



**CHAMBRE DES COMMUNES
CANADA**

DES ENFANTS EN SANTÉ : UNE QUESTION DE POIDS

Rapport du Comité permanent de la santé

Le président

Rob Merrifield, député

MARS 2007

39^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION



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.

Si ce document renferme des extraits ou le texte intégral de mémoires présentés au Comité, on doit également obtenir de leurs auteurs l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ces mémoires.

Les transcriptions des réunions publiques du Comité sont disponibles par Internet : <http://www.parl.gc.ca>

En vente : Communication Canada — Édition, Ottawa, Canada K1A 0S9

DES ENFANTS EN SANTÉ : UNE QUESTION DE POIDS

Rapport du Comité permanent de la santé

Le président

Rob Merrifield, député

MARS 2007

39^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ

PRÉSIDENT

Rob Merrifield

VICE-PRÉSIDENTES

Susan Kadis

Christiane Gagnon

MEMBRES

Dave Batters

Colleen Beaumier

L'hon. Carolyn Bennett

Bonnie Brown

Patricia Davidson

Rick Dykstra

Steven John Fletcher

Luc Malo

Penny Priddy

AUTRES DÉPUTÉS QUI ONT PARTICIPÉ

L'hon. Brenda Chamberlain

Nicole Demers

Ruby Dhalla

L'hon. Hedy Fry

Tina Keeper

James Lunney

GREFFIÈRE DU COMITÉ

Carmen DePape

BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Service d'information et de recherche parlementaires

Nancy Miller Chenier

Odette Madore

Sonya Norris

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ

a l'honneur de présenter son

SEPTIÈME RAPPORT

Conformément au mandat que lui confère l'article 108(2) du Règlement, le Comité a étudié la question de l'obésité juvénile et présente ses conclusions et recommandations.

TABLE DES MATIÈRES

DES ENFANTS EN SANTÉ : UNE QUESTION DE POIDS	1
DÉMARCHE DU COMITÉ	1
PARTIE 1 : LE PROBLÈME EST-IL GRAVE?	2
PARTIE 2 : POURQUOI LES TAUX D'OBÉSITÉ SONT-ILS À LA HAUSSE?	3
A. Niveau d'activité physique.....	4
B. Alimentation	4
PARTIE 3 : QU'EST-CE QUI DÉTERMINE UN POIDS SANTÉ?	5
A. Revenu.....	6
B. Éducation	7
C. Milieu social	7
D. Milieu physique et emplacement géographique	8
E. Culture	9
F. Facteurs biologiques et génétiques.....	9
G. Services visant la santé	10
H. Sexe.....	11
PARTIE 4 : QU'EST-CE QUI FONCTIONNE?	11
A. Pratiques prometteuses en matière d'activité physique	12
i) Renforcer les capacités communautaires.....	12
ii) Accroître la sensibilisation du public.....	12
iii) Assurer l'accès par l'entremise de partenariats fédéraux-provinciaux ...	12
iv) Établir des liens culturels	13
v) Reconnaître l'excellence dans les écoles.....	13

vi) Adopter des incitations économiques	13
B. Pratiques prometteuses influant sur la disponibilité des aliments et sur leur consommation.....	14
i) Mettre l'accent sur la nutrition en général.....	14
ii) Subventionner la consommation d'aliments santé.....	15
iii) Réduire les taxes sur les aliments sains	15
iv) Accroître la sensibilisation au moyen de l'étiquetage de face.....	16
C. Pratiques prometteuses favorisant une saine alimentation et l'activité physique.....	16
i) S'adapter aux besoins	16
ii) Mettre en œuvre une approche multisectorielle.....	17
iii) Créer des milieux scolaires stimulants.....	17
iv) Établir des partenariats (écoles, collectivités, chercheurs)	17
D. Leçons retenues	18
PARTIE 5 : QUELS SONT LES PROBLÈMES PROPRES AUX PREMIÈRES NATIONS ET AUX INUITS?.....	19
PARTIE 6 : QUE FAUT-IL FAIRE?	21
A. Établir des objectifs précis et mesurables	22
B. Mettre en œuvre une vaste campagne de sensibilisation du public	23
C. Instaurer l'étiquetage obligatoire sur l'espace principal (devant) de l'emballage	25
D. Limiter les gras trans.....	26
E. Recueillir des données relatives aux objectifs.....	27
F. Collaborer à la mise sur pied d'un centre d'échange du savoir	28
G. Accroître la capacité de recherche multidimensionnelle	30
H. Instaurer un mécanisme de coordination	31
I. Contrôler la publicité alimentaire s'adressant aux enfants.....	33

J. Accroître la consommation d'aliments santé.....	35
K. Évaluer les conséquences des crédits d'impôt.....	36
L. Appuyer la consommation d'aliments sains et l'activité physique dans les écoles.....	37
M. Amélioration des infrastructures locales	38
LISTE DES RECOMMANDATIONS.....	41
ANNEXE A : LISTE DES TÉMOINS.....	47
ANNEXE B : LISTE DES MÉMOIRES	57
DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT	61
OPINION DISSIDENTE.....	63

DES ENFANTS EN SANTÉ : UNE QUESTION DE POIDS

DÉMARCHE DU COMITÉ

L'obésité juvénile a atteint des proportions « épidémiques » au Canada. Les taux d'obésité sont à la hausse dans le monde entier, mais le Canada a l'un des taux les plus élevés des pays développés, se classant au cinquième rang parmi 34 pays de l'OCDE. Selon des données récentes, 26 p. 100 des jeunes Canadiens de 2 à 17 ans ont un surpoids ou sont obèses. Il est encore plus inquiétant de constater qu'environ 55 p. 100 des enfants des Premières nations dans les réserves et 41 p. 100 des enfants autochtones hors réserve ont un surpoids ou sont obèses.

Les enfants obèses courent un risque accru d'avoir un surpoids ou d'être obèses à l'âge adulte. Le Comité partage les craintes de nombreux spécialistes qui prédisent que les enfants d'aujourd'hui formeront la première génération depuis des siècles à obtenir de moins bons résultats que la génération précédente sur le plan de la santé et à avoir une espérance de vie moins longue que celle de leurs parents. Les incidences du surpoids et de l'obésité sur la santé — soit un éventail de maladies chroniques évitables et une mort prématurée — ont bien été démontrées. Elles sont graves pour les adultes qui développent des problèmes de poids, mais elles représentent une menace encore plus grande pour les enfants, qui peuvent être atteints de maladies chroniques à un âge précoce inhabituel. Ils peuvent notamment souffrir de diabète de type 2, de maladies du cœur, d'affections articulaires et de problèmes de santé mentale.

Le 15 juin 2006, le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes a amorcé une étude sur l'obésité juvénile au Canada, et plus particulièrement sur la responsabilité du gouvernement fédéral envers les enfants des Premières nations et des Inuits. Dans le cadre d'audiences thématiques tenues de septembre 2006 à février 2007, le Comité a cherché à recueillir de l'information sur l'ampleur de la situation, à comprendre l'influence d'une vaste gamme de déterminants de la santé, à examiner les approches adoptées dans les provinces et les territoires ainsi que dans certains pays, et à définir le rôle du gouvernement fédéral dans ce dossier.

Conscient du fait qu'il s'agit d'un problème complexe de santé publique, le Comité ne s'est pas limité au milieu traditionnel de la santé et il a entendu un large éventail de témoins qui ont traité du rôle du revenu, du niveau de scolarité et de l'environnement social et physique dans l'augmentation des taux d'obésité chez les enfants du Canada. En plus d'entendre plus particulièrement des membres des Premières nations, des Inuits et d'autres groupes autochtones, il a écouté les témoignages de personnes représentant notamment les professionnels de la santé, des organismes œuvrant dans le domaine de la nutrition et du conditionnement physique, les industries de l'alimentation, des télécommunications et de la publicité, des groupes de loisirs et de sport, des gouvernements municipaux et provinciaux et des initiatives pour la sécurité alimentaire. Il

a également tenu deux vidéoconférences avec des représentants des consommateurs, de l'industrie et du gouvernement du Royaume-Uni, pays qui compte plusieurs années d'expérience dans la lutte contre l'obésité juvénile.

Fait plus important encore, le Comité est allé au-delà du portefeuille de santé fédéral dans sa démarche horizontale. En plus des représentants de Santé Canada, de l'Agence de santé publique du Canada et des Instituts de recherche en santé du Canada, il a invité une vaste gamme de ministères et d'organismes fédéraux à prendre la parole au sujet de leur rôle dans une démarche vaste et globale relative à ce grave problème. Le ministère des Finances, Affaires indiennes et du Nord Canada, Sport Canada, Patrimoine canadien, Infrastructure Canada, l'Agence canadienne d'inspection des aliments, le Conseil de la radiodiffusion et des télécommunications canadiennes et Statistique Canada ont parlé du rôle particulier qu'ils jouent dans les multiples dimensions essentielles à des mesures fédérales efficaces visant un poids santé chez les enfants.

PARTIE 1 : LE PROBLÈME EST-IL GRAVE?

Le Comité a été stupéfait d'apprendre à quel point le surpoids et l'obésité chez les enfants et les adolescents du Canada ont augmenté au cours des trois dernières décennies. En 1978, 12 p. 100 des enfants et des adolescents de 2 à 17 ans avaient un surplus de poids et 3 p. 100 étaient obèses, ce qui équivaut à un taux combiné de 15 p. 100. En 2004, 18 p. 100 des jeunes de ce groupe d'âge avaient un surplus de poids et 8 p. 100 étaient obèses, ce qui donne un taux combiné de 26 p. 100.

Bien que l'augmentation de la prévalence du surpoids et de l'obésité soit similaire chez les garçons et les filles, les tendances varient selon le groupe d'âge. Par exemple, alors que la proportion d'enfants de 2 à 5 ans qui avaient un surpoids ou étaient obèses n'a presque pas changé, de 1978 à 2004 (taux d'environ 21 p. 100), les taux combinés de surpoids et d'obésité ont doublé pour les autres groupes d'âge au cours de la même période, passant de 13 p. 100 à 26 p. 100 pour les enfants de 6 à 11 ans et de 14 p. 100 à 29 p. 100 pour les adolescents de 12 à 17 ans. À lui seul, le taux d'obésité chez les adolescents a triplé, passant de 3 p. 100 à 9 p. 100.

La situation des enfants autochtones est la plus alarmante. Quelque 55 p. 100 des enfants des Premières nations et 41 p. 100 des enfants et des adolescents autochtones vivant hors réserve ont un surplus de poids ou sont obèses. Les enfants des Premières nations de 9 à 11 ans sont deux fois plus susceptibles d'avoir un surpoids que ceux de 3 à 5 ans (29 p. 100 par rapport à 13 p. 100). Les jeunes enfants des Premières nations sont toutefois plus susceptibles d'être obèses que les enfants plus âgés (49 p. 100 par rapport à 26 p. 100). Malheureusement, il n'y a actuellement aucune donnée comparable sur la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants inuits.

Le Comité a appris que les taux de surpoids et d'obésité chez les enfants et les adolescents fluctuent grandement selon les régions du pays. En 2004, le taux combiné de surpoids et d'obésité chez les jeunes de 2 à 17 ans était considérablement plus élevé que la moyenne nationale (26 p. 100) à Terre-Neuve-et-Labrador (36 p. 100), au Nouveau-

Brunswick (34 p. 100), en Nouvelle-Écosse (32 p. 100) et au Manitoba (31 p. 100). La prévalence de l'obésité était beaucoup plus élevée que la moyenne nationale de 8 p. 100 à Terre-Neuve-et-Labrador (17 p. 100) et au Nouveau-Brunswick (13 p. 100). Par contre, le taux combiné de surpoids et d'obésité était sous la moyenne nationale au Québec (23 p. 100) et en Alberta (22 p. 100), mais le taux d'obésité dans ces provinces était semblable à la moyenne nationale. Les taux combinés dans les autres provinces étaient de 30 p. 100 à l'Île-du-Prince-Édouard, de 29 p. 100 en Saskatchewan, de 27 p. 100 en Ontario et de 26 p. 100 en Colombie-Britannique.

Le Comité a appris avec surprise qu'en dépit de l'augmentation du surpoids et de l'obésité chez les enfants, il y a un important décalage entre cette réalité et la perception des parents canadiens au sujet du poids de leurs enfants. Il a aussi appris que, selon un sondage, seulement 9 p. 100 des parents d'enfants de moins de 18 ans trouvent que leurs enfants ont un surpoids ou sont obèses, alors que le taux combiné réel à cet égard est de 26 p. 100. Le fait de ne pas reconnaître le problème ou, de le nier, pose un défi qu'il faut relever en sensibilisant davantage les parents, et il représente un grave risque pour la santé des enfants canadiens.

Le Comité a appris que, lorsque les enfants obèses d'aujourd'hui seront les adultes obèses de demain, le fardeau qui pèsera sur le système de santé et les programmes sociaux s'alourdira. Selon une estimation, l'obésité dans l'ensemble de la population entraîne actuellement au Canada des coûts directs en soins de santé d'environ 1,6 milliard de dollars par année, soit 2,4 p. 100 de l'ensemble des dépenses en soins de santé. À cela s'ajoutent 2,7 milliards de dollars de coûts indirects liés à l'obésité, notamment la perte de productivité, l'assurance-invalidité, la diminution de la qualité de vie et les problèmes de santé mentale découlant de la stigmatisation et d'une piètre estime de soi.

PARTIE 2 : POURQUOI LES TAUX D'OBÉSITÉ SONT-ILS À LA HAUSSE?

Le Comité reconnaît que le surpoids et l'obésité chez les enfants, comme chez les adultes, sont liés à l'inactivité physique et à de mauvaises habitudes alimentaires. La consommation d'aliments (calories absorbées) et le niveau d'activité physique (calories dépensées) sont donc des éléments essentiels à la compréhension du problème de l'obésité juvénile. Toutefois, ces variables sont à leur tour influencées par de multiples facteurs tels que le statut socio-économique, l'environnement social et physique, la génétique, l'éducation et la culture qui déterminent le mode d'alimentation des enfants et leur niveau d'activité physique. À maintes reprises, les témoins ont mentionné ces nombreux déterminants sous-jacents de la santé qui ont une incidence sur les enfants et leurs parents ainsi que sur leur capacité de faire des choix sains.

A. Niveau d'activité physique

Le Comité a appris que les enfants et les adolescents du Canada ne sont pas assez actifs. Il est possible d'obtenir des mesures objectives de l'activité physique chez les enfants, notamment au moyen d'études leur faisant porter un podomètre afin de compter les pas qu'ils font chaque jour. Seulement 49 p. 100 d'entre eux s'adonnent pendant leurs loisirs à une activité physique, équivalant à environ une heure de marche par jour. Cette proportion est la même pour les enfants et les adolescents des milieux ruraux, des centres urbains et des collectivités autochtones. Les filles déclarent systématiquement faire moins d'activité physique quotidienne que les garçons. La plupart des enfants canadiens ne font pas 90 minutes par jour d'activité physique modérée (p. ex., la marche) ou intense (p. ex., la course à pied, l'escalade et la natation) comme le recommandent les guides d'activité physique canadiens pour les enfants et les jeunes. On estime que seulement 21 p. 100 des enfants et des adolescents suivent les lignes directrices internationales en matière d'activité physique quotidienne favorisant la croissance et le développement optimaux.

Les enfants et les adolescents qui participent à des activités physiques organisées et à des activités non structurées risquent moins d'avoir un surpoids ou d'être obèses. Par contre, le temps passé devant un écran (télévision, ordinateur ou jeux vidéo) est lié au surpoids et à l'obésité. Par exemple, les enfants de 6 à 11 ans qui ont passé plus de deux heures par jour devant un écran en 2004 étaient deux fois plus susceptibles d'avoir un surpoids ou d'être obèses que ceux qui n'y ont passé qu'une heure ou moins par jour. En moyenne, les adolescents du Canada passent près de 35 heures par semaine devant un écran, ce qui représente au cours d'une année plus de temps que celui passé en salle de classe.

Les témoins ont fait remarquer qu'il existe des obstacles à l'augmentation de l'activité physique et que les parents, les écoles et les quartiers doivent prendre un engagement plus ferme envers les enfants sur ce plan. Par exemple, environ le tiers des parents déclarent s'adonner à des jeux actifs avec leurs enfants, et une proportion semblable mentionne qu'il n'y a pas suffisamment de programmes et d'installations près de chez eux pour que leurs enfants soient actifs. Des études démontrent également que les enfants et les jeunes dont un parent est inactif dans ses moments de loisir sont eux-mêmes plus susceptibles d'être inactifs. De plus, moins de 20 p. 100 des enfants reçoivent de l'éducation physique tous les jours à l'école. Dans les quartiers, les enfants moins nantis ont des taux plus élevés d'obésité, une participation plus faible aux sports organisés et un accès plus restreint à des parcs et terrains de jeux sécuritaires.

B. Alimentation

Le Comité a appris que les enfants consomment trop de calories. La raison en est que les portions sont plus grosses et que l'on consomme plus d'aliments gras et transformés et de boissons sucrées qu'autrefois. Le lien entre l'obésité et la

consommation accrue de boissons sucrées est particulièrement dérangeant. On estime que les boissons sucrées pourraient être responsables d'une prise de poids représentant jusqu'à une livre par mois chez les adolescents.

Les témoins ont fourni des données indiquant qu'en 2004, près de 60 p. 100 des enfants et des adolescents canadiens de 2 à 17 ans mangeaient moins que le minimum de cinq portions de fruits et légumes par jour recommandé par le Guide alimentaire canadien. Ceux qui consommaient moins de trois portions de fruits et légumes par jour, ou entre trois et quatre portions par jour étaient beaucoup plus susceptibles d'être obèses (10 p. 100 et 9 p. 100 respectivement) que ceux qui en mangeaient au moins cinq portions par jour (6 p. 100).

En ce qui a trait aux enfants dans les collectivités des Premières nations et des Inuits, les témoins ont établi un lien entre le fait que ces enfants consomment moins d'aliments traditionnels de grande qualité que ne le faisaient leurs parents et l'augmentation du taux d'obésité dans cette population. La moyenne maximale quotidienne de calories provenant d'aliments traditionnels consommés par les enfants autochtones est d'environ 10 p. 100, tandis que 40 p. 100 de leurs calories sont puisées dans le sucre, les matières grasses, les céréales très raffinées ou la restauration-minute. Des études démontrent que la valeur nutritive quotidienne du régime alimentaire des Autochtones du Canada est plus grande lorsqu'au moins une portion d'aliments traditionnels est consommée chaque jour.

