



Chambre des communes
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA • NUMÉRO 018 • 1^{re} SESSION • 39^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mardi 3 octobre 2006

Président

M. Rob Merrifield

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

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

Comité permanent de la santé

Le mardi 3 octobre 2006

• (1530)

[Traduction]

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

Nous avons beaucoup de témoins aujourd'hui. Nous tenons à remercier tous et chacun de vous d'être venus nous rencontrer pour nous présenter un exposé au cours de cette très importante séance sur l'obésité chez les enfants, laquelle peut entraîner le diabète infantile, entre autres choses. Notre étude a été des plus intéressantes jusqu'à maintenant, et nous vous remercions d'être là pour y contribuer.

Nous allons d'abord entendre les témoins d'Affaires indiennes et du Nord Canada, MM. Robert Eyahpaïse et Fred Hill.

Je vous cède la parole.

M. Robert Eyahpaïse (directeur, Direction des services sociaux et de la justice, Direction générale de la politique sociale et des programmes, Affaires indiennes et du Nord Canada): Merci, monsieur le président.

Notre ministère est, à l'aide de divers programmes, responsable du financement et de l'administration des programmes et des services des collectivités des premières nations et de leurs membres. Dans le cadre de cette responsabilité, nous avons pour but de veiller à ce que soit prise en charge la question du bien-être des femmes, des enfants et des familles. À cet égard, AINC s'est engagé à prendre des mesures concrètes pour mieux défendre les intérêts des enfants et des familles autochtones et améliorer leur bien-être en leur procurant l'aide nécessaire pour obtenir des résultats positifs.

Les politiques sociales établies par AINC sont fondées sur les principes de la comparabilité raisonnable et sur la prestation de services axés sur la résidence, avec comme exigence de respecter les taux et les normes des provinces et des territoires. AINC accorde actuellement des fonds pour la prestation de cinq programmes, parmi lesquels : les Services à l'enfance et à la famille, l'Aide au revenu, l'Aide à la vie autonome, le Programme de prévention de la violence familiale et le Réinvestissement de la Prestation nationale pour enfants.

En ce qui a trait à la santé des enfants des premières nations et des Inuits, c'est la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada qui en est responsable. Cependant, Affaires indiennes et du Nord Canada joue, de son côté, un rôle de soutien grâce au financement des programmes ayant un impact sur les facteurs sociaux déterminants de la santé.

Les critères et les lignes directrices d'un grand nombre de nos programmes sont établis en fonction des lignes directrices pertinentes des provinces et des territoires. Là où ces lignes directrices le permettent, le Programme d'aide au revenu d'AINC procure un soutien financier au montant prévu pour les personnes ayant besoin d'un programme spécial, c'est-à-dire celles souffrant, par exemple, de diabète ou de la maladie coeliaque.

Nous tentons de veiller à ce que l'on se penche sur la question de la santé des enfants des premières nations et des Inuits grâce à la prestation du programme Aliments-poste, connu également sous le nom de Service aérien omnibus du Nord, qui subventionne une partie des frais d'expédition par avion d'aliments nutritifs et périssables vers les collectivités éloignées. Toute personne, notamment les détaillants et les résidents des collectivités, peut recevoir des produits dans le cadre du programme Aliments-poste pourvu que les fournisseurs du Sud aient un compte avec Postes Canada. Les fonds versés par AINC à Postes Canada aident à maintenir les coûts d'expédition à un niveau abordable. Les aliments ayant une faible valeur nutritionnelle, comme les boissons gazeuses et les croustilles, ne sont pas subventionnés.

Environ 140 collectivités — en gros 90 000 personnes — ont droit à ce programme. La plupart sont des collectivités autochtones situées dans les trois territoires, au Labrador, au Québec, en Ontario, au Manitoba, en Saskatchewan et en Alberta.

Les exemples cités jusqu'ici portent sur une saine alimentation. Le Programme de lutte contre les contaminants dans le Nord d'AINC est un exemple de programme de première importance conçu pour améliorer la qualité de l'alimentation. Ce programme a été créé en 1991 en réponse aux préoccupations concernant l'exposition des humains à des concentrations élevées de contaminants dans les espèces sauvages importantes et dans l'alimentation traditionnelle des Autochtones du Nord.

Les premières études avaient révélé la présence d'une vaste gamme de substances — des polluants organiques persistants, des métaux lourds et des radionucléides — dont beaucoup n'avaient pas leur source dans l'Arctique ni au Canada, mais qui se retrouvaient néanmoins en des concentrations anormalement élevées dans l'écosystème de l'Arctique.

Le principal objectif du programme est de travailler dans le sens de la réduction de la teneur des contaminants dans les aliments traditionnels et de campagne et, là où cela se révèle possible, de son élimination, tout en procurant des renseignements susceptibles d'aider les personnes et les collectivités à prendre des décisions éclairées dans l'utilisation de leurs aliments.

• (1535)

AINC essaie d'éviter la surréglementation de ses programmes, ce qui permet aux prestataires de services d'élaborer des initiatives originales qui bénéficient à leurs propres populations.

Certaines écoles des premières nations se font précurseurs, en ce sens qu'elles aident leurs élèves (ou étudiants) à adopter un mode de vie sain. Ces premières nations comprennent la première nation d'Eel Ground, qui a été l'une des premières écoles du Nouveau-Brunswick à adopter un programme de saine alimentation en éliminant la malbouffe et offrant des programmes de marche et d'autres initiatives semblables visant à inciter les étudiants à demeurer actifs. La première nation d'Eel Ground a été reconnue au niveau provincial par les médias pour ses travaux dans ce domaine.

L'école de la première nation St. Mary's fait partie du Programme BOOST, en partenariat avec l'Université du Nouveau-Brunswick. Ce programme est concentré sur l'adoption d'un programme quotidien d'activités et d'alimentation saine.

La Mi'kmaq Kina'matnewey (la Mi'kmaq Education Authority) en est un autre exemple intéressant. La province de la Nouvelle-Écosse a créé un poste d'animateur sportif qui travaille à partir du bureau de la MK. Cet animateur sportif travaille dans les écoles de bandes et s'emploie à développer et à encourager un mode de vie sain chez les élèves. Les élèves ont choisi un moment dans la journée pour faire de l'exercice (tous les jours), ils ont créé des clubs de marche et entrepris des programmes de compétitions entre les écoles, au cours desquelles les élèves enregistrent leurs pas au moyen de podomètres qui leur ont été donnés. La MK s'emploie également à tenter de faire participer les élèves des premières nations à un championnat d'athlétisme qui aurait lieu au cours de l'été 2007.

Malheureusement, les histoires que j'ai à vous raconter ne sont pas toutes positives. Pour un bon nombre de nos programmes, les besoins sont énormes et les ressources insuffisantes pour répondre à tous ces besoins. Nous avons connu, par exemple, des situations où les refuges pour les femmes des premières nations n'avaient accès qu'à un approvisionnement limité, donc insuffisant, en nourriture, ce qui a du même coup entraîné de nouvelles privations.

Bien que le rôle d'AINC ne soit pas de s'occuper plus particulièrement des questions de santé, nous cherchons vraiment à conférer une certaine flexibilité aux lignes directrices de nos programmes pour permettre aux premières nations et aux Inuits de répondre aux besoins particuliers de leurs collectivités. On compte de nombreux exemples d'initiatives de la part des premières nations et des Inuits qui visent à trouver des moyens susceptibles d'aider leurs enfants à mener une vie saine et active.

AINC s'est engagé à poursuivre les travaux entrepris en collaboration avec Santé Canada et d'autres partenaires pour aider les collectivités des premières nations et du Nord à trouver des moyens de faire adopter un mode de vie sain et de conserver un tel mode de vie. Très souvent, les vraies solutions sont celles proposées par le peuple, et nous encourageons cette créativité et ces initiatives qui visent à bâtir des collectivités saines.

Cela étant dit, monsieur le président, je vous remercie de m'avoir donné l'occasion et le temps de vous présenter cet exposé.

• (1540)

Le président: Merci de votre exposé.

Nous allons maintenant passer à l'Assemblée des Premières nations. Nous recevons aujourd'hui le chef Katherine Whitecloud, chef régional, Assemblée des Premières nations et Mme Valerie Gideon, directrice principale, Secrétariat social de la santé de l'Assemblée des Premières nations. Je vous cède la parole.

Mme Katherine Whitecloud (chef régional, Assemblée des Premières Nations): Mesdames, messieurs, bonjour. Je vous

remercie infiniment de l'occasion qui nous est offerte de faire cette présentation aujourd'hui.

Je vais faire référence à un document qui vous a été remis et qui est intitulé « Protégeons notre héritage et assurons notre avenir : lutte contre l'obésité de plus en plus répandue chez les enfants des premières nations »; il s'agit d'un diaporama préparé à votre intention.

Merci, monsieur Merrifield, et mesdames et messieurs les membres du comité. Nous vous savons gré de pouvoir vous brosser un tableau de l'obésité chez les enfants des premières nations et de vous présenter des recommandations sur la façon de protéger l'avenir de nos enfants.

Je suis Katherine Whitecloud, chef régional du Manitoba, et membre du comité exécutif de l'Assemblée des Premières nations. Je suis également présidente du comité des chefs de l'APN sur la santé et présidente du comité des chefs de l'APN sur l'éducation qui sont tous les deux reliés.

