiter de la nourriture qui, dans bien des cas, contient beaucoup de calories mais n'a aucune valeur nutritive.

Par ailleurs, je me pose certaines questions. Lorsqu'on est en vacances, on est moins stressé. On a parlé plus tôt d'environnement physique, mais il y a aussi l'environnement psychologique dans lequel on travaille. Les enfants sont eux aussi amenés à vivre des situations stressantes, par exemple lorsqu'ils sont seuls quand ils retournent à la maison.

En termes d'impact sur l'obésité, est-ce un aspect que vous avez étudié?

[Traduction]

Dr Gregory Taylor: Je crois que vous faites allusion au stress et à la santé mentale et qui sont clairement liés à l'obésité.

Voulez-vous nous donner le point de vue scientifique, Diane?

Dr Diane T. Finegood: Il est certain qu'il y a une corrélation entre le stress et l'obésité et que les hormones du stress contribuent au problème. Mais ce qui sous-tend cela, encore une fois, c'est l'accès et le contact avec la publicité, notamment. N'oublions pas que les aliments les moins nutritifs mais les plus caloriques sont aussi le plus disponible. C'est cette relation entre le coût et l'apport énergétique et le coût et l'apport nutritionnel qui explique pourquoi ces aliments sont si présents et beaucoup plus accessibles que les aliments santé.

On a récemment tenté d'évaluer non seulement l'apport calorique des aliments, mais aussi leurs qualités nutritionnelles à l'aide d'un indice simple qui donnerait aux consommateurs une idée de l'apport calorique et de l'apport nutritionnel des aliments. Cela nous ramène à ce que disait Mme Keeper sur ce qu'est un aliment. Les aliments santé sont nutritifs mais contiennent peu de calories. C'est ce qu'il faut faire comprendre aux gens, mais même si les gens comprennent cela, ça ne règle pas le problème de l'accès et de la publicité omniprésente.

Mme Mary Bush: J'aimerais ajouter une chose.

À mesure qu'évolue le Guide alimentaire, nous tentons d'établir un régime alimentaire comportant un niveau de calories modéré pour tous les groupes d'âges et les deux sexes. Pour rester à ce niveau calorique, il suffit de manger quelques aliments de base. Nous encourageons les gens à s'assurer qu'ils choisissent des aliments sans sucre ou gras ajouté, ou qui en ont très peu. C'est le message qu'il faut répéter pour tous les groupes alimentaires, sinon, le régime dans son ensemble comportera plus de calories que ce qu'il n'en faut aux Canadiens.

C'est tout un défi. On a qu'à penser aux aliments qui nous entourent, on en a déjà donné des exemples, qu'on les considère comme de véritables aliments ou non, ils sont partout. Quand les gens pensent à manger, ils ne pensent pas à prendre des carottes et de la laitue et à se préparer un plat. Ils pensent plutôt à acheter quelque chose de préemballé. Ce n'est pas nécessairement une mauvaise chose, car l'un des aliments minute les plus populaires, c'est la laitue préemballée — et j'en suis ravie! Il y a de bons exemples, mais on a encore beaucoup de travail à faire. Les aliments auxquels nous avons accès et que nous nous procurons en raison de notre mode de vie ont profondément changé.

• (1715)

Le président: À ce sujet, quand le Guide alimentaire actualisé sera-t-il prêt?

Mme Mary Bush: À la fin de la présente année ou au début de l'an prochain. Il sera rendu public en 2006 ou probablement en janvier 2007.

Le président: Notre dernier intervenant sera M. Batters. Il pourra poser une brève question avant de nous annoncer une nouvelle.

M. Dave Batters: Parfait.

Il me reste combien de temps pour poser des questions, monsieur le président — quelques minutes?

Le président: Oui.

M. Dave Batters: Alors que je suis assis ici, je me rends compte de ma propre ignorance au sujet de l'alimentation, de la nutrition et de la densité. Je crois que c'est quelque chose que ce comité doit aborder. Je suis heureux d'apprendre qu'il y aura un nouveau guide et j'espère que ce sera le document le plus intelligible qui ait jamais été rédigé parce que c'est exactement ce dont nous avons besoin. Il nous faut un document qui n'ait pas plus qu'une ou deux pages et qui soit très convivial.

Je n'ai aucun doute que les Canadiens qui veulent adopter de bonnes habitudes alimentaires en posant des questions à leur médecin ou en faisant de la recherche, peuvent facilement obtenir des renseignements. Ce qui me dérange, c'est le fait que personne ne fait l'effort. Comment pouvons-nous nous assurer que cela devienne une seconde nature? Tout commence avec l'instruction des enfants, puisque nous parlons d'obésité juvénile.