Le Comité est préoccupé par des études qui montrent une corrélation entre la publicité des aliments et des boissons et l'obésité juvénile, surtout la publicité d'aliments et de boissons hypercaloriques de faible valeur nutritive qui s'adresse aux enfants. Les inquiétudes soulevées par les conséquences négatives de la commercialisation et de la publicité visant les enfants ont incité le Québec (depuis 1978), la Suède (depuis 1991) et la Norvège (depuis 1992) à interdire toute publicité télévisée destinée aux enfants. L'interdiction vise la publicité télévisée de tout produit s'adressant aux enfants et non seulement la publicité relative aux aliments, mais elle est limitée à la télévision. Comme c'est le cas en Suède et en Norvège, au Québec, l'interdiction ne vise que la publicité provenant de chaque compétence. Pour donner suite à des préoccupations semblables concernant la publicité télévisée destinée aux enfants, le Royaume-Uni a adopté en 2006 une approche plus ciblée en interdisant toute publicité d'aliments et de boissons à teneur élevée en matières grasses, en sel ou en sucre dans le cadre d'émissions intéressant particulièrement les enfants.

PARTIE 3 : QU'EST-CE QUI DÉTERMINE UN POIDS SANTÉ?

La plupart des témoins ont parlé de la façon dont l'environnement de l'enfant détermine les comportements et les habitudes entourant l'alimentation et l'activité physique. Ils voyaient un lien direct entre l'obésité et les principaux déterminants de la santé, mentionnant de multiples facteurs socio-économiques, physiques, biologiques et

autres. Ils ont souligné que les hypothèses au sujet de la responsabilité des parents de veiller à bien nourrir leurs enfants et à répondre à leurs besoins d'activité physique récréative doivent prendre en compte les autres réalités de nombreuses familles.

A. Revenu

Le Comité a entendu des témoignages convaincants selon lesquels l'obésité juvénile est liée à des facteurs socio-économiques. Le revenu familial influe plus particulièrement sur l'accès à la nourriture et sur l'activité physique, les coûts limitant l'accès à des aliments nourrissants et à de l'équipement de sport ainsi qu'aux sports organisés. D'une part, il y a plus d'insécurité alimentaire (c'est-à-dire le fait de ne pas avoir suffisamment de nourriture ou de ne pas consommer la qualité ou la variété d'aliments désirés) parmi les familles à faible revenu, les femmes chefs de famille monoparentale et les Autochtones du Canada. Il y a trois fois plus de probabilités qu'une personne signale des problèmes d'insécurité alimentaire si elle reçoit de l'aide sociale, et près de quatre fois plus de probabilités si l'aide sociale constitue sa principale source de revenu. D'autre part, les familles à faible revenu ont rarement accès à des installations sécuritaires, adaptées et appropriées pour les loisirs.

En ce qui concerne plus particulièrement la nourriture, les témoins ont mentionné des données qui proviennent de sondages sur les dépenses des ménages à cet égard et qui font apparaître le rapport entre le revenu et l'achat de nourriture. Ainsi, à mesure que le revenu augmente, l'achat de fruits et de légumes croît de façon constante, et quand le revenu baisse, l'achat de fruits, de légumes et de produits laitiers baisse de façon marquée. Dans le groupe « viande et substituts de viande », les Canadiens à faible revenu sont plus susceptibles d'acheter des viandes à haute teneur en gras, alors que les personnes à revenu plus élevé se procurent des viandes maigres. Lorsque le revenu augmente, il y a une amélioration de la qualité nutritionnelle des aliments achetés. Les ménages à faible revenu achètent surtout des aliments énergétiques qui contiennent moins d'éléments nutritifs.

L'insécurité alimentaire est un problème qui touche plus particulièrement les enfants des Premières nations, chez qui une personne sur quatre vit sous le seuil de pauvreté, et les Inuits dont le revenu moyen est considérablement plus bas que celui des non-Inuits. Le coût d'un panier de provisions nutritives dans les collectivités du Nord continue d'augmenter bien au-dessus des taux de salaire minimum et d'aide sociale. L'insécurité alimentaire oblige les Inuits en milieu urbain et d'autres populations autochtones en milieu urbain à faire appel à des banques d'alimentation afin de répondre au besoin fondamental de nourrir de leur famille, sans se soucier des éléments nutritifs. Dans les collectivités du Nord, la chasse dans le but d'avoir des aliments traditionnels comporte des coûts élevés, comme l'achat de bateaux, de motoneiges, d'essence et d'autre équipement nécessaire, ce qui signifie que les personnes à faible revenu n'y ont pas accès.

En ce qui a trait à l'activité physique, de nombreux témoins estimaient qu'un revenu faible constituait le principal obstacle à la participation des enfants à des sports organisés et à des sports non structurés, plus particulièrement chez les Premières nations et les Inuits. Par exemple, seulement la moitié des 500 écoles des Premières nations ont un gymnase. Beaucoup de parents dans les collectivités éloignées du Nord peuvent difficilement assumer les coûts des installations et de l'équipement des activités récréatives d'intérieur ou d'extérieur. En plus du manque de programmes abordables dans beaucoup de ces collectivités, les parents ont peu de temps et de moyens financiers pour assurer le transport de leurs enfants sur les grandes distances qui séparent les collectivités qui offrent des programmes. Les enfants autochtones en milieu urbain sont confrontés à des problèmes de temps et d'argent semblables. De plus, le Comité a appris que certains enfants ne mangent pas suffisamment pour avoir l'énergie physique nécessaire pour suivre le rythme des autres enfants dans les activités physiques.

B. Éducation

Le Comité a appris que, comme dans le cas du revenu, l'état de santé général s'améliore à mesure que le niveau d'instruction augmente. Les témoins ont souligné qu'une éducation efficace donne aux enfants et à leurs parents les connaissances et les compétences nécessaires pour être en mesure de prendre des décisions et de résoudre des problèmes liés à l'obésité juvénile. Par exemple, les compétences en matière de lecture et de calcul permettent de comprendre les étiquettes des aliments et de prendre des décisions éclairées à partir des guides d'activité physique et d'alimentation. Les témoins ont fait remarquer qu'il faut sensibiliser davantage les parents et les familles à l'importance d'une bonne nutrition grâce à des programmes qui procurent aux parents et aux aidants les compétences nécessaires pour planifier et préparer des repas nutritifs. Le Comité comprend que des outils pédagogiques simples faisant appel à différents médias peuvent favoriser l'apprentissage de connaissances relatives à une alimentation convenable et aux niveaux d'activité physique acceptables.

C. Milieu social

Le Comité a appris que les collectivités qui sont riches en réseaux de soutien social peuvent offrir le cadre nécessaire pour assurer une meilleure santé des enfants. De nombreux témoins ont notamment parlé de l'importance de la cohésion sociale dans la lutte contre l'obésité juvénile. Ils ont décrit diverses pratiques prometteuses qui amènent les gens à consacrer une partie de leur temps et de leurs ressources pour faire participer les enfants et les parents à des activités physiques. Certains témoins ont parlé des efforts pour renforcer les systèmes d'alimentation locaux par la mise sur pied de cuisines communautaires, de jardins communautaires, de coopératives d'alimentation et d'autres initiatives de soutien aux familles avec enfants.

Des témoins ont souligné combien l'autonomie personnelle ainsi que la stabilité et la cohésion sociales sont essentielles pour les parents qui doivent prendre des décisions touchant leurs enfants. Dans le cas des Premières nations et des Inuits, le manque de contrôle sur plusieurs aspects de la vie personnelle et collective joint à des injustices historiques se traduit par beaucoup de résultats négatifs pour les enfants. Des témoins ont souligné la nécessité d'une plus grande mesure d'autodétermination et d'autonomie gouvernementale afin que les collectivités prennent davantage en main leur destinée et aient leur mot à dire dans la conception et l'exécution de programmes et de services appropriés sur le plan culturel en matière d'obésité juvénile.

D. Milieu physique et emplacement géographique

Selon des témoins, l'endroit où vit un enfant est un déterminant majeur de l'obésité. Par exemple, les enfants des beaux quartiers courent 50 p. 100 moins de risques de devenir des enfants en surpoids ou obèses que les enfants des quartiers défavorisés. Des facteurs comme un meilleur accès aux terrains de jeu et aux parcs ainsi qu'aux supermarchés offrant une variété d'aliments à prix modiques y sont pour quelque chose.

L'intégration de l'utilisation mixte des espaces et de la densité accrue dans la conception des quartiers revêt une importance particulière sur le plan de l'activité physique. Le Comité s'est fait dire que les habitants de quartiers où l'on peut se rendre à pied d'un endroit à l'autre sont 2,4 fois plus susceptibles de se livrer à la quantité recommandée d'activité physique. Chaque heure additionnelle passée dans une voiture fait monter de 6 p. 100 les risques d'obésité. Chaque kilomètre additionnel que les gens font à pied fait baisser d'environ 5 p. 100 les risques d'obésité. Pour tous les groupes d'âge, la présence d'espaces ouverts et de parcs dans le quartier, à courte distance de marche, est le facteur le plus susceptible d'encourager les gens à marcher. Les perceptions parentales en matière de sécurité, pour ce qui est de la circulation automobile et du taux de criminalité, influent également sur les habitudes de marche. Par exemple, environ 27 p. 100 des habitants de quartiers socio-économiquement faibles signalent un manque de parcs et de terrains de jeu à proximité, contre 9 p. 100 pour les habitants de quartiers socio-économiquement forts.

Des témoins ont également parlé des différences entre les localités du nord et du sud pour ce qui est du prix de la nourriture. Des études révèlent que les gens du nord paient beaucoup plus cher que les gens du sud le même panier d'épicerie. Le panier d'épicerie d'une famille de quatre à Kugaaruk au Nunavut coûte 327 \$ par semaine contre la moitié de ce montant à Edmonton. Côté activité physique, il est plus difficile dans les localités isolées de financer et de promouvoir une compétition saine et positive entre collectivités. Mis à part la rareté de la population et le manque d'installations, il peut être difficile dans des endroits accessibles seulement par avion ou par chemin d'hiver d'obtenir même un service de base comme le transport à destination et en provenance des compétitions.

Il y a aussi des différences entre les Autochtones ruraux et urbains. Par exemple, même si seulement près de 10 p. 100 des calories du régime alimentaire d'un enfant autochtone en milieu urbain proviennent des aliments traditionnels, les régimes alimentaires en milieu urbain contiennent généralement moins de malbouffe que ceux en milieu rural. Des témoins ont signalé que la détérioration et la contamination de l'environnement ont entraîné la modification des voies et des habitudes de migration des animaux vivant en troupeau et une diminution des plantes alimentaires disponibles. À leur tour, ces transformations ont restreint l'accès aux aliments traditionnels et aux activités physiques traditionnelles nécessaires pour se les procurer.

E. Culture

Le Comité sait que les valeurs et les normes culturelles peuvent également influencer sur les habitudes d'alimentation et d'activité physique des enfants. Des témoins ont noté qu'il importait de tenir compte des différences entre les communautés sur le plan des habitudes culturelles d'alimentation et d'activité physique. On n'encourage pas, a-t-on fait remarquer, l'acquisition d'habitudes en matière d'activité physique ou d'alimentation de la même façon d'une culture à l'autre, et il faut mettre à contribution des gens en prise avec les populations locales pour mesurer l'efficacité des efforts déployés.

Selon un témoin, des recherches révèlent que chez les enfants sud-asiatiques, les préférences culturelles en matière d'alimentation pourraient contribuer au surpoids et à l'obésité chez ces enfants. On estime qu'il faut une démarche à plusieurs aspects mettant à contribution les lieux de culte, les écoles et les autres centres d'éducation.

Des témoins de collectivités des Premières nations et d'Inuits ont observé qu'on parvenait à réduire les niveaux d'obésité chez les enfants quand les gens revenaient aux comportements traditionnels et culturellement adaptés. Le fait de s'adonner à des activités récréatives, à des jeux et à des sports traditionnels et de consommer des aliments traditionnels était considéré comme inhérent au maintien de la santé physique de cette population. Dans le cas des Inuits urbains, la langue peut être un empêchement et les instructions qu'ils reçoivent en matière d'activité physique et de préparation des aliments risquent d'être mal comprises ou interprétées différemment. Par ailleurs, en milieu urbain, c'est au fond par apprentissage qu'on prend conscience des saines habitudes de nutrition et de préparation des aliments et qu'on en saisit le pourquoi. Les connaissances traditionnelles transmises par les grands-parents aux jeunes ne sont pas utiles en milieu urbain et les familles qui déménagent doivent en fait réapprendre ce qui est nutritif et comment nourrir leur famille.

F. Facteurs biologiques et génétiques

Des témoins ont noté que la biologie et l'hérédité jouent un rôle dans l'atteinte et le maintien d'un poids santé. Les habitudes alimentaires et le niveau d'activité physique des enfants sont liés à la fois aux caractéristiques héréditaires et à la physiologie.

Par exemple, le Comité a appris que certains groupes semblent plus prédisposés à des états de santé liés à l'obésité que la population générale. Des témoins ont parlé de la susceptibilité génétique au diabète de type 2 des populations autochtone et sud-asiatique. Ils ont fait remarquer que, chez les Autochtones, on développe le diabète en moyenne 10 à 20 ans plus tôt que dans la population générale. Des témoins ont soutenu que, pour ces enfants, les stratégies d'intervention doivent commencer dès les premières années de la vie puisque certains enfants sont obèses lorsqu'ils commencent l'école et que les problèmes de poids débutent parfois dès l'âge de deux ans. En outre, des témoins ont mentionné que la taille corporelle varie grandement d'un enfant à l'autre et que les caractéristiques physiques des groupes de la population peuvent différer considérablement. À cet égard, ils ont contesté la valeur de l'indice de masse corporelle comme moyen d'évaluer l'obésité juvénile chez les enfants des Premières nations et des Inuits. Ils ont indiqué que ces enfants peuvent différer de la population générale au niveau du poids à la naissance et du rythme de croissance.

G. Services visant la santé

Le Comité constate qu'une gamme de services, dont un grand nombre qui dépassent la sphère des services de santé traditionnels, est essentielle à toute démarche efficace à l'égard de l'obésité juvénile. En plus de services de qualité en matière d'interventions de santé et de promotion de la santé, les témoins ont demandé l'instauration de programmes faisant appel à un éventail plus large de compétences professionnelles. Pour beaucoup d'entre eux, dans l'équation de l'obésité juvénile, les diététistes ou nutritionnistes ont un rôle clé à jouer quant à l'alimentation, tout comme les spécialistes de l'éducation physique jouent un rôle clé quant à l'activité physique. Plusieurs témoins ont insisté sur une meilleure sensibilisation des médecins et de la collectivité médicale aux facteurs contribuant à l'obésité juvénile et soutenu qu'il fallait pousser les professionnels de la santé à travailler à la prévention dans une optique multisectorielle.

Dans le contexte global des soins de santé aux Premières nations, il a été noté que 30 p. 100 des localités sont situées à plus de 90 kilomètres d'un omnipraticien. Les pénuries d'infirmières sont graves et les infirmières sont à ce point accaparées par les soins primaires qu'elles n'ont pas le temps d'indiquer aux parents comment améliorer les habitudes alimentaires de leurs enfants. Les écoles n'offrent pas de programmes de nutrition et d'activité physique et n'ont pas les moyens d'engager des directeurs des loisirs, des professeurs d'éducation physique, des diététistes ou des nutritionnistes.

Tout en soutenant qu'il faut orienter davantage le système de soins de santé et les professionnels de la santé vers la prévention de l'obésité juvénile, des témoins ont déclaré qu'il importe aussi de changer la façon dont les médecins et les autres professionnels interviennent après coup. Ils souhaitaient de meilleures données scientifiques concernant l'indice de masse corporelle comme moyen d'évaluation de l'obésité juvénile par opposition, par exemple, à la mesure du gras abdominal. Ils voulaient que les omnipraticiens travaillent davantage avec les parents et les familles des enfants en surpoids et obèses. Ils ont demandé l'établissement d'un plus grand nombre de centres de traitement de l'obésité pour les enfants et les adolescents.

H. Sexe

Le Comité a appris que l'augmentation de la prévalence du surpoids et de l'obésité est similaire chez les garçons et les filles. Toutefois, quelques témoins ont fait valoir que les différences socialement induites de rôle et de comportement entre les garçons et les filles pourraient avoir une incidence sur l'obésité juvénile.

Selon des témoins, des sondages révèlent qu'en moyenne, les garçons sont physiquement plus actifs et font plus de pas que les filles. L'activité chute de 5 à 9 ans jusqu'à l'adolescence chez les garçons comme chez les filles, mais davantage chez les filles. Sur une note positive, lorsqu'on leur parle d'encourager et de soutenir l'activité physique chez leurs enfants, les parents tendraient davantage à dire aujourd'hui que par le passé, selon des témoins, jouent avec leurs filles à des jeux actifs. En outre, une étude sur les effets de l'activité physique sur les filles obèses révèle qu'elles éprouvent moins de problèmes de santé psychologique dès lors qu'elles sont plus actives physiquement.

PARTIE 4 : QU'EST-CE QUI FONCTIONNE?

Le Comité a entendu déclarer à plusieurs reprises que le fait d'investir dès maintenant dans les enfants portera fruit au cours de cette génération. Il a appris que, pour être efficaces, les programmes de promotion d'un poids santé chez les enfants juvéniles doivent s'inspirer des principes du développement de l'enfant et, par conséquent, chercher à récompenser plutôt qu'à punir les comportements. Les initiatives qui tiennent compte de l'influence de multiples secteurs — santé, éducation, environnement, services sociaux, agriculture, transport, infrastructure des localités, etc. — sont les plus susceptibles de réussir. Il faut intervenir à tous les niveaux — individu, famille, quartier, école, municipalité, pouvoirs publics provinciaux ou territoriaux, fédéraux et internationaux, et même à celui de la scène internationale où la mondialisation des marchés et la publicité des médias jouent un rôle.