Je suis accompagnée aujourd'hui du Dr Valerie Gideon, qui est directrice principale de la santé et des activités sociales à l'Assemblée des Premières nations.

Permettez-moi d'abord de vous faire part des regrets de notre chef national, Phil Fontaine, qui ne peut être ici aujourd'hui.

L'Assemblée des Premières nations est l'organisation politique nationale qui représente 750 000 membres des Premières nations au Canada, quel que soit leur âge, leur sexe ou leur lieu de résidence. Le gouvernement fédéral doit assumer une obligation fiduciaire distincte à l'égard des peuples des premières nations, laquelle découle de nos traités et de nos droits inhérents. Aujourd'hui, nous allons vous donner un bref aperçu du problème de l'obésité qui touche nos enfants. Nous concluons ensuite notre présentation en offrant le point de vue de l'APN sur les solutions qui sont nécessaires pour régler ce très important problème.

La diapositive n° 2 porte sur les séquelles de la colonisation. Les membres des premières nations ont subi les conséquences draconiennes de la colonisation et de ses formes les plus honteuses, comme les pensionnats. La santé et le bien-être de nos peuples en ont souffert. L'obligation de quitter nos terres a considérablement restreint notre accès aux aliments traditionnels et à notre chasse, à notre pêche et à la collecte de ces aliments. Les taux élevés de pauvreté et les expériences des pensionnats ont été source de dépression, de toxicomanie et d'autres problèmes de santé mentale qui influent sur la nutrition et les pratiques d'activités physiques dans nos collectivités.

La diapositive n° 3 fait état d'un mal qui gagne du terrain. L'obésité chez les enfants des premières nations prend de plus en plus l'allure d'une épidémie. Actuellement, plus de la moitié, à savoir 58,5 p. 100, des enfants des premières nations soit ont un surplus de poids, soit sont obèses. Seulement quatre enfants des premières nations sur 10 ont parfois un régime alimentaire nourrissant et équilibré.

Si l'on détaille un peu plus, on remarque que les enfants les plus jeunes sont plus susceptibles d'être obèses alors que les plus vieux sont plus portés à faire de l'embonpoint. Cette constatation est intéressante quand on considère que les jeunes enfants des premières nations sont plus susceptibles de participer à des activités physiques quotidiennes.

En ce qui concerne la pauvreté chez les enfants des premières nations, à la diapositive n° 5, notre propre enquête nationale sur la santé des premières nations permet d'établir plusieurs corrélations entre la nutrition et les niveaux d'activité physique chez les enfants et des indicateurs de pauvreté dans leur milieu familial comme le fait de vivre dans des logements surpeuplés.

Il est essentiel de reconnaître qu'un enfant des premières nations sur quatre vit en deçà du seuil de pauvreté. Les enfants qui se situent dans une fourchette de revenus plus élevés sont deux fois plus susceptibles de participer à des activités physiques. Votre propre expérience vous l'a enseigné.

Il est également évident que pour améliorer la santé globale et le bien-être des enfants des premières nations, nous devons adopter une approche exhaustive en matière de développement communautaire qui renforce la capacité de nos gouvernements de prendre cette épidémie en charge.

En ce qui concerne le déséquilibre financier du point de vue de la santé et des services sociaux, les gouvernements des premières nations n'ont pas été habilités au cours de la dernière décennie à investir les ressources nécessaires pour répondre aux besoins de leurs enfants en matière de santé, de services sociaux, d'éducation, de logement et dans de nombreux autres secteurs. Des limites arbitraires de 2 à 3 p. 100 ont été appliquées aux budgets communautaires depuis plus de 10 ans. Nous avons calculé que ces limites se sont soldées par une diminution de 13 p. 100 de ces budgets, ou une perte totale de près de 14 milliards de dollars à l'échelle nationale. Entre-temps, les provinces et les territoires touchent une augmentation annuelle de 6,6 p. 100 des transferts canadiens en matière de santé et de services sociaux, ce qui leur permet de faire face à l'inflation et à la croissance de la population.

J'aimerais ici souligner rapidement que même si nos statistiques sur les premières nations sont utilisées pour les transferts canadiens en matière de santé et de services sociaux, ces fonds n'atteignent pas nécessairement nos collectivités ou nos enfants, à qui ils sont destinés. Il est donc clair qu'il y a actuellement en place une pratique de discrimination systémique contre les premières nations en ce qui a trait aux transferts canadiens en matière de santé et de services sociaux et au filet de sécurité.

Ces statistiques stupéfiantes n'offrent qu'un bien triste avenir pour les enfants des premières nations. Malgré que la population des premières nations soit celle qui connaît le taux de croissance le plus rapide au Canada, ce que nous savons tous, les premières nations vont inévitablement faire face à des taux plus élevés de maladies chroniques comme le diabète, l'hypertension, les maladies cardiovasculaires, les problèmes orthopédiques, l'apnée obstructive et le cancer, de même que des problèmes sociaux et émotionnels.

● (1545)

Les effets de ces problèmes de santé imposeront un lourd fardeau au système de soins de santé du Canada, sans parler qu'ils causeront une perte de débouchés et de productivité au sein de l'économie canadienne. La Commission royale sur les peuples autochtones a déterminé en 1996 que le Canada perdrait 11 milliards de dollars si le statu quo était maintenu jusqu'en 2016.

Avant d'élaborer une stratégie de lutte contre l'épidémie croissante de l'obésité chez les enfants des premières nations, nous devons tenir compte de l'activité physique, de la nutrition et de l'allaitement, de même que d'autres facteurs déterminants non médicaux. Les tendances actuelles en ce qui concerne l'activité physique font voir un lien entre l'accès aux aliments traditionnels, la nécessité de faire des efforts chez les enfants de neuf à 11 ans de même que les

activités qui vont intéresser les fillettes des premières nations et les amener à s'y engager. Heureusement, la prévalence de l'allaitement maternel est en hausse pour les nourrissons des premières nations, mais elle se situe toujours en deçà de la moyenne canadienne. Enfin, les tendances concernant l'alimentation indiquent un accès plus grand aux aliments traditionnels dans les petites collectivités, et cet accès est lié à des taux inférieurs d'obésité constatés dans ces collectivités.

Enfin, nous savons que de nombreux facteurs provoquent l'obésité. Par conséquent, comprendre la contribution de l'activité physique et de l'alimentation pour réduire le taux d'obésité chez nos enfants nécessite une approche pluridimensionnelle. Il nous faut tenir compte des facteurs physiologiques, psychologiques, socioculturels et environnementaux.

En 2005, l'APN a mis en place un modèle holistique de stratégie et de planification des premières nations dont l'objectif était d'établir une approche en matière de santé de la population pour ce qui est de l'élaboration des politiques. Le modèle, s'il est appliqué à une stratégie qui cible l'obésité chez les enfants des premières nations, nécessitera la prise en compte du rôle efficace de la collectivité, lequel repose sur l'appui de ses aspirations vers l'autonomie gouvernementale pour aider l'enfant durant toute sa vie et dans tous les secteurs déterminants.

De ce que nous savons de la recherche en cours, et en nous fondant sur notre modèle, nous avons proposé une stratégie de santé holistique des premières nations, qui a été adoptée à l'unanimité par tous les premiers ministres et le chef national en 2005. Les principes directeurs dont il faudra tenir compte pour mettre la stratégie en place sont les suivants : une direction assurée par les premières nations, une démarche centrée sur la santé communautaire, la mise à profit des réussites, une approche holistique à un mode de vie sain, un financement adéquat et des ressources, ainsi que la prise en compte des déterminants non médicaux.

La stratégie devrait également comprendre des interventions ciblées sur l'obésité des enfants, ce que nous avons proposé dans notre mémoire. Ces interventions portent principalement sur l'amélioration de la sécurité alimentaire, la réduction de l'exposition à la publicité d'aliments qui ne sont pas bons pour les enfants ainsi qu'un soutien au foyer, aux familles et aux milieux communautaires.

À partir de la diapositive n° 13, nous avons proposé huit grandes recommandations, qui reprennent les points abordés au cours de la présentation d'aujourd'hui. Premièrement, nous recommandons que les premières nations aient la possibilité d'élaborer des plans exhaustifs visant à éliminer les importants écarts de santé auxquels ils font face et qui sont attribuables à des cycles de pauvreté et à des conditions sociales honteuses. Pour y parvenir, les collectivités doivent être dotées des ressources nécessaires qui correspondent aux indicateurs de coûts et aux besoins tout en tenant compte de la taille et de l'emplacement de la collectivité. Le déséquilibre financier, qui constitue une véritable injustice sociale, doit être réglé de toute urgence. Les programmes existants comme le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones et un nouveau, le Programme de santé maternelle, qui est accepté par nos communautés, pourraient alors être utilisés et élargis. Malgré le succès qu'il a obtenu, le Programme de santé maternelle n'est toujours pas accessible à toutes les collectivités des premières nations.

Les premières nations doivent élaborer des stratégies pour réduire l'exposition, par la publicité, des enfants aux aliments non nutritifs et riches en calories qui ne contribuent pas à une alimentation saine et équilibrée. Il faut élaborer une politique sur les ressources humaines en santé pour renforcer les capacités nutritionnelles au sein des collectivités des premières nations.