J'aimerais connaître l'opinion de chacun de nos témoins. Pensez-vous que toutes les écoles enseignent de saines habitudes alimentaires? Si ce n'est pas le cas, c'est une question que nous devons examiner. Avons-nous des documents qui sont faciles à comprendre et conviviaux destinés à nos enfants? Croyez-moi, certaines informations sont assez compliquées pour les adultes, sans parler de les transmettre à nos enfants.

Voilà la question que je pose à chacun d'entre vous. Est-ce que les écoles enseignent comment bien manger, quels sont les grands groupes alimentaires et est-ce qu'on donne des exemples de repas sains? Personnellement, je doute que l'on enseigne cela à nos enfants.

Dr Gregory Taylor: Désolé, je ne suis pas un enseignant et je ne peux pas vous donner de détails, mais c'est justement pourquoi nous sommes en train de créer le consortium mixte sur la santé en milieu scolaire, qui jumellera l'éducation à la santé.

Mme Mary Bush: Au moment où on a conçu un plan d'action national appelé « La nutrition pour un virage santé: voie d'action », dans lequel on a identifié des pistes pour améliorer la santé alimentaire des Canadiens, y compris comment cuisiner — aujourd'hui, les enfants ne savent même pas comment cuisiner — qu'avons-nous fait d'un bout à l'autre du pays? On a éliminé les cours d'enseignement ménager. Cela n'existe plus dans notre système d'éducation. C'est disparu. Enseignons-nous comment bien manger? Il y a des approches différentes partout au pays. Certaines provinces ont fait beaucoup d'efforts pour inclure la santé dans leur programme. Vous abordez là un aspect très important.

M. Dave Batters: Je n'ai aucun doute qu'il existe toute sortes de documents, une panoplie de documents, qui ont été créés par le gouvernement fédéral. Il s'agit de les remettre aux gens. Si une personne, de sa propre initiative, ne se rend pas à son bureau local de Service Canada pour chercher le dépliant, c'est une cause perdue.

Je suggère qu'un endroit idéal pour distribuer ces renseignements serait dans les bureaux des médecins de famille. Il faudrait que les parents obtiennent ces informations dès le début, c'est-à-dire la première fois qu'un parent rend visite à un médecin. On pourrait en parler dans les cours d'éducation parentale ou quelque chose du genre. Il faut que ces documents soient distribués dans les écoles. On pourrait avoir une gigantesque campagne de sensibilisation du public assortie à une campagne de publicité qui montrerait des exemples de repas sains. Je crois qu'il y a beaucoup de gens qui ne savent pas comment bien manger. Je parle d'expérience.

Dr Diane T. Finegood: Je ne suis pas si sûre que les gens en savent aussi peu que vous venez de le décrire. Je suis d'accord pour dire qu'il faille éduquer le public, mais nous ne savons pas si cela suffirait à changer les habitudes.

Je vais vous raconter une anecdote. Je viens de revenir du congrès international sur l'obésité qui s'est tenu à Sydney. On y a présenté une étude très intéressante qui a ciblé les élèves du primaire. On leur a posé des questions sur la publicité et on a demandé aux élèves s'ils pensaient que la publicité représentait de l'information. Les chercheurs ont donc tenté de découvrir si les enfants pensaient que la publicité représentait la réalité. Tous les enfants sans exception savaient que la publicité était de la propagande et non pas de la vraie information, mais les trois quarts de ces enfants ont quand même demandé à leurs parents de leur acheter la malbouffe qu'ils voyaient à la publicité.

Bien que les attitudes et les connaissances des gens jouent un rôle important, leur environnement est tout aussi important.

• (1720)

Le président: Toutes ces bonnes questions, et bonnes réponses ont suscité, en plus, d'autres questions.

Madame Demers, vous avez une petite question. Ensuite Omar en aura une autre très brève, et ensuite nous allons faire une petite annonce.

[Français]

Mme Nicole Demers: Selon moi, ce n'est pas acceptable de se mettre la tête dans le sable de façon à ménager la susceptibilité des gens, par exemple en parlant de *healthy living* — terme que vous utilisez plus tôt — plutôt que d'obésité. Je suis moi-même obèse. Je ne suis pas ronde, comme on essaie de me le faire croire. Lorsque les gens me disent que je suis simplement ronde, j'oublie les problèmes que me cause l'obésité.

Je pense qu'il faut arrêter d'agir de cette façon. En ce sens, l'éducation, l'information et la sensibilisation sont très importantes. Il faut aborder les problèmes tels qu'ils sont. Autrement, on les évacue et on évite de les nommer par leur nom, de peur de heurter les sensibilités. Qu'on commence à dire la vérité : cela donnera peut-être des résultats.