Des témoins ont parlé au Comité d'un certain nombre d'initiatives passées et actuelles relatives à l'alimentation et à l'activité physique auxquelles le gouvernement fédéral a participé ou participe d'une quelconque manière. Beaucoup ont mentionné la réussite de la stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme et ils ont fait valoir que des mesures semblables pourraient être prises pour s'attaquer à l'obésité juvénile. Ils ont toutefois fait une mise en garde contre l'adoption de mesures qui réprouveraient l'obésité ou condamneraient certains aliments. Ils ont aussi rappelé que les initiatives ont plus de chances de connaître du succès si les enfants participent à leur élaboration. Tout en admettant que certaines initiatives pouvaient donner des résultats imprévus et avoir une portée restreinte, ils ont précisé que toutes pouvaient avoir des retombées positives et comportaient des leçons pour les intervenants de la promotion d'un poids santé chez les enfants. Ils ont signalé qu'il est rare qu'une seule intervention permette de démontrer une incidence directe sur le poids.

A. Pratiques prometteuses en matière d'activité physique

i) Renforcer les capacités communautaires

L'initiative appelée *Saskatoon In Motion* a été citée en exemple comme un moyen exemplaire pour renforcer les capacités locales, mobiliser les gens et obtenir des résultats sur le plan de l'activité physique. Voici ce qu'il en est : dans le cadre d'une alliance communautaire pour la recherche en santé des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), un investissement d'un million de dollars par an sur cinq ans a été multiplié par dix grâce à un chercheur de l'Université de la Saskatchewan. Une fois l'argent des IRSC investi, la ville et la province y sont allées de leur contribution à l'activité d'intervention. Les témoins ont reconnu que l'initiative n'a pas permis de régler le problème; l'obésité juvénile est plus répandue en Saskatchewan que dans le reste du Canada et les niveaux d'activité physique y sont plus faibles. Ils ont toutefois ajouté qu'il est permis de se demander si la situation n'aurait pas été pire sans cette initiative.

ii) Accroître la sensibilisation du public

ParticipACTION, initiative que le gouvernement fédéral a financée de 1970 à 2001 et qui a récemment été rétablie, est renommée à l'échelle internationale comme une des campagnes de sensibilisation du public les plus reconnues dans le monde. Environ 80 p. 100 des gens reconnaissent encore le nom ParticipACTION bien que la dernière campagne médiatique d'envergure remonte à 2001. Selon des témoins, les campagnes de marketing social mettent du temps à sensibiliser les gens, surtout à des choses qui peuvent être changées, tant sur le plan de la société en général que celui des parents et de leurs enfants. Ils ont souligné combien il importait de ne pas isoler un élément comme la reconnaissance de ParticipACTION, mais d'assortir la campagne de volets de surveillance, de recherche, d'éducation physique à l'école, d'investissement dans les infrastructures locales et d'autres mesures. Les taux d'obésité ont beau avoir augmenté depuis les années 1970, cela ne veut pas dire, ont-ils soutenu, que ParticipACTION n'a pas été bénéfique, mais qu'il faut tenir compte d'autres facteurs comme l'utilisation accrue de l'ordinateur et de la voiture et l'augmentation de la taille des portions.

iii) Assurer l'accès par l'entremise de partenariats fédéraux-provinciaux

Le programme *Sport for More* de l'Ontario a débouché à un accord bilatéral fédéral-provincial de 6,1 millions de dollars sur quatre ans. Il s'agit d'un des nombreux accords conclu entre des gouvernements provinciaux et Sport Canada. Ce programme permet actuellement de fournir du matériel d'entraînement aux poids à une école secondaire autochtone de Thunder Bay, d'organiser des cliniques de leadership pour les entraîneurs autochtones et d'appuyer les championnats paralympiques d'hiver 2006 et 2008 en Ontario. Il vise à augmenter la pratique des sports et l'activité physique chez les groupes sous-représentés comme les jeunes de familles à faible revenu, les minorités ethniques, les autochtones et les personnes handicapées.

iv) Établir des liens culturels

Le Cercle sportif autochtone financé par Patrimoine Canada travaille depuis dix ans à mettre en place les mécanismes nécessaires au sport et aux loisirs autochtones. L'organisme considère les programmes de sport et de loisirs comme un moyen de promouvoir un poids santé en développant les compétences personnelles et l'estime de soi. Ses programmes visent à resserrer le tissu communautaire, à renforcer les liens culturels et l'expression créatrice et à offrir aux jeunes des choix sains. Les témoins ont fait remarquer qu'en développant l'esprit d'équipe et le leadership et en offrant un cadre d'appartenance, le sport et les loisirs favorisent le développement social, la prévention du crime, le rétablissement des toxicomanes et l'insertion sociale tout en contribuant à soulager les jeunes mères. Des témoins ont noté que les directeurs des loisirs et les entraîneurs offrent aux jeunes des modèles de rôle et des canaux par où communiquer à manger sainement et apprendre, à faire face au racisme, ainsi que pour fixer des objectifs et les atteindre. On considère que les programmes sont source de bienfaits liés aux enseignements traditionnels de la roue médicinale qui englobe les aspects spirituel, émotionnel, mental et physique et qui vise la guérison intérieure.

v) Reconnaître l'excellence dans les écoles

Le Programme des Prix de reconnaissance aux écoles (PRE) de l'Association canadienne pour la santé, l'éducation physique, le loisir et la danse (ACSEPLD) identifie, reconnaît et encourage l'excellence dans les programmes scolaires d'éducation physique. Les écoles primaires et secondaires qui souscrivent aux principes du PRE et en adoptent les normes et les critères peuvent recevoir une bannière (or, platine ou diamant). La Fédération québécoise du sport étudiant exécute un programme de prix semblable, quoique de portée plus vaste, appelé ISO-ACTIF, qui valorise de saines habitudes de vie, sur le plan de l'activité physique, de l'alimentation et de la prévention du tabagisme. La Fédération évalue l'information fournie par les écoles et récompense leurs efforts en leur attribuant des points et une distinction (bronze, argent, or ou excellence). Tant le PRE qu'ISO-ACTIF sont reconnus comme des programmes efficaces pour promouvoir une saine alimentation, l'activité physique et le lien de l'une et de l'autre avec un poids santé.

vi) Adopter des incitations économiques

Des témoins ont mentionné qu'une récente initiative du ministère des Finances pouvait faciliter l'accès des enfants et des adolescents aux programmes d'activité physique et de loisirs. Annoncé dans le budget fédéral de mai 2006, le crédit d'impôt pour la condition physique des enfants pouvant aller jusqu'à 500 \$ par enfant au titre des frais d'inscription à des programmes d'activités physiques admissibles est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2007 et devrait coûter quelque 160 millions de dollars par année. Un comité d'expert a été mis sur pied pour conseiller le ministre des Finances au sujet de la nature des programmes ayant droit au crédit d'impôt. Dans son rapport publié le 26 octobre 2006, il a recommandé d'exiger, pour que les frais d'inscription à un programme donnent droit au crédit d'impôt, que les activités permettent de développer à la fois l'endurance cardio-pulmonaire (par des exercices d'aérobic) et au moins une des quatre qualités suivantes :

force musculaire, endurance musculaire, souplesse et équilibre. Il a aussi recommandé d'exiger que les activités physiques ou sportives d'un programme soient « soutenues », c'est-à-dire qu'elles durent au moins huit semaines à raison d'une session par semaine ou au moins une semaine (ou cinq jours consécutifs) dans le cas d'un camp, et qu'elles soient supervisées. Les frais d'inscription à des activités parascolaires organisées par les écoles et respectant les critères précités pourraient aussi donner droit au crédit d'impôt.

Le crédit d'impôt pour la condition physique des enfants est semblable au crédit d'impôt pour un mode de vie sain créé en 2005 par la Nouvelle-Écosse afin d'aider à payer les frais d'inscription des enfants et des adolescents à des activités sportives et récréatives admissibles qui favorisent de saines habitudes de vie. Au départ, le montant annuel maximal de ce crédit non remboursable était de 150 \$ par enfant, et il est passé à 500 \$ en 2006. On estime que ce crédit d'impôt coûte au gouvernement de la Nouvelle-Écosse 2,2 millions de dollars par année. Bien qu'il soit trop tôt pour évaluer l'incidence du crédit d'impôt provincial, le Comité a appris que les données préliminaires de la première année indiquent qu'environ 30 p. 100 des familles ayant des enfants l'ont réclamé. Les données de la première année ne peuvent toutefois pas indiquer des changements dans les comportements, et il faudra avoir recours à la collecte permanente de données et à des sondages pour comprendre les incidences à long terme du crédit d'impôt.

B. Pratiques prometteuses influant sur la disponibilité des aliments et sur leur consommation

i) Mettre l'accent sur la nutrition en général

Divers programmes de Santé Canada visant les Premières nations et les Inuits, notamment le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones, le Programme canadien de nutrition prénatale, le Programme d'action communautaire pour les enfants et l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones, mettent l'accent sur la nutrition en général et encouragent la consommation d'aliments traditionnels. Dans le cadre de ces initiatives, les parents participent aux activités, y compris au counselling nutritionnel, aux jardins et cuisines communautaires, ainsi qu'à l'achat des aliments, à leur préparation et à la planification des repas. Souvent, l'accent est mis sur la sécurité alimentaire de la collectivité et sur l'approvisionnement local. Toutefois, des Inuits et d'autres Autochtones ont souligné que certains obstacles empêchaient toujours l'utilisation des aliments traditionnels en vente localement. Ainsi, au Nunatsiavut, la réglementation ne permet pas de servir des aliments traditionnels dans les garderies sans qu'ils aient fait l'objet de tests au préalable. Toutefois, au Nunavik, les garderies prévoient fournir 85 p. 100 des éléments nutritifs requis chaque jour, dont 30 à 40 p. 100 proviendront d'aliments traditionnels. Grâce au Programme canadien de nutrition prénatale, dans certaines régions du Nunavik, de l'omble chevalier et du caribou sont ainsi servis aux femmes enceintes.

ii) Subventionner la consommation d'aliments santé

Le programme Aliments-poste est un bon exemple de collaboration continue entre Santé Canada, Affaires indiennes et du Nord Canada et Postes Canada. Dans le cadre de ce programme, le gouvernement fédéral prend à son compte une partie des coûts associés au transport d'aliments nutritifs périssables vers des collectivités isolées. La subvention du transport aérien vise à réduire les coûts d'expédition de la nourriture et à permettre aux détaillants de ces localités de vendre des denrées fraîches à des prix raisonnables. Environ 140 collectivités, pour la plupart autochtones, du Nord du Canada sont admissibles à la subvention. Des témoins ont expliqué que le gouvernement fédéral a augmenté la subvention accordée pour le transport, la faisant passer de 30 à 80 cents le kilogramme d'aliments comme les fruits, les légumes et les produits laitiers dans le cadre d'un projet pilote mis en œuvre dans trois collectivités. À la suite de l'augmentation de l'aide au transport, on a relevé une augmentation de l'achat de ces produits. Bien que les retombées à long terme du programme sur le poids santé n'aient jamais été évaluées, des témoins ont fait valoir que le projet devrait devenir permanent et s'étendre à d'autres collectivités dans le cadre du Programme Aliments-poste.

iii) Réduire les taxes sur les aliments sains

La question d'une éventuelle réduction des taxes sur les aliments sains a souvent donné lieu à celle de l'imposition d'une taxe fédérale sur les aliments malsains dans le cadre d'un effort de promotion d'un poids santé chez les enfants. Des témoins ont expliqué que les gouvernements fédéral et provinciaux avaient déjà réussi à réduire le tabagisme de cette façon. Certains souhaitaient une taxe sur les aliments riches en calories mais pauvres en éléments nutritifs, comme les boissons sucrées et gazeuses, la plupart des grignotines et certaines catégories de repas-minute. D'autres ont proposé une mesure connexe visant à taxer de vastes catégories d'aliments selon leur teneur en certains macronutriments, par exemple une taxe à l'unité sur la teneur en gras saturé des aliments. D'autres encore ont fait remarquer qu'en vertu de la *Loi sur la taxe d'accise*, le gouvernement fédéral perçoit déjà la TPS sur les aliments malsains comme les boissons gazeuses et diverses grignotines, notamment les bonbons, les croustilles, les noix et les graines salées, alors que la vaste majorité des autres aliments et boissons (ou « produits alimentaires de base ») y sont soustraits. Toutefois, la législation actuelle sur la TPS est parfois appliquée indifféremment à tous les aliments et boissons, bons ou mauvais. Par exemple, la TPS est appliquée à tous les aliments et boissons vendus dans les machines distributrices, qu'ils soient sains ou malsains; il en est de même pour la nourriture préparée dans les restaurants ou par les traiteurs. Par contre, lorsqu'ils sont vendus dans les magasins de détail, des aliments à valeur nutritive douteuse comme les céréales sucrées pour petit déjeuner, les shortenings à forte teneur en gras trans et les produits laitiers à teneur élevée en gras sont soustraits à la TPS, alors que celle-ci est perçue sur les boissons saines telles que l'eau. Les préoccupations portaient sur les changements de comportement et les conséquences subséquentes qu'ils pourraient avoir sur l'obésité que produiraient différents taux d'imposition sur des aliments malsains par rapport à l'incidence financière que ces taux auraient sur les personnes qui continueraient de consommer ces aliments.

iv) Accroître la sensibilisation au moyen de l'étiquetage de face

Diverses pratiques d'étiquetage de face ont été encouragées afin de permettre le repérage rapide d'aliments sains. Par exemple, le Royaume-Uni a mis en place un système d'étiquetage volontaire utilisant le symbole des feux de circulation pour permettre de faire la distinction entre les meilleurs aliments santé (feu vert), les aliments moins sains (feu jaune) et les aliments à ne consommer qu'à l'occasion (feu rouge) compte tenu de la teneur en gras, en gras saturés et en sel et du nombre de calories. Contrairement à l'étiquetage nutritionnel obligatoire qui est presque totalement en vigueur au Canada, l'étiquetage au moyen du symbole des feux de circulation se fait sur une base volontaire au Royaume-Uni, tout comme l'étiquetage nutritionnel d'ailleurs. Il y a aussi le programme Visez santé, qui a été créé en 1998 par la Fondation des maladies du cœur en consultation avec Santé Canada. Ce programme est fondé sur des critères nutritionnels précis, établis d'après le *Guide alimentaire canadien*. Les critères diffèrent selon les catégories d'aliments. En outre, diverses compagnies apposent des symboles semblables sur l'étiquette de face de leurs produits, comme Bien choisir de Pepsico, le Menu bleu du Choix du Président, et Solution sensée de Kraft. Ces programmes organisés à l'initiative des entreprises ne respectent aucun critère normalisé et ne sont soumis à aucun règlement précis. Ils ne reçoivent donc pas l'appui de Santé Canada et leurs critères sont établis par les fabricants eux-mêmes. Bien que l'information nutritionnelle présentée sur les emballages alimentaires puisse aider considérablement les parents et les enfants à choisir des aliments sains, certains témoins ont dit craindre que la prolifération de symboles et de logos concurrents ne crée qu'une plus grande confusion chez les consommateurs.

C. Pratiques prometteuses favorisant une saine alimentation et l'activité physique

i) S'adapter aux besoins

Action Schools! BC est un modèle de pratiques exemplaires conçu pour aider les écoles de la Colombie-Britannique à créer des plans d'action individualisés pour promouvoir un mode de vie sain. Il ne s'agit pas d'un programme, mais d'un cadre offrant des ressources et des exemples de pratiques exemplaires pour faire en sorte que l'activité physique et une saine alimentation fassent partie intégrante des pratiques des écoles primaires. Il facilite les démarches déjà prises par les écoles, fournit de l'information probante au sujet d'interventions qui fonctionnent et aide les écoles à adapter leurs efforts de manière à répondre aux besoins individuels. Le cadre d'action comporte six volets visant à créer un ensemble équilibré d'activités favorisant un mode de vie sain : le milieu scolaire, les activités physiques régulières, les initiatives en classe, la famille et la collectivité, les activités parascolaires et le sentiment d'appartenance à l'école.

ii) Mettre en œuvre une approche multisectorielle

Le gouvernement provincial de la Nouvelle-Écosse a adopté une approche à multiples facettes faisant intervenir plusieurs ministères et comportant divers partenariats qui vise un poids santé chez les enfants. Cette approche est axée sur une saine alimentation et sur l'activité physique efficace et elle englobe de nombreuses initiatives, notamment les suivantes : la stratégie *Active Kids, Healthy Kids* qui vise à accroître le nombre d'enfants et d'adolescents actifs tous les jours à l'école et dans la collectivité et à laquelle participent trois ministères (Sports et Loisirs, Santé et Éducation) et de nombreuses organisations non gouvernementales; la *Food and Nutrition Policy for Public Schools* qui fait intervenir deux ministères (Santé et Éducation) et qui présente les normes en matière d'aliments et de boissons servis et vendus dans les écoles; le crédit d'impôt pour un mode de vie sain qui fait intervenir deux ministères (Finances et Santé) et qui peut aller jusqu'à 500 \$ au titre de l'inscription d'enfants et d'adolescents à des activités sportives et récréatives admissibles qui favorisent de saines habitudes de vie. Pour la population autochtone, la province utilise le Tripartite Forum, composés de représentants des gouvernements fédéral et provincial et de Micmacs, afin de fixer des objectifs de saine alimentation et d'activité physique dans les écoles micmaques.

iii) Créer des milieux scolaires stimulants

La commission scolaire régionale de la vallée d'Annapolis en Nouvelle-Écosse, grâce à une subvention versée dans le cadre de la Stratégie canadienne du diabète de Santé Canada, a adopté une stratégie de promotion de la santé en milieu scolaire afin de créer un environnement propice dans les écoles. L'objectif est de permettre aux enfants de faire des choix éclairés en matière de nutrition et d'activité physique dans leur quotidien et pour le reste de leur vie, et donc de réduire le risque qu'ils contractent des maladies chroniques. Les écoles ont recours à diverses stratégies, notamment organiser des foires sur la santé pour étudiants et parents, élaborer des manuels proposant de nouveaux jeux pour les récréations et l'heure du dîner, ouvrir les gymnases scolaires après les heures pour des activités sportives non compétitives, et accroître la disponibilité des fruits et légumes frais. Ces mesures ont permis de faire chuter de 59 p. 100 les cas de surpoids et de 72 p. 100 l'obésité dans les écoles participantes. Le gouvernement provincial a maintenant décidé d'étendre ce programme à environ 40 écoles puisqu'il n'était offert qu'à sept établissements au départ.

iv) Établir des partenariats (écoles, collectivités, chercheurs)

Le projet de prévention du diabète dans les écoles de Kahnawake au Québec s'est amorcé en 1994 grâce à une subvention à la recherche sur la santé du gouvernement fédéral et il se poursuit grâce à l'aide financière fournie par des fondations privées, les IRSC et la collectivité. En vertu de ce modèle de partenariat entre la collectivité et les chercheurs, les citoyens avaient leur mot à dire sur les travaux de recherche et les données rassemblées devaient être utiles et pertinentes pour la collectivité. Le programme est axé sur la nutrition, l'activité physique et la prévention du diabète chez les enfants de la

maternelle à la sixième année. Il prévoit en outre la promotion des aliments sains et l'interdiction de la malbouffe dans les écoles. Les activités d'intervention débordent le cadre scolaire et sont conçues pour les familles, les organisations ou l'ensemble de la collectivité. On a évalué les effets à court et à long terme de ces activités sur les changements de comportement dans deux secteurs précis : l'activité physique et les habitudes alimentaires. On n'a observé aucun changement dans la pratique d'une activité physique chez les enfants, mais on a toutefois noté une réduction du temps consacré à la télévision durant les jours d'école. On a également remarqué une baisse générale de la consommation de boissons gazeuses, de croustilles et de frites et une augmentation de la consommation de lait faible en gras et de pain de blé entier. Toutefois, malgré ces changements de comportement, la prévalence du surpoids ou de l'obésité est passée de 31 p. 100 en 1994 à 47 p. 100 en 2004. Des témoins ont souligné que plusieurs leçons pouvaient être tirées de cette initiative. Premièrement, environ la moitié des enfants commençant leur première année étaient déjà en situation de surpoids ou obèses, ce qui laisse entendre qu'il faut recentrer nos efforts sur les enfants d'âge préscolaire, les bébés, les familles et même les femmes enceintes. Les témoins ont également signalé que le nombre de minutes d'activités physiques dans les écoles a diminué pendant cette période. De plus, ils ont signalé qu'il faudrait mieux soutenir, tant sur le plan de l'organisation que des ressources, les travailleurs de première ligne qui sont chargés de mettre en œuvre le programme de prévention primaire. Surtout, le fait qu'on présente continuellement les résultats des recherches à la collectivité a permis de la convaincre de demeurer impliquée.