La recherche dirigée par les premières nations doit être renforcée pour repérer les mesures appropriées à la santé des enfants des premières nations ainsi que les pratiques exemplaires qui permettent d'atteindre et de maintenir un niveau acceptable de santé et de bien-être. Il est essentiel, pour suivre les progrès réalisés, de continuer de fournir et d'accroître le financement pour l'enquête régionale des premières nations en matière de santé. Enfin, les milieux scolaires doivent être ciblés pour mettre en oeuvre des pratiques de santé qui incorporent les approches traditionnelles.

En conclusion, les preuves recueillies à ce jour indiquent qu'une approche exhaustive en matière de développement communautaire est nécessaire pour régler le problème multidimensionnel de l'obésité chez nos enfants, faute de quoi nous en paierons le prix au chapitre des ressources humaines, financières et matérielles. Nous exhortons le comité à tenir compte de ces recommandations que seule la collaboration entre les premières nations et le gouvernement fédéral permettra de concrétiser.

Merci beaucoup.

[Le témoin s'exprime dans une langue autochtone.]

• (1550)

Le président: Merci beaucoup pour cette présentation très intéressante. Je vous remercie de votre participation.

Nous entendrons maintenant les représentants de l'Organisation nationale de la santé autochtone, en l'occurrence M. Mark Buell et Mme Carole Lafontaine. Je vous cède la parole.

Mme Carole Lafontaine (directrice générale par intérim, Organisation nationale de la santé autochtone): Merci, monsieur le président.

Mesdames et messieurs, bonjour. Je vous remercie de l'occasion qui nous est offerte de comparaître devant votre comité aujourd'hui au nom de l'Organisation nationale de la santé autochtone.

Je m'appelle Carole Lafontaine. Je suis directrice générale par intérim de l'ONSA. Je suis également membre de la nation métisse de l'Ontario. Je suis accompagnée aujourd'hui de M. Mark Buell, notre gestionnaire des politiques et des communications à l'ONSA.

Nous sommes heureux de nous joindre à vous aujourd'hui et de vous faire part de nos connaissances sur l'obésité chez les enfants des premières nations et les enfants inuits. Même si l'ONSA reconnaît que de nombreux facteurs contribuent à un taux élevé d'obésité dans les collectivités autochtones au Canada, nous aimerions concentrer notre bref exposé sur les revenus et le coût des aliments qui ne font pas partie d'un régime traditionnel, et les occasions trop rares de faire des activités physiques dans de nombreuses collectivités autochtones. Nous reconnaissons également que l'obésité est un problème chez tous les peuples autochtones, notamment au sein des populations urbaines.

On n'insistera jamais assez sur l'importance d'obtenir et d'analyser des données spécifiques aux Autochtones. Les données appropriées aident les organisations et le gouvernement à concevoir et à exécuter des programmes qui répondent aux besoins particuliers des populations ciblées. On pourra établir des politiques gouvernementales et répartir les crédits de façon plus éclairée si l'on dispose de données précises qui déterminent la portée et la pertinence des

maladies au sein des collectivités des premières nations, des Inuits et des Métis, ainsi que leurs besoins.

Tout le monde sait que les peuples autochtones au Canada jouissent d'une moins bonne santé et de conditions socio-économiques défavorables. Le lien entre ces deux facteurs et l'obésité est également bien documenté; je ne m'y arrêterai pas en détail aujourd'hui. Le fait que la population autochtone au Canada soit plus jeune et s'accroisse plus rapidement que la population canadienne en général fait ressortir l'urgence qu'il y a à aborder les facteurs qui contribuent à une disparité socio-économique et en matière de santé à laquelle se heurtent les premières nations, les Inuits et les Métis au Canada, mais cela nous donne également la possibilité de faire une intervention précoce.

Il ne fait aucun doute que l'épidémie de l'obésité est plus grave au sein des populations autochtones. Sachant que l'obésité est un problème, cela nous amène à nous poser la question suivante: pourquoi en est-il ainsi?

J'aimerais aborder trois points: les revenus et le coût des aliments, l'abandon des régimes alimentaires traditionnels et le passage d'un mode de vie axé sur l'activité physique à un mode de vie plus sédentaire et casanier.

Les revenus ont une influence sur la capacité de se procurer des aliments sains et adéquats sur le plan nutritionnel. Le coût des aliments est toujours plus élevé dans le Nord que dans le Sud. Cela revêt une importance particulière pour les premières nations et les Inuits, car nombre d'Autochtones vivent dans le Nord et dans des collectivités éloignées.

Les études sur le panier alimentaire indiquent que les habitants du Nord paient beaucoup plus que les habitants du Sud pour le même panier. Pour une semaine, chez une famille de quatre personnes, le panier d'aliments du Nord à Kugaaruk, au Nunavut, coûte 327 \$, soit le double de ce qu'il en coûte à Edmonton. Compte tenu de cette situation, nombre de familles n'ont pas les revenus suffisants pour couvrir le coût d'une alimentation saine et d'autres coûts nécessaires reliés à la famille. Dans la même étude, réalisée à Kugaaruk, cinq ménages inuits sur six ont été classés parmi ceux qui souffrent d'insécurité alimentaire. Plus de la moitié des ménages sondés avaient vécu l'expérience de la faim l'année précédente. Selon un service de santé de Thunder Bay, le coût d'un panier d'aliments nutritifs à l'échelle locale a augmenté de 19 p. 100 depuis 1998. Au cours de la même période, le salaire minimum ne s'est accru que de 13 p. 100 et les taux d'assistance sociale ont subi des coupes nettes.

• (1555)

Les peuples autochtones de l'Amérique du Nord ont vécu des changements rapides en ce qui concerne l'alimentation et le mode de vie. Les jeunes et les adultes autochtones d'aujourd'hui ont une alimentation tout à fait différente de celle de leurs parents et de leurs grands-parents. Ils préfèrent la malbouffe en pourcentage plus élevé et diminuent leur consommation d'aliments de campagne nutritifs. Lorsqu'on délaisse les aliments traditionnels pour des aliments riches en calories qu'on trouve dans le commerce, toutes les conditions sont réunies pour que l'obésité se développe. Cela coïncide avec le profil changeant des activités et d'éventuelles prédispositions génétiques.

Les peuples autochtones adoptent aujourd'hui une alimentation qui est forte en gras saturés, en sucres et en aliments raffinés, et faible en fibres, que l'on appelle souvent « le régime alimentaire occidental ». Les coûts élevés associés à la récolte empêchent de plus en plus de nombreux chasseurs et pêcheurs des premières nations, des Métis et des Inuits de poursuivre leurs activités. Le Programme d'aide à la récolte au Nunavut estime qu'il en coûte plus de 200 \$ en frais d'exploitation pour effectuer une excursion de chasse de fin de semaine. Malheureusement, cela est trop cher pour de nombreuses familles qui dépendent de l'aide sociale, et l'incapacité d'accéder à une nourriture du pays les force à continuer d'être dépendants des aliments transformés et achetés en magasin.

J'aimerais maintenant aborder la transition d'un style de vie axé sur l'activité physique à un style de vie plus sédentaire et casanier. Cela va de pair avec la transition alimentaire. Les gens consacrent moins de temps à la pêche, au piégeage et à la chasse, ce qui veut dire qu'ils passent moins de temps à être physiquement actifs. En outre, l'absence de moyens au sein de la collectivité pour organiser des programmes récréatifs et le manque d'installations à cet effet signifient que pour bien des enfants et des jeunes, l'activité physique est très limitée. C'est le cas particulièrement dans les petites collectivités et les collectivités éloignées.

Il faut faire beaucoup plus de recherche sur les facteurs qui influent sur les modèles d'activité physique chez les enfants et les jeunes autochtones. Par exemple, des valeurs sociales et culturelles pourraient être rattachées à l'activité physique qui devraient orienter l'élaboration de politiques, de programmes et de services. L'habilitation est un processus social qui favorise la participation des gens, des organisations et des collectivités en vue d'atteindre un objectif de contrôle pour les individus et les communautés, une efficacité politique, une meilleure qualité de vie communautaire et une plus grande justice sociale.

La recherche sur la santé et les sciences sociales confirme le rôle que joue le sentiment d'impuissance comme facteur de risque de maladie et celui que joue le contrôle de l'habilitation comme stratégie d'amélioration de la santé. En pratique, cela veut dire que les prochaines initiatives doivent être axées sur la participation de la collectivité.

Les besoins en ce qui concerne l'alphabétisation et les effets de celle-ci recoupent tous les facteurs déterminants de la santé. Plus les capacités de lecture et d'écriture d'une personne sont grandes, plus elle est susceptible d'avoir une meilleure instruction, un meilleur logement, un revenu plus élevé, une meilleure santé mentale et ainsi de suite — donc, une meilleure santé. La sensibilisation des parents et des familles à une bonne nutrition doit être accrue grâce à des programmes qui procurent aux parents et aux aidants les compétences nécessaires pour préparer et planifier des repas nutritifs. À cet égard, les investissements se sont avérés efficaces en ce qui concerne l'amélioration de la nutrition au sein des familles.

D'autres investissements en amont et l'expansion des programmes de santé prénatale pourraient avoir un impact significatif sur la santé des enfants et des jeunes eu égard à l'obésité.

Je vous remercie de m'avoir écoutée et j'aimerais vous renvoyer à notre mémoire, dans lequel nous présentons plusieurs recommandations concernant les politiques, les programmes, les services et la recherche.

Je vous remercie encore.