[Traduction]

Le président: Merci de votre commentaire. Il est très bien reçu. Omar.

M. Omar Alghabra: Merci, monsieur le président.

À titre d'observation, je suis parmi ceux qui tirent vraiment profit de l'étiquetage qui a commencé il y a deux ans.

Il me semble que mon collègue, M. Batters, a aussi mentionné le fait que certains des renseignements qui sont offerts au sujet des aliments sont assez compliqués.

Je voudrais proposer une solution : par exemple, au cours d'une campagne de sensibilisation, on pourrait se servir d'illustrations, avec 10 points par jour, et chaque produit alimentaire préemballé, qu'il soit préparé dans un restaurant ou vendu en magasin, aurait un certain nombre de cases inscrites pour représenter le nombre de calories ou la teneur en matières grasses. Si les gens savaient qu'il ne faut pas dépasser 10 cases par jour, il serait plus facile de compter les calories.

J'espère que le comité pourra trouver une solution de ce genre. Merci.

Dr Diane T. Finegood: Des programmes, qui se servent d'étiquettes avec des feux rouges et des feux verts, semblent avoir fait leur preuve.

Avec un étiquetage assez simple des aliments, qui permet aux gens de savoir que tel aliment est sain et qu'ils peuvent en manger presque à satiété, que tel autre aliment peut être consommé à l'occasion, et que tel autre aliment ne devrait être consommé que rarement, le consommateur peut choisir beaucoup plus facilement. Ce genre de travail s'est déjà fait.

Le président: Merci beaucoup.

Je suis un peu nerveux, parce que M. Batters a demandé à faire une annonce brève. Laissons lui faire cette annonce, et ensuite nous allons conclure la réunion.

Allez-y, David.

M. Dave Batters: Il n'y a pas lieu d'être nerveux, monsieur le président. J'ai juste besoin de cinq secondes pour vous dire ce que j'ai à dire.

Je ne lis pas les étiquettes. Je les trouve extrêmement compliquées. Je n'y comprends rien. J'espère donc que les autorités mettront au point des étiquettes simples et attrayantes pour des gens comme moi.

J'aimerais faire respectueusement une suggestion au comité. Nous sommes censés nous réunir le mardi 31 octobre. Ce jour-là, la Fondation de la recherche sur le diabète juvénile organisera une réunion destinée aux enfants à Ottawa. Je présume que c'est leur journée de démarchage. On appelle cela « Enfants pour une guérison ».

On m'a dit que plusieurs enfants de plusieurs circonscriptions — au total 46 enfants de tout le pays — seront ici. Au printemps, nous avons jugé cette question importante. Ma suggestion est la suivante : puisqu'il y aura ces 46 enfants à Ottawa, je propose que la réunion porte sur la recherche sur le diabète juvénile.

Je ne sais pas si beaucoup d'autres députés ont reçu des enfants de leur circonscription qui leur auraient parlé avec éloquence de ce que c'est que de vivre avec le diabète juvénile; mais cela pourrait contribuer grandement aux travaux du comité.

Si je fais cette suggestion c'est parce que l'événement a lieu seulement une fois par an, et cette année, il coïncide avec une de nos réunions. D'après nos calculs, nous aurons siégé huit fois avant que l'événement se produise. Nous ne serions peut-être même pas obligés d'interrompre nos travaux. Je crois que nous aurons eu le temps de compléter notre étude sur l'obésité chez les enfants.

Je ne sais pas si vous voulez que je propose une motion ou que j'en fasse tout simplement la suggestion.

• (1725)

Le président: Pourquoi ne pas en parler à la prochaine réunion? La suggestion nous a été faite. Êtes-vous d'accord? Tant mieux.

J'aimerais remercier les témoins de leur présence et aussi les membres du comité d'avoir posé d'excellentes questions, car je crois que nous avons eu un très bon dialogue aujourd'hui. Le comité et le Canada ont beaucoup de travail à faire dans ce domaine.

Si vous vous rappelez, il y a à peine quelques années la discussion portait sur les ceintures de sécurité. Les ceintures reposaient jadis sous le siège au lieu d'être attachées autour de nos jambes et épaules. Mais aujourd'hui, un enfant de six ans qui monte en voiture avec son père va lui dire de boucler sa ceinture. Nous avons donc fait beaucoup de progrès sur cette question, et nous devons faire de même avec celle-ci.

J'apprécie le fait que vous soyez venus et que vous nous ayez fourni une occasion stimulante de nous lancer dans la voie du progrès, pour nous tous et pour le Canada, espérons-le. Merci.

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.