D. Leçons retenues

Ces divers exemples montrent qu'il existe une vaste gamme de solutions créatives qui pourraient contribuer à réduire l'obésité juvénile. Des témoins ont demandé l'établissement de liens entre les centres d'échange du savoir et les carrefours d'information provinciaux, des mesures permettant l'échange d'information entre les différentes compétences et collectivités. Ils ont mentionné qu'il n'existait aucun mécanisme fédéral de coordination du financement pour les multiples ministères et organismes, et que de nombreuses initiatives mises en œuvre par les ministères fonctionnaient en vase clos. Ils ont souligné que les sommes investies dans les interventions au niveau communautaire sont ridicules lorsqu'on les compare aux milliards de dollars dont disposent les entreprises pour commercialiser les aliments et les jeux vidéo auprès des enfants et de leurs parents. Des témoins des régions nordiques ou éloignées ont fait remarquer que de nombreux programmes en place sont conçus pour les collectivités méridionales et ne conviennent pas toujours pour d'autres milieux, mais que les critères de financement exigent le recours à un modèle précis.

De plus, d'autres témoins ont réclamé l'évaluation des programmes en cours afin qu'un plus grand nombre d'interventions puissent être fondées sur des éléments probants. Ils souhaitent savoir si les interventions actuelles visant le régime alimentaire et l'activité physique se révèlent des outils prometteurs et pourraient être reprises dans d'autres collectivités de tout le pays. Ils ont insisté sur la nécessité de fixer des objectifs et de recueillir l'information appropriée sur les indicateurs de la santé afin d'évaluer l'efficacité des mesures et de surveiller les progrès accomplis.

PARTIE 5 : QUELS SONT LES PROBLÈMES PROPRES AUX PREMIÈRES NATIONS ET AUX INUITS?

Il est clair que la santé des enfants des Premières nations et des Inuits et des autres enfants autochtones subit les effets des mêmes déterminants que celle de l'ensemble de la population canadienne. Les facteurs qui influent sur la prévalence de l'obésité juvénile, comme le revenu, le lieu de résidence, l'environnement physique et d'autres déterminants ne sont pas propres aux Premières nations et aux Inuits. C'est pourquoi les problèmes liés à l'obésité juvénile qui concernent l'ensemble de la population canadienne, touchent également les Premières nations et les Inuits.

Il n'en reste pas moins que le Comité est pleinement conscient du fait que l'état de santé global des membres des Premières nations et des Inuits et de leurs enfants est beaucoup moins bon que celui du reste de la population canadienne. C'est pourquoi il faut adopter une approche distincte à l'égard des enfants des Premières nations et des Inuits. Les cas de surpoids et d'obésité observés chez les enfants de ces populations sont en effet deux fois plus fréquents que pour l'ensemble de la population canadienne. Les taux plus élevés de surpoids et d'obésité observés chez les enfants des Premières nations se traduisent par une plus grande incidence des cas de diabète de type 2 (maladie ne prêtant pas à déclaration obligatoire) lorsque ces enfants atteignent l'adolescence.

Le gouvernement fédéral est directement responsable des facteurs qui influent sur la santé des enfants des Premières nations et des Inuits. Pour les Indiens inscrits et les Inuits reconnus, Santé Canada est le principal responsable de la prestation des services de santé et Affaires indiennes et du Nord Canada s'occupe de l'éducation et de l'aide sociale. D'autres ministères ont un rôle de soutien important à jouer puisqu'ils financent des programmes qui ont une incidence sur les grands déterminants de la santé.

Le gouvernement fédéral a recours au même enchevêtrement de mesures sectorielles pour les enfants des Premières nations et des Inuits que pour le reste de la population canadienne. De plus, de nombreux programmes fédéraux ont adopté une approche unique pour l'ensemble des Autochtones qui laisse croire que ces peuples forment un groupe homogène et qui camoufle donc la diversité de ces groupes tous reconnus par la Constitution, c'est-à-dire « des Indiens, des Inuit et des Métis du Canada ».

Par conséquent, il est parfois difficile de retracer certains investissements fédéraux consacrés spécifiquement aux Premières nations et aux Inuits. Ainsi, même si les transferts fédéraux pour les soins de santé et les programmes sociaux sont apparemment calculés à l'aide des statistiques sur les Premières nations, Finances Canada ne surveille pas s'ils sont consacrés aux enfants des collectivités des Premières nations. De plus, bien que Sport Canada se soit engagé à développer le sport et les loisirs dans l'ensemble de la population autochtone, Santé Canada et Affaires indiennes et du Nord Canada n'ont pas participé à cette entreprise en appuyant la promotion de la santé au sein de la collectivité ou de l'éducation physique dans les écoles.

Des représentants des organisations des Premières nations et des Inuits ont souligné qu'il subsiste à l'échelle de la collectivité de nombreux obstacles administratifs concernant la gestion des programmes appuyés par Santé Canada et par Affaires indiennes et du Nord Canada. Ils ont signalé que les collectivités sont structurées comme le gouvernement fédéral, c'est-à-dire sans communication entre les divers secteurs. Ce manque de souplesse empêche donc de transférer des ressources au besoin, d'établir les priorités ou de déterminer quand il faut recruter du personnel spécialisé supplémentaire. Ils ont ajouté que ces rigidités les empêchent également d'adopter une stratégie globale où les responsables de tous les secteurs (santé, éducation, services sociaux, etc.) pourraient travailler ensemble. Ils ont soutenu qu'il est possible de promouvoir un poids santé pour les enfants des Premières nations et des Inuits dans les programmes d'apprentissage de la petite enfance et les programmes parascolaires ainsi que dans le cadre de diverses initiatives communautaires.

De plus, des témoins ont fait remarquer qu'un grand nombre des programmes destinés aux Premières nations et aux Inuits se poursuivent sous forme de projets pilotes depuis des années, ce qui laisse croire aux collectivités qu'ils pourraient être interrompus à tout moment. Ces projets sont souvent quinquennaux au départ et ensuite renouvelés annuellement. Les témoins ont soutenu que cette façon de procéder génère de l'instabilité pour le personnel et empêche des changements permanents dans la vie d'un enfant de même que dans la collectivité qui le soutient.

Des témoins nous ont également parlé d'un vide administratif puisque le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires hésitent tous à assumer certaines responsabilités et estiment que celles-ci ne relèvent pas de leur ressort. Bien que les représentants des Premières nations ont déclaré que le gouvernement fédéral avait bien une obligation fiduciaire distincte en vertu des traités et des droits inhérents, peu importe où résident leurs membres, les représentants de Santé Canada et d'Affaires indiennes et du Nord Canada ne nous ont parlé que des services fournis dans les réserves. Cette ligne de partage entre les services fournis dans les réserves et à l'extérieur de celles-ci revêt une importance particulière pour la santé et le bien-être des enfants vivant en milieu urbain. Dans certains cas, le programme n'est tout simplement pas offert, et dans d'autres, l'enfant peut ne plus avoir accès au programme s'il déménage.

Pour les enfants inuits, le financement représente un problème. La plupart des initiatives sont fondées sur une analyse des coûts par tête. Cette approche ne tient pas compte des problèmes que pose l'accès au programme et d'autres difficultés que doivent surmonter les populations du Nord et des régions éloignées. Elle ne tient pas compte non plus des besoins particuliers des petites collectivités. Pour les enfants inuits vivant à l'extérieur de la région revendiquée par leur peuple, il faut prévoir des fonds et des programmes comportant des composantes spécifiques pour les Inuits. Pour les projets en milieux urbains, il est difficile de déterminer les fonds spécifiques consacrés aux Inuits puisqu'ils sont souvent inclus dans le financement global accordé pour tous les peuples autochtones.

PARTIE 6 : QUE FAUT-IL FAIRE?

Le Comité reconnaît que l'obésité juvénile est un problème complexe et multidimensionnel auquel il faut s'attaquer sans tarder. Les deux principales variables que sont l'apport alimentaire et l'activité physique exigent des mesures simultanées mais distinctes. Chacune de ces variables est, à son tour, influencée par l'interaction complexe de divers facteurs sociaux, économiques et environnementaux dont il faut tenir compte.

Il est nécessaire de prendre dès maintenant des mesures précises et d'obtenir un engagement de ressources adéquates de la part du gouvernement pour lutter contre ce problème qui touche de plus en plus d'enfants au Canada. Le Comité reconnaît toutefois qu'il n'y a pas de solution unique ni de recette miracle à cet égard. Il comprend donc qu'une démarche globale et multisectorielle est essentielle pour tous les enfants du Canada. Il est également conscient du fait qu'il faut prendre des mesures spéciales pour certains groupes d'enfants compte tenu de leur situation particulière, notamment les enfants des Premières nations et des Inuits.

Le Comité est avant tout conscient du chevauchement de compétences en ce qui a trait à cette question. Les mesures fédérales qu'il recommande respectent les responsabilités provinciales et territoriales et insistent sur la collaboration fédérale-provinciale-territoriale. Tous les gouvernements, c'est-à-dire les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, doivent coopérer avec les enfants et les parents, les écoles, le milieu de la santé, les quartiers et les entreprises afin de mettre un frein à l'augmentation des taux de surpoids et d'obésité.

Toutefois, le Comité souhaite voir des changements dès maintenant dans les domaines relevant de la compétence fédérale — à commencer par la sphère de responsabilité directe que représentent les Premières nations et les Inuits, là où l'on a grand besoin, plus que nulle part ailleurs, d'une approche globale, coordonnée et fondée sur la collaboration. Les deux principaux ministères, Santé Canada et Affaires indiennes et du Nord Canada, administrent des programmes sur la santé des enfants de façon isolée, chacun de son côté. D'autres ministères et organismes administrent aussi quelques grandes mesures. Les Instituts de recherche en santé du Canada, Patrimoine canadien, Infrastructure Canada et d'autres organismes accordent des fonds pour des programmes relevant de leur mandat respectif sans se consulter les uns les autres, ni avoir mis en place de structure à cet égard.

Afin de lutter contre l'obésité juvénile sur deux plans, soit dans les secteurs relevant directement du gouvernement fédéral et grâce à une collaboration fédérale-provinciale-territoriale, le Comité estime qu'il est essentiel d'établir des objectifs en matière de santé. Le fait de fixer des objectifs et de définir des indicateurs précis de la santé aidera à surveiller les progrès accomplis. Le Comité partage également l'avis de nombreux témoins qui croient que les mesures fédérales devraient être axées sur la promotion de deux enjeux positifs favorisant un poids santé chez les enfants, soit des choix sains en matière d'alimentation et de l'activité physique de qualité, plutôt que sur un seul enjeu négatif, à savoir l'obésité juvénile. Les provinces et les territoires ont déjà adopté des objectifs en matière d'activité physique, et un grand nombre ont également des

objectifs en matière de saine alimentation et de poids santé. Le gouvernement fédéral devrait harmoniser ses objectifs de santé en conséquence de manière à créer une plus grande synergie et à accélérer le changement.

De plus, le Comité comprend que, pour obtenir un changement durable à long terme, le gouvernement fédéral ne peut agir seul. C'est pourquoi il croit fermement que tous les Canadiens doivent participer à des efforts concertés et coordonnés pour réduire le surpoids et l'obésité chez les enfants. D'abord et avant tout, il veut que le gouvernement fédéral consulte les enfants. Lorsque les ministères et organismes fédéraux décident de déployer les efforts nécessaires pour promouvoir un poids santé chez les enfants, ils ont le devoir d'établir des liens avec les enfants qui seront directement touchés par ces initiatives et de les écouter. Les familles jouent aussi un rôle clé dans la lutte contre l'obésité juvénile, et le gouvernement fédéral doit savoir comment il peut les aider à se fixer des objectifs relatifs à des choix de nourriture et d'activité physique qui peuvent renforcer et maintenir les changements apportés à leur vie. Dans l'ensemble, le Comité voit de grandes possibilités de partenariats faisant intervenir les gens, les écoles, les collectivités, les entreprises, les organisations non gouvernementales ainsi que les gouvernements municipaux, provinciaux et territoriaux.

A. Établir des objectifs précis et mesurables

Plusieurs témoins ont mentionné l'importance d'établir des objectifs pour lutter contre l'obésité juvénile. Certains ont attiré l'attention sur la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains qui a reçu l'approbation des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux en octobre 2005 et qui propose des objectifs pour aider les Canadiens à atteindre un poids santé grâce à l'activité physique et à une saine alimentation. Des témoins du Royaume-Uni ont parlé de l'objectif précis, fixé en 2004, de freiner l'augmentation du nombre d'enfants obèses de moins de 11 ans d'ici 2010. Cet objectif a été établi à la suite de la hausse rapide de la proportion d'enfants obèses qui est passée de 9,6 p. 100 en 1995 à 13,7 p. 100 en 2003.

Selon un témoin, le Royaume-Uni essaie de lutter contre l'obésité juvénile sur plusieurs fronts au moyen de plans d'action relatifs à l'alimentation et à l'activité physique. Des objectifs ou des buts assortis d'échéanciers à cet égard ont été établis. Ainsi, grâce à l'objectif de consommer au moins cinq portions de fruits et légumes par jour, les enfants reçoivent depuis 2005 un fruit ou un légume chaque jour de classe. L'objectif en matière d'activité physique était de donner à chaque enfant de 5 à 16 ans deux heures d'activité physique ou sportive de qualité chaque semaine; en 2006, 75 p. 100 de cet objectif avait été atteint.

Le Comité est convaincu que le Canada doit avoir certains objectifs précis et mesurables pour favoriser l'atteinte d'un poids santé pour un plus grand nombre d'enfants. En 1978, seulement 3 p. 100 des enfants et des adolescents de deux à 17 ans étaient considérés comme obèses en 1978; en 2004, ce pourcentage était passé à 8 p. 100. Les taux combinés de surpoids et d'obésité sont passés de 15 p. 100 en 1978 à 26 p. 100 en 2004.

Le Comité estime que la période de quelques années précédant les Jeux olympiques de 2010 qui se dérouleront à Vancouver est le moment opportun de mettre un frein à l'obésité juvénile. Il veut aussi atteindre un objectif de santé à plus long terme, soit la réduction de la prévalence de l'obésité chez les enfants d'ici 2020. D'autres recommandations portent sur d'importantes mesures que doit prendre le gouvernement fédéral pour assurer l'atteinte de ces objectifs, notamment des mesures immédiates pour mettre un terme à l'obésité chez les membres des Premières nations et les Inuits relevant de la compétence fédérale, et la présentation au Parlement d'un rapport d'étape concernant tous les objectifs. La *Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada* prévoit que l'administrateur en chef peut établir et publier un rapport sur toute question de santé publique, et le Comité croit que ce pourrait être un moyen de présenter un rapport annuel au Parlement. Le Comité recommande donc :

RECOMMANDATION 1

Que le gouvernement fédéral :

- **fixe les objectifs suivants qui favoriseront un poids santé chez les enfants grâce à l'activité physique et à une saine alimentation :**
 - **arrêt de la progression de l'obésité chez les enfants d'ici 2010,**
 - **réduction du taux d'obésité chez les enfants, le portant de 8 à au moins 6 p. 100 d'ici 2020;**
- **mette en œuvre, en collaboration avec les Premières nations et les Inuits, des mesures immédiates visant à mettre un frein à l'obésité chez les enfants des Premières nations et des Inuits;**
- **présente au Parlement un rapport annuel sur l'ensemble des efforts déployés pour favoriser un poids santé chez les enfants et sur les résultats obtenus.**

B. Mettre en œuvre une vaste campagne de sensibilisation du public

Des témoins ont insisté sur la nécessité de mettre sur pied une vaste campagne de sensibilisation du public. Ils ont insisté sur l'importance de prendre en compte à la fois l'activité physique et les choix éclairés en matière d'alimentation pour favoriser un poids santé chez les enfants. Ils ont décrit divers éléments qu'une telle campagne devrait comporter et désigné certains auditoires à cibler. Plusieurs ont mentionné la difficulté d'atteindre les enfants au moyen de messages neutralisant les publicités qui annoncent des aliments ou des jeux vidéo et qui sont omniprésentes. D'autres estimaient qu'il fallait avant tout concevoir des messages à l'intention des adultes qui ont des contacts privilégiés

avec les enfants, comme leurs parents, leurs médecins et leurs enseignants. Mais surtout, les témoins ont signalé la diversité des communautés ethnoculturelles et la nécessité d'élaborer des messages pertinents et multilingues.