• (1600)

Le président: Merci beaucoup de votre exposé. Il est très certainement le bienvenu.

Nous allons maintenant passer à l'Université de l'Alberta. Nous accueillons Mme Noreen Willows. Madame, je vous cède la parole.

Mme Noreen Willows (professeure adjointe, Département de l'agriculture, de l'alimentation et de la nutrition, Université de l'Alberta): Je vous remercie de m'avoir invitée à prendre la parole aujourd'hui.

Je témoigne aujourd'hui à titre de nutritionniste qui fait de la recherche axée sur les collectivités des premières nations. Je m'intéresse surtout à la santé des mamans et des enfants. Aujourd'hui, je vais examiner les preuves d'obésité chez les populations d'enfants autochtones, les lacunes dans les connaissances au sujet de l'obésité, les exigences relatives à la poursuite de la recherche et les besoins des gouvernements autonomes autochtones dans des domaines comme la santé.

Il est évident que la prévalence d'obésité chez les enfants des premières nations est élevée. L'étude longitudinale régionale sur la santé des premières nations indique que 26 p. 100 des enfants âgés de neuf à 11 ans sont obèses. Cependant, l'étude n'incluait pas les enfants de toutes les provinces ou de tous les territoires; en outre, les responsables de l'étude n'ont pas mesuré la taille et le poids des enfants, qui ont plutôt été fournis par les parents, de sorte que la prévalence de l'obésité peut en fait avoir été sous-estimée.

Les résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes ont montré que les enfants autochtones vivant hors réserve affichaient un taux d'obésité de 20 p. 100, soit un taux deux fois et demie plus élevé que la moyenne nationale pour les enfants, établie à 8 p. 100. Dans l'Arctique, la recherche a montré que 19 p. 100 des enfants des premières nations dénées, métisses et du Yukon âgés de 10 à 12 ans étaient obèses. Des taux élevés d'obésité ont également été signalés chez les Oji-cri du Nord de l'Ontario et les enfants mohawks de Kahnawake au Québec.

J'ai le très grand privilège de faire de la recherche communautaire avec les Cris de la baie James dans le Nord du Québec depuis 1997. Les Cris vivent dans neuf collectivités : cinq d'entre elles sont des collectivités éloignées, situées près de la baie James et de la baie d'Hudson; une est une collectivité intérieure éloignée et trois sont des collectivités intérieures rurales.

L'une des études communautaires que j'ai faites a montré que les enfants d'âge préscolaire à la baie James étaient déjà obèses à l'âge de deux ans. C'est donc un problème qui commence dès la petite enfance. On ne peut donc remettre les stratégies d'intervention jusqu'à ce que les enfants soient plus âgés.

Je viens tout juste de terminer une étude réalisée dans une école pour comprendre la prévalence de l'obésité et les facteurs de risque qui y sont associés chez les enfants cris de deux collectivités. L'une d'entre elles était une collectivité rurale, l'autre une collectivité éloignée. Un comité directeur local a nommé l'étude « projet des enfants actifs » en langue crie. Plus de 200 enfants âgés de 10 à 12 ans y ont participé, le taux de participation ayant dépassé les 80 p. 100. Cette étude a montré que le tiers des enfants étaient obèses.

L'étude a également montré que la majorité des enfants souffraient d'obésité abdominale. Cette observation vient sous-tendre d'autres recherches indiquant que l'obésité chez les peuples autochtones est surtout une obésité dite abdominale ou se logeant dans le haut du corps — c'est-à-dire une couche de graisse entourant la taille et la partie supérieure du corps plutôt que les cuisses et le bas du corps. Cette tendance à l'accumulation de la graisse dans le haut du corps fait courir aux personnes et aux enfants obèses des risques additionnels de syndromes métaboliques — une constellation de facteurs comme l'hypertension, des triglycérides élevés et des taux élevés de mauvais cholestérol — ce qui augmente le risque de maladies cardiaques, de paralysie et de diabète de type 2.

L'étude a également montré que les calories liquides constituaient une portion importante de l'apport énergétique des enfants : 9 p. 100 des calories provenaient de boissons sucrées comme les eaux gazeuses, les punchs aux fruits, les boissons en poudre et les boissons dites pour le sport. Des grignotines comme les croustilles étaient le principal agent qui contribuait au gras dans l'alimentation. En fait, les enfants réduiraient leur absorption de gras de 20 p. 100 s'ils ne mangeaient pas de grignotines ou de « poutine ». Beaucoup d'enfants mangent au restaurant ou vont chercher la nourriture au restaurant pour l'emporter à la maison.

Il a été encourageant de voir que les enfants mangent des aliments traditionnels comme de l'original, de l'oie, du lièvre, du canard, du castor, de la perdrix et du corégone. Il est également intéressant de signaler que même si les enfants ne mangeaient pas beaucoup d'aliments traditionnels, ceux-ci constituaient un très important apport à leur alimentation. Par exemple, on a trouvé des taux plus élevés de fer et de zinc chez les enfants qui consommaient des aliments traditionnels.

Nous avons constaté que les enfants affichaient des niveaux peu élevés de condition physique et n'étaient pas suffisamment actifs pour maintenir une bonne santé. Plus particulièrement, les fillettes étaient inactives.

• (1605)

Mais plus important encore, nous avons constaté que les enfants n'étaient pas satisfaits de leur apparence. Presque les trois quarts des enfants voulaient avoir une plus petite taille. Alors que la moitié des enfants ayant un poids normal voulaient être plus petits, 100 p. 100 des enfants obèses souhaitaient avoir une taille plus petite. En outre, le quart des enfants ayant un poids normal, comparativement à près de trois quarts des enfants obèses, n'aimaient pas leur apparence.

Il est clair, d'après ces résultats, que les enfants n'étaient pas satisfaits de leur apparence et que les enfants obèses étaient plus susceptibles de vouloir avoir une taille plus petite et d'être mécontents de leur apparence.

Cette étude que je vous ai présentée sur les enfants des premières nations de la baie James indique une prévalence élevée de l'obésité. Ces résultats devraient beaucoup nous inquiéter.

Les enfants des premières nations qui sont obèses risquent de plus en plus de souffrir de diabète de type 2, particulièrement parce qu'ils souffrent d'obésité abdominale. Nous devons également être conscients du fait que les enfants obèses peuvent avoir des troubles de santé mentale comme la dépression, une faible estime de soi et une faible confiance en soi. Ils ont probablement relevé ces idées dans la société en général, dans les médias et à la télévision.

À titre de chercheuse, voilà les lacunes que j'ai découvertes dans les connaissances au sujet de l'obésité chez les enfants autochtones. Les enfants des premières nations et des Inuits ont rarement fait l'objet de recherches sur la santé. La connaissance des taux d'obésité

chez les enfants est restreinte à quelques collectivités qui ont fait l'objet de nombreuses études. Nous possédons peu de données sur les enfants inuits.

Les données de base et les données sur les tendances sont essentielles pour surveiller et évaluer l'efficacité des programmes conçus pour faire diminuer les taux d'obésité. Les études sur l'obésité ne peuvent se contenter de documenter l'apport alimentaire et les niveaux d'activité des enfants.

Nous possédons peu de renseignements sur les facteurs communautaires qui contribuent à l'obésité. Si ce sont les collectivités dans lesquelles les enfants autochtones vivent qui causent l'obésité, alors comprendre, mesurer et modifier l'environnement est essentiel pour réduire les taux d'obésité. L'environnement ne se limite pas seulement à l'environnement physique comme l'aménagement des collectivités, mais il s'agit aussi de l'environnement constitué par l'organisation économique et sociale et par les valeurs culturelles.

Compte tenu de la nécessité de faire des recherches de grande qualité sur l'obésité, je recommande que le gouvernement continue de financer des projets et des organisations comme l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones, les Instituts de recherche en santé du Canada et l'Institut de la santé des Autochtones.

Il est évident que des stratégies de prévention s'imposent. Étant donné que la prévalence accrue de l'obésité est attribuable aux changements sociaux et culturels rapides, la prévention de l'obésité ne peut être uniquement centrée sur l'individu. Tous les enfants doivent pouvoir maintenir un poids santé grâce à l'activité physique et à une saine alimentation dans un milieu propice.

Pour cette raison, les interventions communautaires sont nécessaires. Une vie active et des aliments sains et abordables doivent être disponibles et publicisés à des niveaux multiples comme au sein de la famille, dans les centres de la petite enfance, dans le Programme d'aide préscolaire pour les Autochtones, dans les écoles et dans les programmes de services de garde. Des aliments sains doivent constituer le choix le plus économique.

M. Fred Hill vous parlera aujourd'hui du Programme d'approvisionnement alimentaire par la poste. Est-ce exact?

M. Fred Hill (gestionnaire, Sécurité alimentaire dans le Nord, Programme des affaires du Nord, Affaires indiennes et du Nord Canada): Je suis ici pour répondre aux questions.

Mme Noreen Willows: Très bien, excusez-moi.

À mon avis, la subvention accordée pour le Programme d'approvisionnement alimentaire par la poste devrait être augmentée et un programme de subvention pour les aliments nutritifs devrait être offert aux collectivités qui ont un accès routier. Le premier programme est actuellement offert uniquement aux collectivités qui n'ont pas accès à la route à longueur d'année.

Il ne fait aucun doute que les aliments traditionnels sont importants pour la nutrition et le bien-être. L'exploitation de ces aliments traditionnels se traduit également par une meilleure condition physique. Par conséquent, les milieux où l'on trouve les espèces à la base de l'alimentation traditionnelle doivent être protégés. Carole Lafontaine a discuté d'autres obstacles qui nuisent à la consommation d'aliments traditionnels aujourd'hui.

La recherche a montré que l'allaitement maternel peut protéger les enfants autochtones et autres de l'obésité et du diabète. Chez les premières nations, le pourcentage d'allaitement maternel est faible. Il faut en faire la promotion. Le Programme canadien de nutrition prénatale de la DGSPNI fait la promotion de l'allaitement maternel dans les collectivités inuites et des premières nations vivant en réserve. Le gouvernement devrait s'assurer de continuer à financer ce programme.

Il faut également mettre l'accent sur les soins prénatals chez les femmes. Les données indiquent que de nombreuses femmes des premières nations entreprennent leur grossesse obèses, qu'elles prennent trop de poids durant la grossesse et qu'elles ont des taux élevés de diabète au moment de la grossesse, que l'on appelle le diabète sucré de la grossesse. Ces conditions prédisposent le fœtus à l'obésité et aux troubles métaboliques, comme le diabète, qu'ils subiront plus tard dans leur vie. Le milieu communautaire doit appuyer une nutrition adéquate et de bonnes activités de sorte que les jeunes femmes en âge de procréation puissent conserver un poids santé. Il ne faut pas mettre l'accent uniquement sur les enfants.

Il faut également corriger les lacunes et les chevauchements de compétences en matière de prestation de soins de santé.

J'ai établi un partenariat avec le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James pour tous mes projets de recherche. J'ai informé les membres du Conseil que j'allais formuler des recommandations aujourd'hui au sujet des rôles et des responsabilités du gouvernement fédéral en ce qui a trait à l'obésité infantile dans les collectivités des premières nations. Les membres du Conseil étaient d'avis que le gouvernement fédéral devrait soutenir les gouvernements autonomes autochtones dans des domaines comme la santé.

Les Cris du Nord du Québec qui vivent à la baie James ont été les premières nations vivant en réserve à obtenir l'autonomie gouvernementale et un régime de soins de santé, par suite de la signature de la Convention de la Baie James en 1975. Depuis, les Cris de la baie James font partie du système provincial de santé en tant que région semi-autonome du Québec, et ont accès à tous les nouveaux crédits du gouvernement fédéral pour les programmes autochtones. Ils ont été sous-financés pendant des décennies. Depuis le règlement de leurs droits ancestraux qui a établi un bon financement pour leurs services de santé, les Cris sont maintenant en mesure de mettre en oeuvre le système le plus exhaustif de services dans les régions nordiques éloignées, y compris un système de santé publique pleinement intégré.

Comme cela se produit dans cette région, l'autonomie gouvernementale, si elle est accompagnée des niveaux appropriés de financement, renforce les possibilités des régions du Nord d'améliorer les facteurs qui déterminent la santé de leurs populations, c'est-à-dire les facteurs sociaux, économiques et environnementaux, y compris la diminution de la prévalence de l'obésité chez les enfants.

Merci de m'avoir écoutée.

Je vais aussi présenter des notes d'information qui ajoutent un complément d'information à celle qui vous a été présentée aujourd'hui.

• (1610)

Le président: Merci beaucoup.

Nous allons maintenant passer au Projet de prévention du diabète dans les écoles de Kahnawake. Nous entendrons Mmes Sheila Wari Whitebean et Margaret Cargo de même que Treena Delormier.

Allez-y.

Mme Treena Delormier (membre, Conseil consultatif communautaire, Kahnawake Schools Diabetes Prevention Project): Merci, monsieur le président.

Je suis Treena Delormier du Kanien'kéha:ka, de la nation mohawk de Kahnawake. Je suis également en stage dans le cadre du programme de prévention du diabète dans les écoles de Kahnawake; je suis en train de faire un doctorat en santé publique et en promotion de la santé, à l'Université de Montréal.

Je tiens à vous remercier au nom du comité consultatif communautaire du Projet de prévention du diabète dans les écoles de Kahnawake. Il s'agit d'un groupe de membres de la collectivité qui orientent les volets recherche et intervention du projet, auquel je participe activement également.

Je vais partager mon temps avec ma collègue, Mme Margaret Cargo.

L'idée du Projet de prévention du diabète à Kahnawake a été lancée après un exposé qui a été présenté aux membres de la collectivité concernant les résultats d'un projet de recherche réalisé au sein même de la collectivité. Les résultats de la recherche sont venus démontrer un taux de prévalence élevé de diabète de type 2 à Kahnawake. Les membres de la collectivité qui avaient assisté à cet exposé ont réagi en demandant que des mesures soient prises pour prévenir le diabète.

Cette réaction était nouvelle pour les deux médecins de famille — le Dr Ann Macaulay et feu le Dr Louis T. Montour — qui avaient mené une étude de prévalence. Ils souhaitaient poursuivre leurs recherches sur les complications du diabète. Inutile de dire que leurs travaux ont été modifiés pour tenir compte de la réaction de la collectivité à cette information, et ils ont creusé l'idée de la prévention du diabète.

Cela montre tout le pouvoir que peut exercer la diffusion d'une information pertinente et significative en matière de santé au sein de la collectivité. Nous constatons que la collectivité a le droit d'exprimer ses besoins sur un problème de santé, et c'est également ce qui l'a mobilisée et incitée à demander le programme de prévention du diabète.

Environ huit ans plus tard, le Projet de prévention du diabète dans les écoles de Kahnawake a pu officiellement commencer quand la collectivité a reçu les crédits d'une initiative spéciale visant à étudier le diabète chez les Autochtones dans le cadre d'un programme de développement et de recherche sur la santé à l'échelle nationale.

Le programme d'intervention s'intéresse aux enfants des écoles primaires de la collectivité de Kahnawake. Dans les écoles, on offre un programme sur la santé qui porte sur différents aspects de celle-ci, mais qui met aussi l'accent sur la nutrition, l'activité physique et la prévention du diabète de la maternelle à la sixième année. Il existe également une politique sur la nutrition qui a été adoptée par tout le système d'éducation de Kahnawake. La politique vise à promouvoir les aliments sains et à interdire la malbouffe dans les écoles. Outre ces interventions dans l'école, le personnel du projet mène diverses activités supplémentaires avec les écoles pendant toute l'année scolaire.

Le travail d'intervention se fait également dans la collectivité. Les activités sont conçues pour les familles, les organisations de la collectivité et la collectivité dans son ensemble. Les objectifs de toutes ces initiatives — qu'elles soient axées sur la collectivité ou sur l'école — sont de promouvoir une alimentation saine et l'activité physique, de même que des attitudes et des approches positives à l'égard de la prévention du diabète.

Margaret va vous faire part de certains des résultats de l'évaluation de ce programme d'intervention que je viens tout juste de décrire.

• (1615)

Mme Margaret Cargo (rechercheuse, Division de recherche psychosociale, Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, Kahnawake Schools Diabetes Prevention Project): Merci, Treena.

Je suis Margaret Cargo, chercheuse au Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, affilié à l'Université McGill. Je vais reprendre là où Treena s'est arrêtée.

L'efficacité de l'intervention dans le cadre du Projet de prévention du diabète dans les écoles de Kahnawake a été évaluée de deux façons : une évaluation d'impact a permis d'évaluer les effets à court terme de l'intervention et une évaluation des résultats a permis d'en déterminer les effets à long terme. L'évaluation d'impact a permis de déterminer les changements de comportement dans deux domaines spécifiques, l'activité physique et les habitudes alimentaires. Nous avons comparé les pratiques de santé des enfants des écoles secondaires en 2004 à celles des enfants qui faisaient partie des données de base en 1994. Nous n'avons constaté aucun changement dans les niveaux d'activité physique des enfants. Cependant, nous avons constaté une réduction du nombre d'heures de télévision durant les jours d'école, ce qui était une bonne chose. Nous avons également été témoins d'une diminution globale de la consommation de boissons gazeuses, de croustilles et de frites ainsi qu'une plus grande consommation de lait à faible teneur en gras et de pain de blé entier.

Cependant, ces modestes changements dans les comportements ne se sont pas traduits par des changements dans les résultats anthropométriques, c'est-à-dire les mensurations du corps humain. Donc, malgré les efforts d'intervention dans la collectivité qui se sont poursuivis pendant environ 10 ans, les indices de masse corporelle moyenne ont changé de 1994 à 2004. L'épaisseur moyenne du pli cutané sous-scapulaire a également augmenté. En outre, la prévalence chez ceux qui souffraient d'un excès de poids est passée de 31 p. 100 en 1994 à 47 p. 100 en 2004.

Je tiens toutefois à placer les constatations des interventions effectuées dans le cadre du projet dans leur contexte, en ce sens qu'elles sont conformes aux autres interventions évaluées en ce qui concerne la prévention de l'obésité chez les enfants. La plupart des études se traduisent par de modestes changements de comportement, mais ces changements de comportement ne sont pas suffisants pour entraîner des changements dans la constitution du corps humain. Voilà la principale constatation de l'étude scientifique la plus récente réalisée par Cochrane Collaboration. Cet examen comprenait 22 études, et seulement quatre d'entre elles démontraient un résultat positif sur la constitution corporelle, bien que la majorité des études aient pu réussir à faire changer les comportements. L'une des interventions qui a obtenu la meilleure note est Pathways; le programme a été mis en oeuvre dans plusieurs collectivités indiennes d'Amérique du Nord aux États-Unis, et les résultats sont très semblables à ceux du projet de Kahnawake.