Des témoins ont insisté sur la nécessité de formuler des messages clairs afin d'éviter de créer la confusion avec des messages multiples et différents. Plusieurs tenaient à ce que la campagne ne condamne pas certains aliments et ne stigmatise pas les enfants présentant déjà un excédent de poids ou souffrant déjà d'obésité. Certains estimaient nécessaire de recourir à des campagnes indépendantes et nettement différentes pour promouvoir l'alimentation saine et l'activité physique. D'autres étaient d'avis que la campagne devrait être axée principalement sur l'équilibre entre les calories absorbées (nourriture) et les calories dépensées (activité physique).

Le Comité est au fait de récentes campagnes à court terme entreprises par le gouvernement fédéral pour promouvoir l'activité physique et une saine alimentation. La campagne publicitaire imprimée *Encourager la participation des enfants aux activités physiques — promouvoir le crédit d'impôt pour la bonne condition physique des enfants* et les campagnes publicitaires télévisées visant une alimentation saine s'adressent aux parents. Elles font partie de l'initiative Canadiens en santé menée conjointement par Santé Canada et l'Agence de santé publique du Canada. Le Comité est aussi conscient du fait que le gouvernement fédéral a prévu de verser une contribution sur deux ans visant le rétablissement de ParticipACTION, un organisme sans but lucratif qui a fait la promotion du conditionnement et de l'activité physiques depuis les années 1970 jusqu'à la fin des années 1990. Le Comité appuie ces efforts et demande le lancement d'une vaste campagne multimédia à long terme de sensibilisation du public présentant une diversité culturelle et faisant intervenir des écoles, des professionnels de la santé, des planificateurs communautaires et d'autres parties responsables afin de favoriser un poids santé chez les enfants. Par conséquent, le Comité recommande :

RECOMMANDATION 2

Que le gouvernement fédéral :

- **entreprenne une vaste campagne de sensibilisation à un poids santé chez les enfants;**
- **présente l'activité physique de qualité et des choix éclairés en matière d'alimentation comme des éléments clés de la campagne;**
- **tire parti de tous les médias disponibles dans toutes les régions du pays;**

- **élabore et diffuse des outils éducatifs simples, conviviaux, multilingues, adaptés aux différentes cultures et destinés, entre autres, aux parents, aux enfants, aux enseignants, aux professionnels de la santé et aux planificateurs communautaires, etc.;**
- **collabore avec les partenaires provinciaux et territoriaux, les organisations nationales autochtones et d'autres intervenants au besoin.**

C. Instaurer l'étiquetage obligatoire sur le devant de l'emballage

Le Comité a entendu des témoignages de Santé Canada, à qui *Loi sur les aliments et drogues* confère la responsabilité et l'autorité de réglementer l'étiquetage alimentaire, et de l'Agence canadienne d'inspection des aliments, qui est chargée de l'application de la réglementation. La réglementation sur l'étiquetage nutritionnel obligatoire sous forme de « tableau de la valeur nutritive » pour la plupart des aliments préemballés s'applique aux grandes entreprises depuis le 12 décembre 2005. Les étiquettes doivent indiquer la valeur calorique par portion ainsi que la teneur d'au moins 13 nutriments principaux.

Le Comité a appris que même si le tableau contient des renseignements utiles et qu'il est plus facile à interpréter que son prédécesseur, les étiquettes sont peut-être encore trop compliquées et prennent trop de temps à décoder. Beaucoup d'entre eux ont aussi fait valoir que le système d'étiquetage devrait être simplifié. Ils ont donné en exemple le symbole des feux de circulation utilisé au Royaume-Uni et le programme Visez santé mis au point par la Fondation des maladies du cœur du Canada. Ils ont fait valoir qu'une simple étiquette apposée sur l'espace principal (devant) de l'emballage permet aux parents et aux enfants de faire des choix éclairés en matière d'alimentation.

La prolifération de logos non réglementés, apposés sur l'espace principal (devant) des emballages, fondés sur divers critères et présentant des renseignements différents a semé la confusion et la méfiance chez les consommateurs. Même si la plupart des témoins ont indiqué qu'ils appuyaient un système d'étiquetage simplifié, d'aucuns ont expliqué au Comité qu'il était important de veiller à ce que toute nouvelle exigence n'entraîne pas une augmentation du prix des aliments. Le Comité estime que l'étiquetage simplifié peut faire fond sur l'information déjà contenue dans le tableau de la valeur nutritive et ne devrait donc pas entraîner une augmentation substantielle du coût des produits.

Le Comité insiste pour que le gouvernement fédéral instaure sans tarder un système d'étiquetage qui soit clair et simple et recommande :

RECOMMANDATION 3

Que le gouvernement fédéral :

- **mette en œuvre un système simple, normalisé et obligatoire d'étiquetage sur le devant des emballages des produits alimentaires préemballés qui permettrait de prendre facilement connaissance de la valeur nutritive d'un produit;**
- **instaure ce système progressivement en commençant par les aliments dont la publicité vise principalement les enfants;**
- **fasse connaître le nouveau système d'étiquetage aux parents au moyen d'une campagne publicitaire dynamique.**

D. Limiter les gras trans

Certains témoins ont proposé d'éliminer les gras trans industriels de l'alimentation. On trouve certes de faibles quantités de gras trans naturels dans certains aliments d'origine animale, mais les gras trans sont en général le produit d'un procédé industriel qui traite les gras non saturés, comme les huiles végétales, de manière à leur donner une structure moléculaire semblable à celle des gras saturés. La majorité des gras trans est consommée sous forme de shortening et de margarine, d'aliments cuits au four qui en contiennent — comme les gâteaux, biscuits, pains — ou d'aliments frits dans une matière grasse de ce type — comme les croustilles et les frites déjà précuites destinées au commerce. Il est bien connu que les gras saturés sont une cause de cardiopathies du fait qu'ils élèvent la teneur du sang en « mauvais » cholestérol. Toutefois, on sait maintenant que les gras trans sont encore plus dangereux, car en plus d'élever la teneur du sang en « mauvais » cholestérol, ils abaissent sa teneur en « bon » cholestérol.

Au début de 2005, un groupe de travail multipartite sur les gras trans a été créé et chargé de formuler des recommandations et des stratégies permettant d'éliminer ou de réduire le plus possible les concentrations de gras trans industriels dans les aliments vendus au Canada. Dans son rapport final, qu'il a publié en juin 2006, il a recommandé d'atteindre ce but par la réglementation. Une de ses recommandations propose de limiter par règlement à 5 p. 100 de leur teneur totale en gras la teneur en gras trans des aliments achetés par les établissements de commerce de détail et les établissements de restauration. Le groupe recommande aussi d'établir cette réglementation d'ici à juin 2008.

Le Comité conçoit que les gras trans ne contribuent pas en soi au problème de l'obésité, mais il n'en tient pas moins à signaler qu'ils aggravent les effets du surpoids sur la santé. Même s'il a appris que la consommation de gras trans a diminué depuis que l'étiquetage sous forme de tableau de la valeur nutritive est devenu obligatoire, il veut encourager tous les Canadiens, mais surtout les enfants, à continuer de réduire leur

consommation globale de gras — saturés, non saturés et trans — et juge impératif d'éliminer les gras trans de l'alimentation, car on sait qu'il n'y a pas de seuil sécuritaire en deçà duquel leur consommation est sans danger pour sa santé.

Pour donner suite aux préoccupations sur les gras trans, le Comité recommande :

RECOMMANDATION 4

Que le gouvernement fédéral :

- **adopte d'ici 2008 un règlement qui limite la teneur en gras trans des aliments, comme le recommande le Groupe de travail sur les gras trans, sans toutefois que n'augmente celle en gras saturés.**

E. Recueillir des données relatives aux objectifs

Des témoins ont mentionné la nécessité de fonder les objectifs et les initiatives sur des données quantitatives et qualitatives cohérentes et fiables. Ils ont fait remarquer que l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes réalisée en 2004 par Statistique Canada était la première à vraiment mesurer et peser les enfants plutôt que de demander aux enfants ou aux parents de fournir ces renseignements. Il s'agit aussi de la première enquête en 35 ans à recueillir de l'information détaillée sur la consommation d'aliments et de boissons. L'Enquête de 2004 a évalué l'activité physique des enfants, tandis qu'en 2000 et 2005, l'Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie a recueilli des données sur les enfants au moyen de son Sondage indicateur de l'activité physique. En ce qui a trait aux enfants des Premières nations, l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations de 2002-2003 a recueilli des données sur leur taille et leur poids auprès de leur famille dans 238 collectivités du Canada. Dans l'ensemble, l'échantillon représentait environ 6 p. 100 des enfants des Premières nations au Canada ayant moins de 11 ans, et environ 10 p. 100 des adolescents des Premières nations âgés de 12 à 17 ans.

En ce qui concerne l'obésité juvénile, des témoins ont fait remarquer qu'il manquait des données importantes. Non seulement les données sur la prévalence de l'obésité sont limitées, mais des données longitudinales sur l'apport alimentaire et l'activité physique sont nécessaires. Sans un portrait complet et exact de la situation actuelle, il est difficile d'établir des objectifs quantitatifs précis et de déterminer le niveau de ressources requis pour améliorer les choses. Bien qu'il n'y ait pas de poids santé précis qui s'applique à tous les enfants d'un âge donné ou d'une certaine taille, les données permettent d'établir un point de référence et de suivre ensuite les tendances de l'obésité juvénile.

Des témoins ont insisté sur l'importance d'obtenir et d'analyser des données propres aux enfants autochtones. De plus, ils ont signalé qu'il existe peu de données sur les enfants inuits. Par ailleurs, ils ont remis en question l'exactitude et la pertinence de divers indicateurs nationaux reconnus, comme l'indice de masse corporelle et le ratio taille-

hanches, en ce qui concerne les enfants autochtones. Ils ont précisé qu'il n'existe aucun portrait national cohérent de la population inuite. Ainsi, le Système national de surveillance du diabète recueille des données sur les taux de diabète chez les Inuits des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut; Santé Québec en recueille au Nunavik; et aucune donnée n'est recueillie au Nunatsiavut (Labrador).

Des témoins ont insisté sur la nécessité de recueillir et de surveiller des données à titre permanent, de les analyser de façon systématique et d'en faire régulièrement l'évaluation afin de déterminer les progrès accomplis et de faire des mises au point au besoin. Ils ont demandé la tenue périodique d'enquêtes nationales permettant de mieux comprendre les rapports entre l'obésité et les besoins de groupes particuliers en fonction de l'âge, du sexe, de l'origine ethnique, du lieu de résidence, de la situation socioéconomique, etc.

Le Comité est convaincu de la nécessité de brosser un portrait global de l'obésité juvénile au Canada. Il souhaite que le gouvernement fédéral travaille en collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux afin de colliger des données compatibles et cohérentes sur la question. Le Comité recommande :

RECOMMANDATION 5

Que le gouvernement fédéral :

- **recueille à titre régulier et continu des données sur un poids santé chez les enfants;**
- **donne accès aux données sur les niveaux d'activité physique et sur les choix en matière d'alimentation;**
- **fournisse des données provenant de diverses mesures biométriques, notamment l'indice de masse corporelle, le rapport taille-hanches et la circonférence abdominale;**
- **recueille également des données sur divers groupes ethnoculturels et socioéconomiques, et plus particulièrement les Inuits;**
- **collabore avec les partenaires provinciaux et territoriaux, les organisations nationales autochtones et d'autres intervenants au besoin.**

F. Collaborer à la mise sur pied d'un centre d'échange du savoir

Des témoins ont présenté des informations sur de multiples initiatives liées à l'obésité juvénile, certaines ayant porté fruit, d'autres nécessitant des ajustements, et d'autres encore qui n'en étaient qu'à leurs premières étapes. Des provinces et des

municipalités déploient des efforts pour éliminer la malbouffe dans les écoles et promouvoir une plus grande activité physique. Les initiatives communautaires incitant les enfants à aller jouer dehors librement sont perçues comme une façon de contrer les horaires trop stricts et structurés pouvant contribuer à l'obésité. Les organismes qui mesurent les niveaux d'activité des enfants canadiens soulignent qu'ils varient en fonction de l'âge, du sexe, du quartier, etc., et indiquent que moins de la moitié des enfants aiment vraiment les cours d'éducation physique donnés à l'école. Quelle que soit l'initiative ou la méthode utilisée, les témoins ont mis l'accent sur la nécessité d'en évaluer l'efficacité et ce qui est peut-être plus important encore, de diffuser les résultats de ces évaluations.

Le Comité est particulièrement attentif aux restrictions juridictionnelles touchant les initiatives en matière d'éducation, de la nutrition, des programmes d'activité physique et du cadre municipal bâti. Il croit cependant que, même dans les domaines où le gouvernement fédéral peut jouer un rôle limité, comme avec les clients fédéraux, il devrait y avoir un mécanisme à la disposition de tous les ordres (province, territoire, municipalité, collectivité ou commission scolaire), permettant d'échanger des données sur des initiatives précises. Il ne s'agit pas seulement des pratiques exemplaires et prometteuses, mais aussi des programmes qui n'ont peut-être pas donné les résultats attendus. Ce genre d'échange du savoir pourrait contribuer à accélérer l'application des programmes au pays.

Le Comité a cerné plusieurs éléments clés de la réussite des interventions concernant l'activité physique et l'alimentation : les points de vue des enfants sont essentiels; les mesures doivent être multidimensionnelles; les parents doivent jouer un rôle; l'environnement des enfants (c.-à-d. la maison, la salle de classe, l'école, la collectivité) doit être modifié. De plus, le Comité est conscient de la valeur d'un dépôt central d'information à jour, facile à tenir et accessible concernant les pratiques exemplaires et les leçons retenues en ce qui a trait aux initiatives visant un poids santé. Le transfert accru de connaissances facilitera le repérage des interventions les plus efficaces et permettra d'orienter les programmes permanents de manière à favoriser l'atteinte des objectifs. Le Comité recommande :

RECOMMANDATION 6

Que le gouvernement fédéral :

- **Crée un mécanisme d'échange du savoir relatif au poids santé des enfants :**
 - **qui met l'accent tant sur l'activité physique que sur des choix éclairés en matière d'alimentation,**
 - **qui diffuse les recherches en cours et publiées, les résultats des évaluations, les pratiques exemplaires, prometteuses et stériles, etc.,**

- **qui réunit et rend accessible de l'information en diverses langues en fonction des groupes ethnoculturels du pays, notamment les Premières nations, les Inuits et les Métis;**
- **collabore avec les partenaires provinciaux et territoriaux, les organisations nationales autochtones et d'autres intervenants au besoin.**

G. Accroître la capacité de recherche multidimensionnelle

Le gouvernement fédéral finance la recherche sur l'obésité juvénile principalement par l'intermédiaire des Instituts de recherche en santé du Canada. Leurs travaux portent surtout sur le diabète et les autres maladies connexes, mais il est difficile de dire la proportion dans laquelle la recherche financée par le gouvernement fédéral est axée sur la prévention et les divers déterminants ayant un effet sur l'apport alimentaire et le niveau d'activité physique. Afin de réaliser un plus grand nombre de projets orientés sur les aspects culturels, comportementaux, économiques et non médicaux de l'obésité juvénile, on pourrait faire appel à d'autres organismes subventionnaires fédéraux, comme le Conseil de recherches en sciences humaines, pour élaborer de nouvelles approches. Les grands domaines d'études doivent notamment se rattacher à la pauvreté, à la culture, à l'identité et à l'estime de soi. Par ailleurs, si ces organismes subventionnaires fédéraux constituent la ressource la plus indispensable pour la plupart des chercheurs universitaires, le Comité estime que les ministères et organismes responsables des mesures fédérales devraient développer leurs propres programmes de recherche pour évaluer et appuyer diverses mesures stratégiques. Par exemple, Statistique Canada aurait un rôle de premier plan à jour dans la collecte et l'évaluation de données, tandis que Ressources humaines et Développement social Canada pourrait se pencher sur des questions pertinentes comme l'incidence de la pauvreté sur les familles. De même, Infrastructure Canada pourrait étudier les conséquences de l'utilisation du sol sur l'accès à la nourriture et aux installations pour l'activité physique.

L'une des principales lacunes de la recherche sur l'obésité concerne les enfants autochtones. Les enfants des Premières nations, des Inuits et des Métis ont rarement fait l'objet de recherche sur la santé, et la connaissance des taux d'obésité juvénile se limite à quelques collectivités qui ont fait l'objet de nombreuses études. Pour ces populations, les recherches ne peuvent se contenter de documenter l'apport alimentaire et les niveaux d'activité des enfants. Elles doivent comprendre des renseignements sur les facteurs communautaires qui contribuent à l'obésité. Il est essentiel de comprendre, mesurer et modifier l'ensemble de l'environnement physique, social et économique si l'on veut parvenir à réduire les taux d'obésité. Il faut que les organismes de recherche fédéraux, comme l'Institut de la santé des Autochtones des IRSC et le Centre national de collaboration de la santé autochtone, orientent leurs travaux avec précision.