Nous avons appris plusieurs leçons de l'expérience du projet de Kahnawake, et nous allons vous faire part de quatre d'entre elles

aujourd'hui. Je vais vous parler de deux d'entre elles, et Treena vous parlera des deux autres.

La première leçon est que nos résultats les plus récents indiquent qu'environ la moitié des enfants qui entrent à l'école en première année ont déjà un problème d'obésité ou d'excédent de poids. Cela veut dire que nous devons recentrer nos interventions sur les enfants d'âge préscolaire, les poupons, les familles, voire les femmes enceintes, mais attendre la première année scolaire pour intervenir est peut-être trop tard. On peut ici faire un parallèle avec les programmes de prévention contre le tabagisme dans les années 1980.

De plus, si l'on veut percevoir des résultats positifs en ce qui concerne le poids santé, il nous faut tenir compte des facteurs contextuels qui influent sur les travailleurs de première ligne qui ont la responsabilité de réaliser un premier mandat de prévention. Grâce à une étude financée par les IRSC, nous avons interviewé plus de 35 travailleurs de première ligne dans les collectivités autochtones, les premières nations, les Inuits et mêmes les collectivités des Métis qui s'étaient rendus à Kahnawake pour y suivre une formation sur le modèle du Projet de prévention du diabète dans les écoles de Kahnawak.

Nombre de ces travailleurs sont retournés dans leur collectivité avec les meilleures intentions du monde, mais ils n'ont pas suffisamment de temps pour faire le travail. Ils doivent s'occuper de problèmes de santé, de santé mentale dans la collectivité, et ils n'ont pas le soutien, au sein de l'organisation, même des leaders politiques; c'est donc très difficile pour eux de prévenir l'obésité infantile ou de réaliser leur mandat.

Ce serait manquer de vision que d'envisager le résultat sans examiner la possibilité d'appuyer les travailleurs de première ligne et d'examiner la prévention du diabète, la prévention de l'obésité dans un contexte d'enjeux communautaires divergents et sans mettre les conditions en place au sein de leurs organisations pour leur permettre de faire leur travail.

Merci.

• (1620)

Mme Treena Delormier: Je tiens à vous faire part de ce que les résultats de la recherche nous ont appris. Les résultats de la recherche et les données qui sont pertinentes à la collectivité et qui sont présentées de façon significative peuvent mobiliser les collectivités, particulièrement lorsque ces actions favorisent une meilleure santé chez les enfants et lorsqu'elles ont pour but de promouvoir des générations futures d'enfants plus en santé. Je crois que notre collectivité se devait de réagir en établissant des objectifs de prévention quand on lui a demandé de réagir aux données sur la prévalence.

En outre, le fait de toujours présenter les résultats de la recherche au comité consultatif de la collectivité nous a permis d'avoir de la rétroaction sur l'effet de nos interventions, de sorte que le projet est vraiment significatif et pris en charge par notre collectivité. La collectivité est toujours engagée à prévenir le diabète. Le Projet de prévention du diabète se poursuit malgré tout. C'est l'information que Margaret vient tout juste de présenter qui est stimulante pour l'avenir de nos efforts de prévention du diabète.

La dernière leçon que nous avons apprise est que nous devons poursuivre nos efforts de prévention du diabète à l'aide de nouvelles méthodes mutuellement appuyées par d'autres efforts en matière de santé au sein de la collectivité. Nous devons également travailler à l'élaboration de politiques communautaires — ce que nous avons appris également — de sorte que nous puissions maintenir ces activités dans la collectivité, en plus du projet de prévention du diabète.

Si l'on parle de politiques communautaires, nous devons également penser à des politiques à un niveau plus élevé, à des politiques au niveau national, qui favoriseraient une alimentation saine et l'activité physique pour les enfants tout en faisant la promotion de milieux visant à promouvoir ces deux éléments pour tous les enfants du Canada. Cela nous aiderait beaucoup dans les efforts que nous déployons dans nos collectivités, puisqu'elles ne sont pas totalement à l'abri des influences générales de la société qui ont des répercussions à l'échelle locale sur les collectivités, y compris sur nos collectivités autochtones.

Nia:wen kowa.

Merci

Le président: Merci beaucoup de nous avoir expliqué cette étude. Je suis certain que beaucoup de gens vont vous poser des questions à ce sujet.

Nous entendrons un autre témoin, Mme Kristy Sheppard. Elle est représentante du National Inuit Committee on Health, de l'ITK.

Merci. C'est à vous.

Mme Kristy Sheppard (représentante du National Inuit Committee on Health, Inuit Tapiriit Kanatami): Merci.

Je vous remercie de me donner la chance de vous faire part aujourd'hui des préoccupations des Inuits concernant l'obésité infantile.

Je vais vous décrire brièvement ce qu'est l'Inuit Tapiriit Kanatami. L'ITK est l'organisation inuite nationale au Canada qui représente les Inuits des quatre régions inuites : le Nunatsiavut, au Labrador; le Nunavik, dans le Nord du Québec; le Nunavut; et la région de l'Inuvialuit visée par les règlements dans les Territoires du Nord-Ouest. L'ITK est principalement un organisme de défense qui vise à s'assurer que les droits et les intérêts des Inuits sont protégés et renforcés.

L'ITK reçoit des directives du National Inuit Committee on Health, que l'on appelle également le NICOH, qui donne des directives techniques et formule des recommandations concernant la santé des Inuits à l'échelle nationale, l'examen des soins, la réforme et l'élaboration des politiques sur des questions de santé au conseil d'administration de l'ITK. Le comité veille ensuite à ce que les régions de revendications territoriales inuites et le National Inuit Youth Council soient informés et en mesure de prendre des décisions éclairées au nom de leurs membres.

En tant que représentante du NICOH, j'aimerais discuter de la question de l'obésité infantile dans les collectivités inuites. L'obésité infantile chez les Inuits est influencée par de nombreux facteurs et déterminants de la santé. Même si l'on ne dispose pas de données précises sur les Inuits, nous disposons effectivement de données non scientifiques indiquant que l'obésité infantile devient de plus en plus un problème dans les collectivités inuites. Ces contributions sont exacerbées par les changements rapides du mode de vie provoqués par la colonisation. L'augmentation d'activités sédentaires jumelée à l'augmentation des quantités d'aliments vides consommés par les enfants et les jeunes a des effets dévastateurs.

On estime que les enfants et les jeunes sont devenus accros aux eaux gazeuses. La malbouffe est affichée de façon très visible dans les établissements et elle est facilement accessible, comparativement à la nourriture du pays. En général, il coûte moins cher d'acheter des aliments vides avec l'argent de son allocation que des fruits frais, ce qui explique pourquoi les enfants en achètent tant. Souvent, on peut acheter une eau gazeuse à un prix moindre que celui du lait. Statistiquement parlant, à Iqaluit, on peut acheter une canette d'eau gazeuse pour 2 \$ et un berlingot de lait pour 3,25 \$ avec taxe. Il faut aussi se rappeler que la moitié de la population des Inuits a moins de 20 ans. Avec une telle population de jeunes qui est de plus en plus dépendante de la malbouffe, on peut voir à quel point le problème est grave.

En ce qui concerne les données, il est difficile de fournir des preuves de l'accroissement de l'obésité infantile chez les Inuits. Bien que de nombreuses enquêtes fournissent des données pour tous les enfants canadiens, elles ne renferment pas de données spécifiques sur les enfants inuits. La plupart des enquêtes gouvernementales ne sont pas conçues pour fournir des données sur les régions inuites. L'indice de masse corporelle et le ratio taille-hanches sont douteux, car on ne sait pas exactement si les indicateurs nationaux reflètent exactement la stature des Inuits. En général, les bébés inuits ont un poids plus élevé à la naissance; ce n'est donc peut-être pas non plus un indicateur de santé pertinent pour les Inuits.

Nous savons que les taux d'obésité sont influencés par d'autres déterminants de la santé, dont j'aimerais vous parler. D'abord, il y a la question de la pauvreté. Le revenu médian des Inuits est beaucoup plus bas que celui des non-Inuits. En 2001, le revenu médian des Inuits était de 13 637 \$ comparativement à 22 136 \$ pour les autres. Cet écart s'élargit considérablement quand on tient compte du coût de la vie dans le Nord.

Le chômage est trois fois plus élevé chez les Inuits que chez les autres et les salaires y sont plus faibles que chez les non-Inuits. Souvent, les familles en viennent à acheter des aliments moins chers, qui sont plus élevés en glucides et faibles en protéines, plutôt que des fruits et des légumes frais. Essentiellement, ils en ont plus pour leur argent s'ils achètent des aliments élevés en glucides.

Plus souvent, les deux parents des ménages inuits travaillent, ce qui veut dire que les enfants ont souvent la responsabilité de préparer leurs propres repas, et les enfants ne font pas souvent les choix les plus sains. La malbouffe est acceptée dans les collectivités inuites. Par exemple, c'est le cas à Hopedale, dans le Nunatsiavut. La collectivité a manqué de croustilles, et a décidé d'envoyer un avion à Nain, au Nunatsiavut, pour refaire le plein. Chaque semaine, il y a un vol qui amène des légumes frais, mais aucun autre n'est envoyé pour en obtenir davantage. On peut donc constater qu'il existe une demande pour des croustilles et non pour des aliments frais.

Cela s'ajoute à la question de l'insécurité alimentaire. La transition alimentaire qui inclut plus d'aliments commercialisés et moins d'aliments traditionnels et de campagne induit des risques reconnus pour entraîner une plus grande obésité et une plus grande susceptibilité aux maladies chroniques. Les coûts élevés associés à la chasse signifient que les aliments de campagne traditionnels deviennent aussi de plus en plus coûteux. Comme les revenus sont plus faibles, on ne peut de toute évidence acheter des embarcations et des motoneiges, et les prix de l'essence dans le Nord sont insensés.

•(1625)

La sécurité alimentaire des Inuits est également touchée par d'autres facteurs, y compris les changements climatiques et les contaminants. Les changements climatiques peuvent causer des changements dans la disponibilité des plantes alimentaires et dans les modèles de migration ainsi que dans l'élevage d'animaux qui sont souvent chassés dans ces régions. En ce qui concerne les contaminants, on a de moins en moins confiance à la sécurité des aliments traditionnels et de campagne étant donné les taux élevés de contaminants relevés chez de nombreux animaux. Au Nunavik, les gens consacrent jusqu'à 40 p. 100 de leur revenu à l'alimentation. Plus de la moitié de la population, 56 p. 100, dit souffrir d'insécurité alimentaire au Nunavut.

En ce qui concerne les lois, même si on a fait la preuve que la nourriture de campagne est plus saine, les garderies et les écoles de certaines régions inuites ne peuvent en offrir aux enfants. Par exemple, au Nunatsiavut, les règlements alimentaires ne permettent pas d'en servir dans les garderies car cette nourriture n'a pas fait l'objet de tests appropriés.

Dans bien des régions, on n'a pas le droit de vendre de la nourriture de campagne, et il est également difficile de partager la nourriture entre les régions arctiques. Dans les régions où l'on peut vendre de la nourriture de campagne, il existe certaines pratiques prometteuses. Au Nunavik, les garderies prévoient assurer 85 p. 100 des aliments requis par jour à l'aide de 30 à 40 p. 100 de la nourriture de campagne.

Grâce au Programme canadien de nutrition prénatale, dans certaines régions, on sert de l'omble chevalier et du caribou aux femmes enceintes. C'est ce que l'on fait au Nunavik.

En ce qui concerne la question des écoles et des installations de loisirs, on consacre moins de temps dans les écoles à l'activité physique, mais dans la plupart des collectivités du Nord, il y a aussi manque d'installations de loisirs et d'activités parascolaires. Étant donné les coûts qui ne cessent de grimper, beaucoup d'enfants n'ont pas la possibilité de participer aux activités traditionnelles comme la chasse et la pêche, qui ont, dans le passé, gardé les Inuits en santé et actifs.

Compte tenu de la réalité des taux élevés de chômage, des bas niveaux de vie et du coût élevé de la vie, ainsi que des faibles salaires, le seul fait d'offrir un crédit d'impôt à tous les Canadiens servira à élargir l'écart qui existe déjà entre les Inuits et les Canadiens dans leur ensemble. Avec des obstacles comme le financement, les ressources humaines, l'infrastructure, l'éloignement, les prix élevés, etc., qui ne sont pas supprimés, le crédit d'impôt pour l'activité physique des enfants ne sera pas un outil efficace pour améliorer la condition physique des enfants inuits.

Mettre en relief tous ces problèmes fait ressortir la nécessité de continuer d'accroître la capacité des ressources humaines des Inuits dans ces régions. Nous avons grandement besoin de coordonnateurs de loisirs, de diététistes, de nutritionnistes, etc.

Voilà en conclusion les recommandations proposées par le NICOH sur des questions touchant l'obésité infantile dans les collectivités inuites.

Il faut obtenir des données de base sur l'obésité infantile chez les Inuits et établir des mesures appropriées et efficaces pour combler toutes les lacunes chez les Inuits. Il faut aussi que les Inuits s'engagent à concevoir et à exécuter des programmes dans un éventail complet de services, qui pourraient réduire l'effet de l'obésité chez leurs enfants.

Ces services doivent faire partie non seulement du système de santé, mais refléter également les changements nécessaires en éducation, en économie et en environnement. Cela veut dire examiner les projets de loi et les réformes fiscales, permettre aux Inuits de donner leur opinion, pour s'assurer que le résultat espéré n'aura pas de répercussions négatives chez les Inuits, mais au contraire, idéalement, des répercussions positives.

Il faut examiner l'efficacité et la viabilité des programmes et des services existants visant l'obésité chez les enfants.

Merci.

Nous allons également faire suivre des notes d'information.

Je vous remercie de me donner l'occasion de vous faire part du point de vue des Inuits ici même aujourd'hui.

•(1630)

Le président: Merci beaucoup, et merci à tous les témoins de leurs exposés.

Je veux simplement préciser aux membres du comité que nous recevons aujourd'hui une représentante du ministère de la Santé, Mme Kathy Langlois. Merci d'être revenue et d'être disposée à répondre aux questions que nous pourrions vous poser à la période de questions.

Nous commençons notre interrogatoire immédiatement avec M. Merasty.

Vous avez la parole, et vous disposez de 10 minutes, je crois.

M. Gary Merasty (Desnethé—Missinippi—Rivière Churchill, Lib.): Merci.

Permettez-moi d'abord de remercier chacun d'entre vous de ses exposés extraordinaires.

Je vais essayer de faire très rapidement, mais trois choses me sont immédiatement venues en tête. Premièrement, il semble se dessiner actuellement un conflit bien précis en matière de politique gouvernementale, je vais vous expliquer ce que cela veut dire dans un instant. Deuxièmement, l'absence de recherches longitudinales et l'impact de cette lacune sur la collectivité semblent se dégager également. Et troisièmement, des investissements sont nécessaires maintenant.

Ma première question concerne le conflit démographique. Je sais que certains ont dit — je le sais également d'expérience — que les ministères fédéraux essaient de financer les programmes autochtones, des premières nations, des Métis et des Inuits selon un modèle de comparabilité raisonnable. Si on examine la situation un instant, quand on pense que la population canadienne est vieillissante, que l'on va dans cette direction — les baby-boomers sont vieillissants — et que nous avons une population autochtone très jeune, la politique gouvernementale dans son ensemble semble mettre l'accent sur ce dont le Canada peut avoir le plus besoin du point de vue d'une politique gouvernementale sur la santé. C'est là une chose que je constate tous les jours. Donc, lorsqu'on adopte la comparabilité raisonnable comme principe directeur, on aboutit à un conflit. Je pense que ce n'est pas la première fois que cela se produit.

Comme première question, estimez-vous que ce que je dis est juste ou pas? Si certains des programmes ne cadrent pas avec certains besoins des collectivités autochtones, alors quels pourraient-ils être?

Ma deuxième question concerne ce dont l'APN a parlé. L'une des choses mentionnées dans la CRPA, précisée dans votre mémoire, et dont parle également l'accord de Kelowna, concerne les importants investissements directs, et les retombées de ces investissements pour les collectivités autochtones, le gouvernement, les Canadiens qui seront assez importantes d'ici 2016. Vous avez donné un exemple précis.

Cela étant dit, à votre avis, combien en coûtera-t-il de ne rien faire, de ne pas en faire suffisamment, dans cinq ans, dans 10 ans, dans 15 ans? Je sais que c'est une question difficile, mais elle m'a sauté aux yeux assez rapidement.

J'ai une troisième question; j'essaie de tout couvrir ici.

J'ai bien aimé votre commentaire sur la recherche que vous avez faite dans ce coin de pays. L'une des choses que j'ai réalisées d'après mon expérience est que lorsqu'on transmet à la collectivité les résultats d'une recherche, elle se les approprie véritablement. Cela lui donne des pouvoirs. Compte tenu du fait qu'il n'y a pas de recherche et de développement qui proviennent directement de la collectivité, ce manque de pouvoirs signifie peut-être une mobilisation moindre pour réagir à certains de nos problèmes.

À votre avis, devrait-on faire plus de recherche et de développement, particulièrement d'études longitudinales sur les collectivités autochtones — au sein de notre comité, bien sûr, concernant la santé? Et à votre avis, quels sont les meilleurs moyens que nous pourrions prendre pour donner des pouvoirs à la collectivité au fur et à mesure que la recherche progresse?

Ma dernière question concerne le Programme d'approvisionnement alimentaire par la poste. Très rapidement, si ce programme était amélioré et que l'on obtenait de la nourriture à moindre prix, en quoi cela changerait-il les habitudes alimentaires dans la collectivité?

J'ai terminé; j'attends une réponse.

•(1635)

Le président: N'importe lequel des témoins peut répondre. Qui veut intervenir le premier?

Allez-y, madame Whitecloud.

Mme Katherine Whitecloud: Merci beaucoup de ces questions.

J'aimerais répondre plus particulièrement aux questions que vous avez posées concernant notre mémoire, concernant les importants investissements directs qui sont nécessaires et qui ont été déterminés, presque tout le monde le sait, et l'on sait également que les répercussions seraient importantes pour la société en général si on devait agir maintenant et non attendre cinq, 10 ou 15 ans. Voici ce qu'il en coûtera si nous ne faisons rien.