Le Comité est très conscient du fait que l'environnement des enfants influe sur le maintien d'un poids santé. Il comprend que les enfants se heurtent à des obstacles sociaux, économiques, physiques et autres qui peuvent les empêcher d'avoir accès à des aliments sains et de s'adonner à une activité physique de qualité. Il sait que tout objectif de freiner ou de réduire l'obésité ne peut être atteint que par des interventions dont l'efficacité est établie. Il convient qu'il est nécessaire d'avoir une capacité de recherche accrue pour pouvoir comprendre les principaux déterminants d'un poids santé chez les enfants et pour déterminer de quelle façon affecter les ressources afin de continuer à favoriser l'atteinte des objectifs. Le Comité recommande :

RECOMMANDATION 7

Que le gouvernement fédéral :

- **renforce la capacité de recherche pour l'ensemble des déterminants de la santé influant sur le poids santé des enfants;**
- **veille à ce que la recherche soit axée à la fois sur une activité physique de qualité et sur des choix éclairés en matière d'alimentation;**
- **confie les travaux de recherche à divers ministères et organismes, notamment les Instituts de recherche en santé du Canada, le Conseil de recherches en sciences humaines, Statistique Canada, Santé Canada, l'Agence de santé publique du Canada et Affaires indiennes et du Nord Canada;**
- **établit des éléments de recherche distincts pour les déterminants de la santé des enfants des Premières nations, des Inuits et des Métis.**

H. Instaurer un mécanisme de coordination

De nombreux témoins ont évoqué la difficulté d'organiser une initiative fédérale globale faisant intervenir les multiples ministères et organismes fédéraux jouant un rôle prépondérant dans le domaine de l'obésité juvénile. Le Comité a entendu, en plus de Santé Canada, de l'Agence de santé publique du Canada et des Instituts de recherche en santé du Canada, le témoignage de Finances Canada, d'Affaires indiennes et du Nord Canada, de Sport Canada, de Patrimoine canadien, d'Infrastructure Canada, de l'Agence canadienne d'inspection des aliments, du Conseil de la radiodiffusion et des télécommunications canadiennes et de Statistique Canada. Par ailleurs, une partie du mandat d'autres ministères, comme Agriculture Canada et Ressources humaines et Développement social, est aussi pertinente à notre sujet d'étude.

Les témoins ont souligné la nature compliquée de l'appareil étatique fédéral et ont demandé que des mesures soient prises afin de limiter les cloisonnements créés par les structures du gouvernement fédéral. Un certain décloisonnement améliorerait les communications et favoriserait une approche plus holistique dans les secteurs de la santé publique, de la politique fiscale, de l'éducation, de l'aide sociale, des politiques sur les aliments et du sport.

Pour les enfants des Premières nations et les petits Inuits, la situation est encore plus compliquée. Les deux principaux ministères — Santé Canada et Affaires indiennes et du Nord Canada — qui administrent les programmes pertinents font une distinction entre les enfants et les familles qui habitent dans les réserves (Premières nations), ceux qui vivent hors réserve et ceux qui habitent dans les secteurs visés par les revendications territoriales (Inuits). Ainsi, lorsque les parents et les autres adultes responsables parmi les Indiens inscrits et les Inuits reconnus s'en vont dans les grands centres urbains, les enfants cessent d'avoir accès à la plupart des programmes offerts dans les réserves et les secteurs visés par les revendications territoriales.

Plusieurs témoins du Royaume-Uni ont fait remarquer que l'objectif de mettre un frein à l'obésité juvénile dans leur pays d'ici 2010 implique la collaboration de trois ministères (Santé; Culture, Médias et Sport; Éducation et Compétences) dont chacun assume la responsabilité d'aspects particuliers. Ils ont également insisté sur la nécessité d'obtenir un consensus et la participation de multiples intervenants, et ils ont mentionné que les efforts pour atteindre un objectif doivent comporter des partenariats avec d'autres ministères et organismes gouvernementaux, des responsables locaux, des entreprises et des organisations de bienfaisance. De plus, l'objectif du Royaume-Uni étant lié à des ressources précises, il importe de définir clairement les rôles de chacun et d'assurer la coordination entre tous les intervenants afin de faire en sorte que les ressources soient affectées aux interventions les plus appropriées et efficaces et aux enfants les plus à risque.

S'inspirant de l'expérience du Royaume-Uni et reconnaissant la nécessité d'un mécanisme de coordination au niveau fédéral, le Comité recommande :

RECOMMANDATION 8

Que le gouvernement fédéral :

- **nomme immédiatement un ministère ou un organisme responsable des mesures interministérielles fédérales visant un poids santé chez les enfants;**
- **confie la mise en œuvre des mesures à divers ministères, notamment Santé Canada, l'Agence de santé publique du Canada, les Instituts de recherche en santé du Canada, le ministère des Finances, Affaires indiennes et du Nord Canada, Sport Canada, Patrimoine canadien, Infrastructure Canada, Ressources humaines et Développement social Canada,**

l'Agence canadienne d'inspection des aliments, le Conseil de la radiodiffusion et des télécommunications canadiennes et Statistique Canada;

- **veille à ce que les mesures soient axées à la fois sur une saine alimentation et sur l'activité physique;**
- **instaure un mécanisme permanent de consultation des organisations des Premières nations et des Inuits ainsi que d'autres organisations autochtones nationales.**

I. Contrôler la publicité alimentaire s'adressant aux enfants

À l'heure actuelle, toute la publicité sur les aliments et les boissons au Canada est assujettie à un code d'autoréglementation de l'industrie, sauf au Québec, où il est interdit de cibler les enfants dans la publicité. Ce *Code de la publicité radiotélévisée destinée aux enfants* « doit aider les annonceurs et les publicitaires à préparer des messages publicitaires qui tiennent compte des traits particuliers de l'auditoire auquel ils s'adressent ». Les diffuseurs au Canada (à l'exclusion du Québec) ont accepté de s'y conformer aux termes des conditions d'obtention de leur licence auprès du Conseil de la radiodiffusion et des télécommunications canadiennes (CRTC), qui, en vertu de la *Loi sur le Conseil de la radiodiffusion et des télécommunications canadiennes*, peut réglementer l'industrie de la diffusion. La publicité ciblant les enfants est également assujettie au *Code canadien des normes de publicité*, lequel prévoit que la « publicité qui est destinée aux enfants ne doit pas exploiter leur crédulité, leur inexpérience ou leur esprit d'acceptation, ni présenter des informations ou illustrations aptes à leur causer un tort physique, émotif ou moral ». Les Normes canadiennes de la publicité est l'association de l'industrie qui administre ces deux codes.

Beaucoup de témoins ont fait valoir que le *Code de la publicité radiotélévisée destinée aux enfants* et le *Code canadien des normes de publicité* devraient être renforcés et qu'une des mesures à prendre pour lutter contre l'obésité juvénile serait de décourager la publicité pour les aliments et boissons hypercaloriques à faible valeur nutritive. Selon eux, la moins forte prévalence de surpoids/d'obésité juvénile au Québec s'expliquerait en partie par l'interdiction en vigueur dans la province. D'autres, en revanche, ont affirmé qu'il n'y avait aucune corrélation entre interdire la publicité et l'obésité juvénile en signalant que celle-ci avait augmenté au Québec au cours des 25 dernières années malgré l'interdiction. Le système d'autoréglementation en place est suffisant, d'après eux. Ils ont également précisé que le CRTC n'avait aucun droit de regard sur le contenu de la publicité alimentaire diffusée au Canada depuis l'extérieur du pays. De plus, les services étrangers offerts par les câblodistributeurs ne sont pas tenus de se conformer aux codes et règlements canadiens. Ces témoins ont également insisté sur l'absence de loi ou de règlement particulier concernant la publicité sur les aliments sur Internet, alors que de nombreux jeux interactifs en ligne, qui fascinent les enfants, sont axés sur des marques et des produits ou encore des personnages associés à des marques.

Le Comité a appris que la publicité de produits alimentaires et de boissons destinée aux enfants a aussi été un sujet de préoccupation au Royaume-Uni. Après des travaux de recherche intensifs et un examen de la documentation sur la question, le UK Office of Communications a conclu que la publicité télévisée avait un effet direct modeste sur les préférences, la consommation et le comportement des enfants en matière d'aliments et de boissons, mais qu'une interdiction totale de la publicité de produits alimentaires et de boissons serait inutile et exagérée compte tenu des autres facteurs influant sur les habitudes alimentaires des enfants. Il a donc décidé d'interdire complètement la publicité de certains aliments et boissons, notamment ceux à teneur élevée en matières grasses, en sucre et en sel. L'interdiction, qui doit s'appliquer progressivement au cours d'une période de deux ans, vise tous les programmes intéressant particulièrement les enfants de moins de 16 ans et diffusés à toute heure du jour ou de la nuit à tout service de télévision. Le Comité a appris que les restrictions concernant la publicité de produits à teneur élevée en matières grasses, en sucre ou en sel permettraient de faire pencher la balance en faveur de boissons et d'aliments plus sains. La UK Food and Standards Agency, pendant de la Direction des aliments de Santé Canada, a été chargée d'élaborer un barème nutritionnel permettant de repérer les produits à teneur élevée en matières grasses, en sucre et en sel. La publicité est autorisée pour les aliments et boissons qui se trouvent sous le point de référence, mais non pour ceux qui se trouvent au-dessus étant donné qu'ils sont moins sains.

Le Comité a aussi appris que la cyberpublicité sur les aliments destinée aux enfants est un autre sujet de préoccupation au Royaume-Uni. Toutefois, tout comme ici, le CRTC, le UK Office of Communications n'a aucun rôle à jouer à cet égard.

Au cours des audiences du Comité, des témoins ont également insisté sur les connaissances médiatiques. Ils ont déclaré qu'il n'est pas toujours possible de contrôler les messages auxquels sont exposés les enfants à l'extérieur des frontières du Canada, en dehors des émissions qui leur sont destinées ou dans Internet. Ils ont toutefois mentionné qu'il est possible de les aider à comprendre comment les médias peuvent influencer leur comportement dans les domaines de la nutrition et de l'activité physique.

Le Comité s'inquiète lui aussi du lien potentiel entre la publicité alimentaire visant les enfants et le surpoids et l'obésité chez les enfants. Il estime qu'un examen s'impose quant à l'efficacité de l'autoréglementation actuelle de la publicité et à l'interdiction en vigueur dans certaines compétences. Cet examen devrait indiquer s'il y a lieu de renforcer les deux codes et, le cas échéant, de quelle façon. Le Comité s'inquiète en outre de l'incidence sur les enfants de la cyberpublicité sur des aliments, et il croit qu'il faut se pencher sur la possibilité de réglementer ce genre d'activités. Le Comité recommande par conséquent :

RECOMMANDATION 9

Que le gouvernement fédéral :

- **Évalue l'efficacité de l'autoréglementation ainsi que celle de l'interdiction relative à la publicité au Québec, en Suède et dans d'autres compétences;**
- **fasse rapport sur les résultats de ces examens dans un délai d'un an;**
- **examine les modes de réglementation de la cyberpublicité destinée aux enfants;**
- **collabore au besoin avec l'industrie des médias, des organismes de défense des consommateurs, des universitaires et d'autres intervenants.**

J. Accroître la consommation d'aliments santé

Des témoins ont suggéré de subventionner la consommation d'aliments sains que nous désirons promouvoir, tels que les fruits et légumes frais, au lieu de tenter de freiner la consommation d'aliments indésirables par le truchement de mesures économiques (comme les taxes sur les aliments gras). Selon eux, tous les consommateurs pourraient en profiter, plus particulièrement les familles à faible revenu. Les travaux de recherche indiquent qu'une « subvention minceur », comme on l'appelle, peut favoriser une plus grande consommation d'aliments santé, ce qui en retour prévient l'incidence de maladies et réduit le fardeau lié à ces maladies. Même si elles entraîneraient des dépenses gouvernementales, de telles subventions sont susceptibles, au fil du temps, de réduire les dépenses publiques en soins de santé.

Le programme fédéral Aliments-poste, dans le cadre duquel le gouvernement fédéral prend à son compte une partie des coûts associés au transport d'aliments nutritifs périssables vers des collectivités isolées du Nord, est un bon exemple d'un programme de subvention d'aliments sains. Le Comité a été impressionné d'apprendre que la population achetait davantage d'aliments santé depuis qu'on avait augmenté la subvention fédérale au transport au titre du programme dans le cadre de projets pilotes auquel trois collectivités autochtones du Nord ont participé. À son avis, le programme devrait faire l'objet d'une évaluation compte tenu de la possibilité qu'il offre d'avoir accès à plus de choix en matière d'aliments. Il faudrait également évaluer l'efficacité d'autres mesures visant à promouvoir des choix éclairés en matière d'alimentation et un poids santé chez les enfants des Premières nations et des Inuits. Ces mesures comprennent des initiatives visant à renforcer la capacité locale de production, de récolte et de transformation des aliments, notamment des activités de jardinage dans le Nord, des activités de chasse, de pêche et de rassemblement de la collectivité et la conservation collective des aliments, de même

que des projets pour trouver des techniques novatrices de culture de fruits et de légumes en serre. Afin d'accroître la disponibilité d'aliments santé dans les régions isolées, éloignées et où vivent les Premières nations et les Inuits, le Comité recommande :

RECOMMANDATION 10

Que le gouvernement fédéral :

- **évalue, de concert avec les Premières nations et les Inuits, les mesures permettant aux collectivités éloignées de ces populations d'avoir accès à des aliments nutritifs à prix abordable, notamment le programme Aliments-poste, l'utilisation d'aliments traditionnels et diverses initiatives autonomes.**

K. Évaluer les conséquences des crédits d'impôt

Comme c'est le cas pour toute nouvelle mesure fiscale, l'efficacité du crédit d'impôt pour la condition physique des enfants fait actuellement l'objet d'un débat, et les témoins ont pu donner leur avis à cet égard. Certains avaient des réserves parce que certaines familles auraient du mal à acquitter les droits initiaux de 500 \$ par enfant qu'il faut déboursier pour obtenir le crédit d'impôt à la fin de l'année d'imposition, et que les familles à faible revenu ne paient pas d'impôt et n'auraient tout simplement pas droit au crédit d'impôt. Ainsi, ils ont soutenu que celui-ci pourrait en fait élargir l'écart qui sépare les familles à faible revenu des familles mieux nanties. D'autres ont proposé de transformer le crédit d'impôt en crédit d'impôt remboursable, comme le remboursement de TPS, afin qu'un plus grand nombre de familles puissent en profiter.

D'autres encore ont applaudi à la création du crédit d'impôt pour la condition physique des enfants, affirmant qu'il ne permettrait certainement pas de régler tous les tenants et aboutissants de la problématique complexe de l'obésité juvénile, mais qu'il n'en serait pas moins un puissant catalyseur capable d'aider les enfants à devenir plus actifs et à améliorer leur état de santé. Ils ont également recommandé que le crédit d'impôt aille de pair avec une évaluation de son efficacité quant à l'augmentation du nombre d'enfants et d'adolescents inscrits à des activités physiques et sportives.

Le Comité convient avec les témoins que le crédit d'impôt pour la condition physique des enfants constitue un excellent pas dans la promotion d'un poids sain chez les enfants. Il reconnaît aussi qu'il faudrait en faire une évaluation dès que nous disposerons d'assez de données fiscales pour en déterminer exactement l'incidence et l'efficacité. La recherche dans ce domaine est particulièrement insuffisante et un supplément d'information nous aiderait à savoir ce qui fonctionne et pour qui.

Dans le cadre de son évaluation continue de la politique fiscale, le Comité recommande :

RECOMMANDATION 11

Que le gouvernement fédéral :

- **recueille immédiatement des données fiables relatives au nombre d'enfants et d'adolescents qui s'inscrivent à des activités sportives et physiques;**
- **rende compte d'ici deux ans de la mise en œuvre du crédit d'impôt pour la condition physique des enfants;**
- **évalue l'efficacité du crédit d'impôt pour la condition physique des enfants et dépose un rapport à ce sujet dans cinq ans.**

L. Appuyer la consommation d'aliments sains et l'activité physique dans les écoles

Le Consortium conjoint pour les écoles en santé, récemment établi, se veut un outil pour renforcer la collaboration entre les ministères et organismes fédéraux, provinciaux et territoriaux et leurs partenaires. Ce mécanisme, avalisé par les ministres de l'Éducation et de la Santé, vise à faire des écoles un milieu sain au moyen d'une approche intersectorielle à l'égard des mesures sociales et de santé s'adressant aux enfants d'âge scolaire. Le concept de « l'école en santé » définit les écoles comme un élément clé de la promotion d'un mode de vie sain auprès des enfants et des adolescents canadiens. Des enfants en santé apprennent plus facilement, et les écoles peuvent avoir une influence directe sur la santé des enfants.

Un grand nombre de témoins préconisent l'instauration de politiques de saine alimentation et d'activité physique de qualité, obligatoire et quotidienne, dans les écoles. Ils souhaitent que des changements soient apportés au programme d'enseignement afin d'assurer la participation de tous les enfants à des cours qui favorisent l'acquisition de compétences en préparation des aliments et d'habiletés physiques, et encourage la pensée critique pour faire des choix éclairés en matière d'alimentation et d'activité physique. Ils reconnaissent que la responsabilité de l'éducation, sauf pour ce qui est des écoles des Premières nations, relève des provinces et des territoires. Toutefois, ils sont d'avis que le gouvernement fédéral pourrait, de concert avec ses partenaires, jouer un rôle dans le renforcement des capacités et la création de mécanismes efficaces pouvant donner lieu à de tels changements.

Les écoles des Premières nations sont du ressort du ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien. Des témoins ont toutefois souligné l'absence de gymnase et d'éducateurs physiques dans de nombreuses écoles. Ils ont également fait remarquer que les écoles qui se dotent d'une politique ou d'un programme favorisant une saine alimentation, doivent puiser dans des ressources déjà limitées. Les représentants des Premières nations ont également fait valoir qu'ils n'ont pas été des partenaires à part entière de l'initiative des écoles en santé et de la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sain.

Les témoins des Premières nations et des Inuits ont réclamé une amélioration des programmes d'alimentation et d'activités physiques ciblant les enfants d'âge scolaire ainsi qu'une augmentation des investissements pour les programmes d'alimentation de la petite enfance et des enfants d'âge préscolaire. Ils ont reconnu que les programmes sportifs et récréatifs, en tant que modèles, peuvent influencer sur l'activité physique et les habitudes alimentaires ainsi que sur l'ensemble des comportements sociaux.

Le Comité estime que le gouvernement fédéral devrait prendre l'initiative de mettre en place les ressources et les infrastructures nécessaires pour encourager les bonnes habitudes alimentaires et l'activité physique chez les enfants des Premières nations relevant de sa responsabilité. Le Comité reconnaît que le Consortium conjoint pour les écoles en santé peut renforcer la capacité des systèmes de santé, d'éducation et autres à travailler ensemble et recommande :

RECOMMANDATION 12

Que le gouvernement fédéral :

- **en collaboration avec le Consortium conjoint pour les écoles en santé, s'efforce de faciliter la mise en œuvre de programmes et de normes appropriés concernant l'activité physique et une saine alimentation dans les écoles;**
- **fournisse des programmes et des normes appropriés concernant l'activité physique et une saine alimentation dans les écoles des Premières nations relevant de sa compétence;**
- **collabore avec les partenaires provinciaux et territoriaux, les organisations nationales autochtones et d'autres intervenants au besoin.**

M. Amélioration des infrastructures locales

Des témoins ont demandé une amélioration des infrastructures locales qui favoriserait l'organisation de programmes d'activité physique et de loisirs pour les enfants de tous les âges, de tous les niveaux de capacité, de toutes les classes socio-économiques et de tous les groupes ethnoculturels. Ils ont fait remarquer que la grande majorité des infrastructures récréatives actuelles, notamment les centres communautaires, les piscines et les arénas, ont été construites entre les années 1950 et 1970. D'autres éléments du cadre bâti tels que les structures de jeux, les pistes cyclables et les sentiers pédestres ont été ajoutés plus récemment. De plus, au cours des années 1970 et 1980, la planification et les rénovations urbaines ont produit des centres urbains et des banlieues où les épiceries sont peu nombreuses ou éloignées, mais où les restaurants-minute abondent. Les gouvernements municipaux ont des capacités limitées de produire les revenus nécessaires pour corriger les lacunes des infrastructures.

Le gouvernement fédéral a élaboré, par l'entremise de ses ministères, organismes et sociétés d'État, des initiatives visant à appuyer les investissements dans les infrastructures municipales qui sont durables sur le plan environnemental, culturel, social et économique. Infrastructure Canada, Transports Canada et la Société immobilière du Canada font partie de ceux qui travaillent en partenariat avec les villes et les collectivités, tout en respectant les compétences provinciales et territoriales. Les ententes sur la taxe sur l'essence intervenues entre le gouvernement fédéral et les provinces et territoires comprennent comme signataires certaines municipalités ou associations municipales qui toucheront une partie des recettes provenant de la taxe fédérale d'accise sur l'essence afin que ces crédits puissent être investis dans l'infrastructure municipale. Ces accords prévoient que la municipalité élabore un plan intégré de viabilité communautaire pour le développement urbain et l'utilisation des sols se rattachant à la densification urbaine, aux transports, aux espaces verts et aux services communautaires. De plus, certaines infrastructures sportives et récréatives, et plus particulièrement les grandes installations où se déroulent les grandes manifestations du sport amateur et d'athlétisme, ont reçu une aide financière du Fonds canadien sur l'infrastructure stratégique et du Fonds sur l'infrastructure municipale rurale, qui vise surtout à répondre aux besoins des petites collectivités canadiennes.

Le Comité a appris que les programmes d'infrastructure relative aux activités communautaires et sportives figurent au bas de la liste des priorités des municipalités, par exemple sous la réparation des égouts et des ponts. Des témoins ont demandé que des ressources fédérales soient affectées aux municipalités pour des infrastructures qui accroîtraient l'activité physique, comme cela se fait aux États-Unis où le gouvernement qui y consacre 10 % de son financement des infrastructures. Ils ont engagé le gouvernement fédéral à élargir la définition d'infrastructure telle que précisée dans le transfert de la taxe sur l'essence de manière qu'elle englobe les infrastructures sociales comme les parcs et les centres récréatifs et communautaires. Ils ont également insisté sur la nécessité de mesures fédérales qui permettraient aux municipalités de régler les problèmes qui rattachent le cadre bâti avec une saine alimentation et l'activité physique. Ils ont demandé un appui pour la planification municipale qui assure un équilibre entre des entreprises d'alimentation offrant de la nourriture variée et abordable et des entreprises de restauration rapide.

Le Comité convient que les infrastructures communautaires et le cadre bâti jouent un rôle important pour ce qui est d'encourager les enfants à participer à des activités physiques et d'aider les parents et les enfants à se procurer des aliments sains. Il a appris que la facilité d'accès est essentielle; il doit être aisé de donner suite aux décisions et aux choix en matière d'alimentation et d'activité physique. Il prévoit de multiples possibilités d'activité physique comportant les infrastructures pour des sentiers pédestres, des pistes cyclables et des espaces verts à proximité des résidences. Il envisage également des possibilités de mettre en place une infrastructure communautaire favorisant les magasins d'alimentation qui offrent de nombreux aliments sains, de même que les jardins et les cuisines communautaires. Il veut donner aux collectivités les moyens d'autoriser et d'approuver certaines stratégies de planification et il envisage un partage des rôles entre les gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux et municipaux et les organisations non gouvernementales. Par conséquent, le Comité recommande :

RECOMMANDATION 13

Que le gouvernement fédéral :

- **affecte de nouveaux fonds d'infrastructure spécifiquement pour faciliter l'accès des enfants à un éventail de choix relatifs à de l'activité physique de qualité et à des aliments sains;**
- **collabore avec les partenaires provinciaux et territoriaux, les organisations nationales autochtones et d'autres intervenants au besoin.**

LISTE DES RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATION 1

Que le gouvernement fédéral :

- **fixe les objectifs suivants qui favoriseront un poids santé chez les enfants grâce à l'activité physique et à une saine alimentation :**
 - **arrêt de la progression de l'obésité chez les enfants d'ici 2010,**
 - **réduction du taux d'obésité chez les enfants, le portant de 8 à au moins 6 p. 100 d'ici 2020;**
- **mette en œuvre, en collaboration avec les Premières nations et les Inuits, des mesures immédiates visant à mettre un frein à l'obésité chez les enfants des Premières nations et des Inuits;**
- **présente au Parlement un rapport annuel sur l'ensemble des efforts déployés pour favoriser un poids santé chez les enfants et sur les résultats obtenus.**

RECOMMANDATION 2

Que le gouvernement fédéral :

- **entreprene une vaste campagne de sensibilisation à un poids santé chez les enfants;**
- **présente l'activité physique de qualité et des choix éclairés en matière d'alimentation comme des éléments clés de la campagne;**
- **tire parti de tous les médias disponibles dans toutes les régions du pays;**

- **élabore et diffuse des outils éducatifs simples, conviviaux, multilingues, adaptés aux différentes cultures et destinés, entre autres, aux parents, aux enfants, aux enseignants, aux professionnels de la santé et aux planificateurs communautaires, etc.;**
- **collabore avec les partenaires provinciaux et territoriaux, les organisations nationales autochtones et d'autres intervenants au besoin.**

RECOMMANDATION 3

Que le gouvernement fédéral :

- **mette en œuvre un système simple, normalisé et obligatoire d'étiquetage sur le devant des emballages des produits alimentaires préemballés qui permettrait de prendre facilement connaissance de la valeur nutritive d'un produit;**
- **instaure ce système progressivement en commençant par les aliments dont la publicité vise principalement les enfants;**
- **fasse connaître le nouveau système d'étiquetage aux parents au moyen d'une campagne publicitaire dynamique.**

RECOMMANDATION 4

Que le gouvernement fédéral :

- **adopte d'ici 2008 un règlement qui limite la teneur en gras trans des aliments, comme le recommande le Groupe de travail sur les gras trans, sans toutefois que n'augmente celle en gras saturés.**

RECOMMANDATION 5

Que le gouvernement fédéral :

- **recueille à titre régulier et continu des données sur un poids santé chez les enfants;**

- **donne accès aux données sur les niveaux d'activité physique et sur les choix en matière d'alimentation;**
- **fournisse des données provenant de diverses mesures biométriques, notamment l'indice de masse corporelle, le rapport taille-hanches et la circonférence abdominale;**
- **recueille également des données sur divers groupes ethnoculturels et socioéconomiques, et plus particulièrement les Inuits;**
- **collabore avec les partenaires provinciaux et territoriaux, les organisations nationales autochtones et d'autres intervenants au besoin.**

RECOMMANDATION 6

Que le gouvernement fédéral :

- **Crée un mécanisme d'échange du savoir relatif au poids santé des enfants :**
 - **qui met l'accent tant sur l'activité physique que sur des choix éclairés en matière d'alimentation,**
 - **qui diffuse les recherches en cours et publiées, les résultats des évaluations, les pratiques exemplaires, prometteuses et stériles, etc.,**
 - **qui réunit et rend accessible de l'information en diverses langues en fonction des groupes ethnoculturels du pays, notamment les Premières nations, les Inuits et les Métis;**
- **collabore avec les partenaires provinciaux et territoriaux, les organisations nationales autochtones et d'autres intervenants au besoin.**

RECOMMANDATION 7

Que le gouvernement fédéral :

- **renforce la capacité de recherche pour l'ensemble des déterminants de la santé influant sur le poids santé des enfants;**
- **veille à ce que la recherche soit axée à la fois sur une activité physique de qualité et sur des choix éclairés en matière d'alimentation;**
- **confie les travaux de recherche à divers ministères et organismes, notamment les Instituts de recherche en santé du Canada, le Conseil de recherches en sciences humaines, Statistique Canada, Santé Canada, l'Agence de santé publique du Canada et Affaires indiennes et du Nord Canada;**
- **établit des éléments de recherche distincts pour les déterminants de la santé des enfants des Premières nations, des Inuits et des Métis.**

RECOMMANDATION 8

Que le gouvernement fédéral :

- **nomme immédiatement un ministère ou un organisme responsable des mesures interministérielles fédérales visant un poids santé chez les enfants;**
- **confie la mise en œuvre des mesures à divers ministères, notamment Santé Canada, l'Agence de santé publique du Canada, les Instituts de recherche en santé du Canada, le ministère des Finances, Affaires indiennes et du Nord Canada, Sport Canada, Patrimoine canadien, Infrastructure Canada, Ressources humaines et Développement social Canada, l'Agence canadienne d'inspection des aliments, le Conseil de la radiodiffusion et des télécommunications canadiennes et Statistique Canada;**

- veille à ce que les mesures soient axées à la fois sur une saine alimentation et sur l'activité physique;
- instaure un mécanisme permanent de consultation des organisations des Premières nations et des Inuits ainsi que d'autres organisations autochtones nationales.

RECOMMANDATION 9

Que le gouvernement fédéral :

- Évalue l'efficacité de l'autoréglementation ainsi que celle de l'interdiction relative à la publicité au Québec, en Suède et dans d'autres compétences;
- fasse rapport sur les résultats de ces examens dans un délai d'un an;
- examine les modes de réglementation de la cyberpublicité destinée aux enfants;
- collabore au besoin avec l'industrie des médias, des organismes de défense des consommateurs, des universitaires et d'autres intervenants.

RECOMMANDATION 10

Que le gouvernement fédéral :

- évalue, de concert avec les Premières nations et les Inuits, les mesures permettant aux collectivités éloignées de ces populations d'avoir accès à des aliments nutritifs à prix abordable, notamment le programme Aliments-poste, l'utilisation d'aliments traditionnels et diverses initiatives autonomes.

RECOMMANDATION 11

Que le gouvernement fédéral :

- recueille immédiatement des données fiables relatives au nombre d'enfants et d'adolescents qui s'inscrivent à des activités sportives et physiques;

- **rende compte d'ici deux ans de la mise en œuvre du crédit d'impôt pour la condition physique des enfants;**
- **évalue l'efficacité du crédit d'impôt pour la condition physique des enfants et dépose un rapport à ce sujet dans cinq ans.**

RECOMMANDATION 12

Que le gouvernement fédéral :

- **en collaboration avec le Consortium conjoint pour les écoles en santé, s'efforce de faciliter la mise en œuvre de programmes et de normes appropriés concernant l'activité physique et une saine alimentation dans les écoles;**
- **fournisse des programmes et des normes appropriés concernant l'activité physique et une saine alimentation dans les écoles des Premières nations relevant de sa compétence;**
- **collabore avec les partenaires provinciaux et territoriaux, les organisations nationales autochtones et d'autres intervenants au besoin.**

RECOMMANDATION 13

Que le gouvernement fédéral :

- **affecte de nouveaux fonds d'infrastructure spécifiquement faciliter l'accès des enfants à un éventail de choix relatifs à de l'activité physique de qualité et à des aliments sains;**
- **collabore avec les partenaires provinciaux et territoriaux, les organisations nationales autochtones et d'autres intervenants au besoin.**

ANNEXE A

LISTE DES TÉMOINS

Organisations et individus	Date	Réunion
<p>Conseil canadien des aliments et de la nutrition Francy Pillo-Blocka, présidente-directrice générale</p> <p>Fondation des maladies du coeur du Canada Sally Brown, directrice générale</p> <p>Stephen Samis, directeur, Politique de la santé</p> <p>Instituts de recherche en santé du Canada Diane T. Finegood, directrice scientifique, L'Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète</p> <p>Statistique Canada Margot Shields, analyste principale, Division de la statistique de la santé</p> <p>Université Queen's Peter Katzmarzyk, professeur agrégé, École d'éducation physique et des sciences de la santé et département de santé communautaire et d'épidémiologie</p>	2006/06/15	10
<p>Agence canadienne d'inspection des aliments Debra Bryanton, directrice exécutive, Salubrité des aliments</p> <p>Agence de la santé publique du Canada Gregory Taylor, directeur général par intérim, Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques</p> <p>Instituts de recherche en santé du Canada Diane T. Finegood, directrice scientifique, L'Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète</p> <p>Ministère de la Santé Janet Beauvais, directrice générale, Direction générale des produits de santé et des aliments, Direction des aliments</p> <p>Mary Bush, directrice générale, Bureau de politique et de la promotion de la nutrition, Direction générale des produits de santé et des aliments</p> <p>Kathy Langlois, directrice générale, Direction des programmes communautaires, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits</p>	2006/09/21	14

Organisations et individus	Date	Réunion
<p>Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie</p> <p>Cora Craig, présidente et directrice générale</p> <p>Jeunes en forme Canada</p> <p>Mark Tremblay, président du conseil d'administration</p> <p>Université Queen's</p> <p>Ian Janssen, professeur adjoint, École de kinésiologie et d'études sur la santé, et département de santé communautaire et d'épidémiologie</p>	2006/09/26	16
<p>Association canadienne des restaurateurs et des services alimentaires</p> <p>Jill Holroyd, vice-présidente, Recherche et communications</p> <p>Joyce Reynolds, première vice-présidente, Affaires gouvernementales</p> <p>Bariatric Medical Institute</p> <p>Yoni Freedhoff, directeur médical</p> <p>Boissons rafraîchissantes</p> <p>Calla Farn, directrice des affaires publiques</p> <p>Centre for Indigenous Peoples' Nutrition and Environment</p> <p>Harriet Kuhnlein, directrice fondatrice</p> <p>McMaster Children's Hospital</p> <p>Linda Gillis, diététiste, Children's Exercise and Nutrition Centre Hamilton Health Sciences</p> <p>Produits alimentaires et de consommation du Canada</p> <p>Phyllis Tanaka, directrice, Politique concernant l'alimentation et la nutrition</p>	2006/09/28	17
<p>Affaires indiennes et du Nord Canada</p> <p>Robert Eyahpaise, directeur, direction des services sociaux et de la justice, Direction générale de la politique sociale et des programmes</p> <p>Fred Hill, gestionnaire, Sécurité alimentaire dans le Nord, Programme des affaires du Nord</p>	2006/10/03	18

Organisations et individus	Date	Réunion
<p>Assemblée des Premières Nations</p> <p>Valerie Gideon, directrice principale, Secrétariat à la santé et au développement social</p> <p>Katherine Whitecloud, chef régional</p>	2006/10/03	18
<p>Inuit Tapiriit Kanatami</p> <p>Kristy Sheppard, représentante du national inuit committee on health</p>		
<p>Kahnawake Schools Diabetes Prevention Project</p> <p>Margaret Cargo, chercheuse, Division de recherche psychosociale, Centre de recherche de l'Hôpital Douglas</p> <p>Treena Delormier, membre, Conseil consultatif communautaire</p> <p>Sheila Wari Whitebean, gestionnaire et coordonnatrice des interventions</p>		
<p>Ministère de la Santé</p> <p>Kathy Langlois, directrice générale, Direction des programmes communautaires, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits</p>		
<p>Organisation nationale de la santé autochtone</p> <p>Mark Buell, gestionnaire, Politiques et communications</p> <p>Carole Lafontaine, directrice générale par intérim</p>		
<p>Université de l'Alberta</p> <p>Noreen Willows, professeure adjointe, Département de l'agriculture, de l'alimentation et de la nutrition</p>		
<p>Centre pour la science dans l'intérêt public</p> <p>Bill Jeffery, coordonnateur national</p>	2006/10/05	19
<p>Collège d'agriculture de la Nouvelle-Écosse</p> <p>J. Stephen Clark, professeur agrégé d'économie, Département des affaires et des sciences sociales</p>		
<p>Ministère des Finances</p> <p>Alex Lessard, agent, politique de l'impôt, Division de la taxe de vente, Direction de la politique de l'impôt</p> <p>Katherine Rechico, conseillère spéciale, Direction de la politique de l'impôt, Division de l'impôt des particuliers</p>		

Organisations et individus	Date	Réunion
<p>Ministère des Finances</p> <p>Geoff Trueman, chef, Division de la taxe de vente, Droit pour la sécurité des passagers du transport aérien, Direction de la politique de l'impôt</p>	2006/10/05	19
<p>Université de l'Alberta</p> <p>Sean B. Cash, professeur adjoint, Département de l'économie rurale</p>		
<p>Cercle sportif autochtone</p> <p>Rod Jacobs, gérant, Aboriginal Sport Development</p> <p>Stephanie Smith, directrice exécutive par intérim</p>	2006/10/17	20
<p>Ministère du Patrimoine canadien</p> <p>Michael Chong, ministre des sports</p> <p>Jacques Paquette, sous-ministre adjoint, Affaires internationales et intergouvernementales et sport</p> <p>Tom Scrimger, directeur général, Sport Canada</p>		
<p>The Silken Laumann Active Kids Movement</p> <p>Sandra Hamilton, directrice du marketing et des relations corporatives</p> <p>Silken Laumann, présidente</p>		
<p>Association canadienne des annonceurs</p> <p>Robert Reaume, vice-président, Politiques et recherches</p>	2006/10/19	21
<p>Association médicale canadienne</p> <p>Colin McMillan, président</p> <p>William Tholl, secrétaire général et chef de la direction</p>		
<p>Concerned Children's Advertisers</p> <p>Cathy Loblaw, présidente</p>		
<p>Conseil de la radiodiffusion et des télécommunications canadiennes</p> <p>Denis Carmel, directeur, Affaires publiques</p> <p>Martine Vallee, directrice, Télévision payante et spécialisée de langue anglaise et politique sociale</p>		

Organisations et individus	Date	Réunion
<p>Les normes canadiennes de la publicité</p> <p>Linda Nagel, présidente et directrice générale</p> <p>Réseau Éducation-Médias</p> <p>Catherine Thurm, chef de projet, Éducation</p> <p>Société canadienne de pédiatrie</p> <p>Marie Adèle Davis, directrice générale</p> <p>Claire LeBlanc, présidente de comité, Comité de vie active saine</p>	2006/10/19	21
<p>Ministère de la Santé</p> <p>Danielle Brulé, directrice, Recherche, surveillance et évaluation, Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition</p> <p>Mary Bush, directrice générale, Bureau de politique et de la promotion de la nutrition, Direction générale des produits de santé et des aliments</p> <p>Élaine De Grandpré, agente de nutrition, Planification, diffusion et promotion, Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition</p> <p>Lori Doran, directrice intérimaire, Prévention des maladies chroniques, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits</p> <p>Janet Pronk, directrice intérimaire, Établissement des politiques et des normes, Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition</p>	2006/10/24	22
<p>KMH Cardiology and Diagnostic Centres</p> <p>Arvi Grover, cardiologue et directeur, Institut international du coeur</p> <p>Université de Toronto</p> <p>Valerie Tarasuk, professeure, Département des sciences de la nutrition, Faculté de médecine</p> <p>Université Simon Fraser</p> <p>Lisa Oliver, candidate au doctorat, Département de géographie</p>	2006/10/26	23
<p>Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada</p> <p>Jean Harvey, directrice générale par intérim</p> <p>Stephen Samis, président</p>	2006/11/02	25

Organisations et individus	Date	Réunion
<p>Canola Council of Canada</p> <p>Barbara Isman, présidente</p> <p>Fédération canadienne des municipalités</p> <p>John Burrett, gestionnaire principal de politiques sociales, Services des politiques, promotion des intérêts et communications</p> <p>Gord Steeves, premier vice-président</p> <p>Université de la Colombie-Britannique</p> <p>Lawrence Frank, chaire bombardier en transport durable, École de planification communautaire et régionale</p> <p>Université de l'Alberta</p> <p>Paul Veugelers, professeur agrégé, École de santé publique</p>	2006/11/02	25
<p>Aboriginal Nutrition Network</p> <p>Bernadette deGonzague, diététiste</p> <p>Affordable Food Alliance</p> <p>Helen Barry, conseillère en magasin de détail, Services de développement de magasin</p> <p>Jim Deyell, directeur des affaires publiques, Northern Canada</p> <p>Alasdair MacGregor, conseiller en magasin de détail, Services de développement de magasin</p> <p>Association nationale des centres d'amitié</p> <p>Peter Dinsdale, directeur exécutif</p> <p>Manitoba First Nations Education Resource Centre</p> <p>Lorne Keeper, directeur exécutif</p> <p>Manitoba Keewatinowi Okimakanak</p> <p>George Neepin, chef</p> <p>Tungasuvvingat Inuit</p> <p>Ernie Kadloo, animateur de programmes pour enfants et familles</p> <p>Christine Lund, coordonnatrice, sensibilisation et prévention du diabète</p> <p>Connie Seidule, coordonnatrice des programmes, Centre des ressources familiales inuites</p>	2006/11/07	26
<p>Childhood Obesity Foundation of British Columbia</p> <p>Christina Panagiotopoulos, directrice générale</p>	2006/11/09	27

Organisations et individus	Date	Réunion
<p>Gouvernement de l'Ontario</p> <p>Colleen Kiel, conseillère supérieure, Ministère de la Promotion de la santé</p> <p>Jeffery Pearce, adjoint spécial, Bureau du ministre</p> <p>Jim Watson, ministre de la promotion de la santé</p>	2006/11/09	27
<p>Infrastructure Canada</p> <p>Adam Ostry, directeur général, Direction des politiques, Direction générale des villes et des collectivités</p>		
<p>Institut national de santé publique du Québec</p> <p>Lyne Mongeau, coordonnatrice professionnelle</p>		
<p>Northern Health</p> <p>Joanne Bays, gestionnaire régional</p>		
<p>Groupe d'étude sur les graisses trans</p> <p>Sally Brown, première dirigeante, Fondation des maladies du coeur du Canada et coprésidente du groupe d'étude</p> <p>Paul Hetherington, président-directeur général, Association canadienne de la boulangerie et membre du groupe d'étude</p> <p>Joyce Reynolds, première vice-présidente, affaires gouvernementales, Association canadienne des restaurateurs et des services alimentaires et membre du groupe d'étude</p>	2007/02/12	38
<p>Société canadienne de cardiologie</p> <p>Anne Ferguson, première dirigeante</p>		
<p>Université de Guelph</p> <p>Alejandro Marangoni, professeur, Département des sciences alimentaires</p>		
<p>Action Schools! BC</p> <p>Heather McKay, enquêtrice principale, Professeure, Université de la Colombie-Britannique et Vancouver Coastal Health Research Institute</p>	2007/02/14	39
<p>Agence de la santé publique du Canada</p> <p>Kelly Stone, directrice, Enfance et adolescence, Centre pour la promotion de la santé</p>		

Organisations et individus	Date	Réunion
Association canadienne pour la santé, l'éducation physique, le loisir et la danse	2007/02/14	39
Andrea Grantham, directrice générale		
Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse		
Farida Gabbani, directrice principale, Bureau de la promotion de la santé, Division des sports et des loisirs		
Ministère de la Santé		
Ann Ellis, conseillère en nutrition, Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition, Direction générale des produits de santé et des aliments		
Marie-France Lamarche, directrice, Prévention des maladies chroniques, Direction des programmes communautaires, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits		
Ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien		
Joan Katz, directrice, Planification et politique d'éducation, Direction générale de l'éducation		
Chambre des communes du Royaume-Uni	2007/02/19	40
Richard Caborn, ministre d'état (sports), Ministère de la culture, des médias et des sports		
Food Standards Agency UK		
Gill Fine, directrice, Décisions de consommation et santé alimentaire		
Rosemary Hignett, chef, Division de la nutrition		
Deirdre Hutton, présidente, Bureau national du Royaume-Uni		
Agence canadienne d'inspection des aliments	2007/02/21	41
Debra Bryanton, directrice exécutive, Salubrité des aliments		
Centre pour la science dans l'intérêt public		
Bill Jeffery, coordonnateur national		
Fondation des maladies du coeur du Canada		
Sally Brown, directrice générale		
Carol Dombrow, consultante en nutrition		
McCain Foods Canada		
Fred Schaeffer, président-directeur général		

Organisations et individus	Date	Réunion
<p>Ministère de la Santé Janet Beauvais, directrice générale, Direction générale des produits de santé et des aliments, Direction des aliments</p>	2007/02/21	41
<p>Health Education Trust Joe Harvey, directeur</p>	2007/02/26	42
<p>King's College London Tom Sanders, chef, Division de la recherche sur les sciences de la nutrition</p>		
<p>Tesco PLC Karen Tonks, nutritionniste en chef</p>		
<p>UK Food and Drink Federation Jane Holdsworth, consultante pour l'industrie alimentaire</p>		
<p>University College London Roger Mackett, professeur, Centre d'études sur les transports</p>		
<p>University of London Sandy Oliver, maître de conférences en politique publique, Service de recherches en sciences sociales, Institut en éducation</p>		

ANNEXE B

LISTE DES MÉMOIRES

Organisations et individus

Aboriginal Nutrition Network

Action Schools! BC

Affordable Food Alliance

Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada

Assemblée des Premières Nations

Association canadienne de la boulangerie

Association canadienne de santé publique

Association canadienne des annonceurs

Association canadienne des restaurateurs et des services alimentaires

Association canadienne pour la santé, l'éducation physique, le loisir et la danse

Association médicale canadienne

Association nationale des centres d'amitié

Bariatric Medical Institute

Boissons rafraîchissantes

Canola Council of Canada

Centre for Indigenous Peoples' Nutrition and Environment

Centre pour la science dans l'intérêt public

Cercle sportif autochtone

Chambre des communes du Royaume-Uni

Childhood Obesity Foundation of British Columbia

Collège d'agriculture de la Nouvelle-Écosse

Concerned Children's Advertisers

Organisations et individus

Congrès des peuples autochtones

Conseil canadien des aliments et de la nutrition

Conseil canadien des distributeurs en alimentation

Conseil de la radiodiffusion et des télécommunications canadiennes

Dow AgroSciences Canada Inc.

Entertainment Software Association of Canada

Fédération canadienne des municipalités

Fitness Industry Council of Canada

Fondation canadienne MedicAlert

Fondation des maladies du coeur du Canada

Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie

Instituts de recherche en santé du Canada

Inuit Tapiriit Kanatami

Jeunes en forme Canada

Joint Consortium for School Health

KMH Cardiology and Diagnostic Centres

Les Compagnies Loblaw limitée

Les diététistes du Canada

Les normes canadiennes de la publicité

Manitoba First Nations Education Resource Centre

McCain Foods Canada

McMaster Children's Hospital

Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique

Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse

Organisations et individus

Ministère de la Santé

Organisation nationale de la santé autochtone

Pour apprendre sans faim

Produits alimentaires et de consommation du Canada

Réseau canadien en obésité

Statistique Canada

The Silken Laumann Active Kids Movement

Tungasuvvingat Inuit

UK Food and Drink Federation

UK Office of Communication

Université de Guelph

Université de l'Alberta

Université de Toronto

Université Laval

Université Queen's

Université Simon Fraser

University College London

University of London

DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT

Conformément à l'article 109 du *Règlement*, le Comité demande au gouvernement de déposer une réponse globale au présent rapport.

Un exemplaire des *procès-verbaux* pertinents ([séances n^{os} 10, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 31, 33, 34, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44 et 45](#)) est déposé.

Respectueusement soumis,

Le président

Rob Merrifield, député

OPINION DISSIDENTE

Présentée par les députés du Bloc Québécois

Christiane Gagnon (Québec) et Luc Malo (Verchères – Les Patriotes)

A. IMPLIQUER LES BONS ACTEURS

1. L'obésité juvénile : un enjeu important

Les membres du Bloc Québécois reconnaissent la gravité de l'épidémie d'obésité juvénile qui fait rage au Québec et au Canada. Cette situation n'est d'ailleurs pas limitée au Québec et au Canada, plusieurs pays occidentaux étant également aux prises avec une telle problématique.

Un consensus règne sur les constats observés par le Comité issus des témoignages entendus lors de l'étude. Les membres du Bloc Québécois sont en accord avec les observations du Comité telles que décrites aux chapitres 1 à 5 du rapport. Le Bloc Québécois considère que la situation est très grave et porte une attention particulière aux enjeux soulevés par le comité. L'obésité juvénile constitue un enjeu important qui requiert une action rapide et adéquate. Le Québec a d'ailleurs agi en annonçant un plan d'action visant à contrer cette épidémie à l'automne 2006.

2. Une question de compétences

Le Comité permanent de la santé a convenu en juin 2006 d'amorcer une étude sur l'obésité juvénile au Canada, et « plus particulièrement sur la responsabilité du gouvernement fédéral envers les enfants des Premières nations et des Inuit ». Le Bloc Québécois déplore que le Comité ait dévié de son mandat original en faisant porter l'étude sur plusieurs champs de compétence qui ne sont pas la responsabilité du gouvernement fédéral.

Les audiences du Comité ont permis de démontrer hors de tout doute que les membres des Premières Nations et les Inuit souffrent d'un état de santé global beaucoup moins bon que celui du reste de la population canadienne. Dès lors, les défis sont grands pour le gouvernement fédéral, constitutionnellement responsable d'assurer les soins de santé de ces populations. Au lieu de chercher à étendre son champ d'action alors qu'il n'en a pas l'expertise, le gouvernement fédéral devrait plutôt chercher à se démarquer dans son approche auprès de ses propres clientèles.

B. Une démarche déjà bien entamée au Québec

Le Bloc Québécois est d'avis que le rapport du Comité permanent de la santé contient des recommandations qui, si elles étaient mises en application par le gouvernement fédéral, constitueraient des dédoublements inutiles d'initiatives déjà en marche au Québec.

1. Agir à l'intérieur de ses compétences

Le *Plan décennal pour consolider les soins de santé* adopté par les premiers ministres fédéral, provinciaux et territoriaux en septembre 2004 reconnaît la compétence du gouvernement du Québec d'exercer lui-même ses responsabilités à l'égard de la planification, de l'organisation et de la gestion des services de santé sur son territoire. L'entente prévoit que le Québec applique ses propres stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies chroniques, ce qui inclut *de facto* toute la question de l'obésité.

Le gouvernement du Québec fait rapport à sa population sur l'usage de l'ensemble des fonds destinés à la santé.

2. Une stratégie bien définie

C'est dans le cadre de l'entente de 2004 que le gouvernement du Québec a porté une réflexion sur l'obésité juvénile qui a résulté en l'élaboration du *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012; Investir pour l'avenir*. Cette démarche constitue une étape importante dans la prévention de l'obésité juvénile au Québec.

Le plan québécois *Investir pour l'avenir* couvre l'ensemble des secteurs d'activités cernés par le rapport du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes. L'alimentation, l'activité physique, la publicité, la recherche, la santé, l'éducation et les infrastructures sont tous des sujets ayant fait l'objet d'une réflexion au Québec. Cette démarche a impliqué sept ministères et trois organismes gouvernementaux en plus de partenaires du secteur privé et communautaire.

Les résultats de cet exercice ont donné lieu à des objectifs ciblés autour d'axes d'intervention prioritaires et chiffrés. Des investissements de 400 M\$ sur 10 ans sont prévus, dont 20 M\$ par année seront versés par le gouvernement du Québec.

Malgré le fédéralisme d'ouverture, les membres du Bloc Québécois ne sont pas étonnés de constater que le Comité permanent de la santé, malgré le changement de gouvernement, continue à s'ingérer dans les champs de compétences du Québec et des provinces, au lieu de se concentrer sur ses champs de compétences, comme dans ce cas-ci, à la responsabilité du gouvernement envers les enfants des Premières Nations et Inuit.

Par ailleurs, le Bloc Québécois trouve regrettable que le Comité permanent de la santé n'ait pas accepté de reconnaître dans ce rapport que le Québec puisse mener ses propres initiatives et obtenir sa juste part du financement destiné aux initiatives fédérales en matière d'obésité juvénile, en toute conformité avec ses compétences constitutionnelles et le plan décennal de 2004.

C'est pourquoi le Bloc Québécois recommande :

- ❖ **Que si le gouvernement fédéral entreprend des actions pour contrer l'obésité juvénile, ces actions ne soient pas contraignantes pour le Québec;**
- ❖ **Que les initiatives du gouvernement fédéral sur l'obésité juvénile dans les domaines de responsabilité provinciale doivent être assorties d'un droit de retrait avec pleine compensation et ce, sans conditions pour le Québec.**

C. CIBLER L'INTERVENTION DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL

1. Agir dès maintenant pour les communautés des Premières Nations et les Inuit

Malgré qu'il ait débordé des champs de compétence du gouvernement fédéral, le Comité permanent de la santé s'est attardé à la situation vécue par les Premières Nations et les Inuit. Les membres du Bloc Québécois sont favorables aux recommandations qui interpellent ces communautés¹, à condition que celles-ci soient mises à contribution dans l'élaboration et l'évaluation des initiatives destinées à contrer l'obésité juvénile.

Le Bloc Québécois invite le gouvernement fédéral à prioriser ces recommandations et à mettre rapidement en place des mesures qui lui permettront de s'attaquer de façon efficace aux problèmes vécus par ces communautés.

2. Respecter les champs de compétence du Québec et des provinces

Le *Plan décennal de 2004* prévoit que le gouvernement du Québec partage l'information et les meilleures pratiques avec les gouvernements des autres provinces et territoires. Le Québec remplit ses obligations puisque plusieurs mécanismes de coopération sont en place, notamment par le biais de tables de concertation FPT², d'ententes formelles et spécifiques et par l'entretien de contacts

¹ Les recommandations 1, 2, 5, 6, 8, 10 et 12 contiennent des sections sur les Premières Nations et les Inuit.

² FPT : fédérales-provinciales-territoriales.

réguliers et constants avec les administrations des autres provinces et du gouvernement fédéral.

En vertu du fait qu'il respecte ses engagements, le Québec ne devrait pas être tenu de se plier à des initiatives fédérales touchant ses champs de compétences, comme la recherche, l'éducation, la publicité, *etc.* Les recommandations 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12 et 13 contenues dans le rapport du Comité permanent de la santé ne peuvent donc être acceptées par le Bloc Québécois. Si les autres provinces canadiennes s'entendent pour donner des responsabilités au gouvernement fédéral dans la lutte à l'obésité juvénile, le Québec devrait, à tout le moins, pouvoir bénéficier d'un droit de retrait avec pleine compensation et ce, sans conditions.

À titre d'exemple, quelle serait l'utilité de créer une nouvelle structure en mettant sur pied un centre d'échange du savoir (recommandation 6) alors que de tels échanges ont déjà cours entre le Québec, le gouvernement fédéral et les provinces? On peut également se questionner sur la pertinence d'une évaluation des lois québécoises sur la publicité destinée aux enfants par le gouvernement fédéral (recommandation 9) et sur les mesures destinées aux écoles (recommandation 11) alors qu'il s'agit clairement d'une compétence provinciale. Enfin, comment justifier que le gouvernement fédéral impose des conditions aux provinces dans la maîtrise d'œuvre des programmes d'infrastructures (recommandation 13)?

3. Une action fédérale mieux cernée

Les membres du Bloc Québécois sont conscients que le gouvernement fédéral peut agir à l'intérieur de ses compétences dans la lutte à l'obésité juvénile. C'est pourquoi ils appuient la recommandation 11 portant sur l'évaluation du crédit d'impôt sur l'activité physique. La recommandation 4, visant à limiter le contenu en gras trans, est également appuyée, en soutien au rapport du Groupe d'experts ayant étudié la question en 2006.