Actuellement, de 1999 à 2004, sur une période de cinq ans, les crédits du MAINC n'ont augmenté que de 1,6 p. 100, à l'exclusion de l'inflation, alors que la population des premières nations, selon le Ministère, a augmenté de 11,2 p. 100.

Depuis 2000, les budgets ont été appauvris de près de 13 p. 100. Si un taux de croissance de 6 p. 100 avait été appliqué pour tenir compte de l'inflation et de la croissance de la population, comme on le fait pour les transferts canadiens en matière de santé et de services sociaux, les nouveaux crédits cumulatifs reçus au cours de cette période de 10 ans auraient été de 14 584 000 000 \$, si les fonds avaient été fournis de la même façon qu'ils l'ont été pour les transferts canadiens en matière de santé et de services sociaux. Les fonds perdus, la différence entre le taux de 2 p. 100 reçu et les besoins, ce qui est de 6 p. 100, s'élèvent à plus de 10 milliards de dollars.

Le programme « Rassembler nos forces », c'est-à-dire la réaction du gouvernement fédéral à la Commission royale sur les peuples autochtones, n'a fourni que 2 379 000 000 \$, ce qui laisse un manque à gagner de 7 914 000 000 \$.

En ce qui concerne les collectivités individuelles, l'ampleur des fonds perdus dans le budget de 2006-2007 est de 45,5 p. 100 par rapport aux fonds existants et cela va de 1,5 million à 13,9 millions de dollars par collectivité.

Voilà les répercussions du manque de fonds accordés à nos collectivités, et il ne s'agit ici que des coûts effectifs. Il faut aussi tenir compte du coût qu'engendre le fait d'avoir des personnes qui sont diabétiques et du coût des personnes qui sont dans des établissements médicaux à cause des problèmes de santé que nous constatons dans nos collectivités. Tous les autres effets à long terme vont tripler ou quadrupler au cours des cinq, 10 et 15 prochaines années.

Le président: Très bien. Quelqu'un d'autre?

Mme Treena Delormier: Je vais répondre à la troisième question au sujet de la recherche. Vous voulez savoir si, à notre avis, plus de recherche et de développement sont nécessaires.

Je pense que oui, c'est facile de répondre à cette question. Pour certaines des populations, comme cela a été précisé, il n'existe souvent pas beaucoup de données de base. Comment faisons-nous la recherche alors?

Je pense que l'une des raisons pour lesquelles les données ont été si importantes et que les personnes ont véritablement pris des mesures, c'est parce que l'information a été créée en partenariat. Le Projet de prévention du diabète dans les écoles de Kahnawake suit toujours ce modèle.

La collectivité travaille avec les chercheurs à l'élaboration d'un modèle participatif dans lequel nous partageons les responsabilités en matière de recherche, et nous nous assurons également que l'information est utile et pertinente à la collectivité. Et nous y parvenons en nous assurant que la collectivité demeure impliquée. C'est ce genre de mécanisme ou de modèle, où il y a un partenariat entre les chercheurs et la collectivité, qui fait que le savoir est plus pertinent.

Actuellement, l'Institut de la santé des Autochtones effectue une recherche sur les infrastructures et le renforcement des capacités des chercheurs. Nous aurons plus de chercheurs autochtones et plus de chercheurs qui seront sensibles à la nécessité de faire de la recherche sur la santé autochtone.

Nous avons plus de modèles de partenariats efficaces comme le Projet de Kahnawake, le programme de prévention du diabète de la Sandy Lake School et le Centre for Indigenous Peoples' Nutrition and Environment. Lentement, nous sommes en train de renforcer ces capacités, et je pense que ces modèles peuvent nous apprendre comment établir des partenariats pour effectuer des recherches pertinentes.

•(1640)

Le président: Très bien.

Oui, monsieur Hill.

M. Fred Hill: Si vous me permettez de répondre à la question concernant le programme alimentaire postal, je ne sais pas de façon certaine ce que l'on a voulu dire par des améliorations apportées à ce programme. Cela pourrait vouloir dire plusieurs choses. Mais dans la mesure où cela signifierait réduire encore davantage le tarif appliqué pour l'expédition de nourriture dans ces collectivités, je peux dire sans hésitation que moins le tarif sera élevé, moins les aliments coûteront cher. Nous avons eu des preuves évidentes de cette réalité lorsque les tarifs ont été réduits de façon draconienne dans la région de Baffin au Nunavut au début des années 1990. En fait, la nourriture coûte moins cher dans ces collectivités aujourd'hui qu'elle ne coûtait en 1990.

Mais plus important encore, dans trois collectivités où nous avons mené des projets pilotes au cours des trois ou quatre dernières années, nous avons à nouveau réduit de beaucoup le tarif pour les aliments périssables les plus essentiels — ce qui veut dire, généralement, les produits laitiers frais, les fruits et légumes et les jus congelés.

Là encore, nous avons constaté une diminution du prix de ces aliments. Nous avons constaté, ce que je crois être, des augmentations importantes d'aliments nutritifs dans le volume d'expéditions de ces aliments. Nous avons également constaté des améliorations dans la qualité et la variété des aliments.

Cependant, nous n'avons pas évalué l'impact effectif de tout cela sur l'apport de nutriments. Mais l'idée était de fournir aux ministres les preuves dont ils auront besoin pour prendre des décisions éclairées et à long terme au sujet de l'avenir de ce programme.

Le président: Merci beaucoup.

Madame Gagnon.

[Français]

Mme Christiane Gagnon (Québec, BQ): Je vous remercie de vos exposés et de nous fournir de l'information sur l'obésité chez les peuples autochtones. C'était très instructif. On prend acte du problème. Je pense que vous avez une bonne idée de ce qui se passe dans chacune des communautés.

D'autre part, on n'est pas sûr de ce qu'il faudrait faire pour s'occuper de chaque communauté de façon plus active. Vous ne proposez pas vraiment au gouvernement de direction à suivre, vous ne suggérez pas un type particulier de leadership. Vous parlez d'un plan global, mais je suis incapable de voir comment le gouvernement pourrait jouer un rôle proactif et mieux vous accompagner.

Les problèmes ont été très bien cernés. On manque d'études longitudinales pour certains programmes, mais que faudrait-il faire? Vous ne semblez pas avoir été préoccupés auparavant par la problématique des programmes en place.

Voudriez-vous que le gouvernement joue un rôle proactif et mette en oeuvre certains programmes visant à atténuer le problème de l'obésité chez les Autochtones? Je ne sais pas si quelqu'un peut me répondre. Mme Carole Lafontaine semble dire qu'il faudrait que le gouvernement ait un plan global et qu'il faudrait plus de chiffres. J'aimerais qu'on m'éclaire davantage. Quand on présente un rapport, il faut des idées beaucoup plus précises quant à ce que devrait être le plan global.

[Traduction]

M. Mark Buell (gestionnaire, Politiques et communications, Organisation nationale de la santé autochtone): Je vais revenir à une déclaration qui a été faite tout à l'heure, et qui concernait l'absence de données. Les données existent; vous avez raison, il se fait beaucoup de recherche. Ce qui manque, ce sont des indicateurs

comparables à l'échelle nationale pour des choses comme le diabète et l'obésité. Les Inuits sont un très bon exemple. Le Système national de surveillance du diabète recueille des données sur les taux de diabète chez les Inuits dans les Territoires du Nord-Ouest et au Nunavut. Santé Québec recueille des données au Nunavik. Au Nunatsiavut, au Labrador, aucune donnée n'est recueillie, de sorte que nous ne savons rien. Nous ne savons pas ce qui se passe dans les collectivités inuites d'est en ouest, on ne sait pas si les interventions y sont efficaces ou pas.

L'autre chose est que, oui, il y a des programmes qui existent depuis des années. Cependant, il faut que ces programmes soient évalués. Nous devons évaluer les interventions existantes en matière de santé publique qui sont liées à l'alimentation et à l'activité physique pour savoir si oui ou non ces pratiques sont prometteuses et si elles peuvent être reproduites dans d'autres collectivités canadiennes.

L'autre chose qu'il faut retenir, si vous voulez une recommandation spécifique de ma part, c'est que l'approche universelle ne va pas fonctionner. Il faut véritablement trouver des solutions axées sur les collectivités qui portent... On parle d'environ un million d'Autochtones au Canada. Il y a 600 premières nations. Il existe 52 collectivités inuites, et il y a un million de personnes. Chaque collectivité est différente, et ce qui fonctionne dans une collectivité peut ne pas fonctionner dans l'autre. Alors, les programmes, les politiques ou les services qui sont élaborés doivent être suffisamment souples pour permettre une certaine diversité dans les collectivités pour que celles-ci puissent faire ce qui fonctionne. Et nous avons besoin d'un financement stable pour parvenir à atteindre cet objectif.

• (1645)

[Français]

Mme Valerie Gideon (directrice principale, Secrétariat à la santé et au développement social, Assemblée des Premières Nations): Vous nous avez demandé pourquoi on ne donnait pas de détails permettant de définir les composantes d'une approche holistique. Notre document fournit un cadre qui en présente les composantes fondamentales, cadre qui est basé sur l'évaluation des programmes qui ont connu le plus de succès dans nos communautés.

Il faut reconnaître qu'il y a beaucoup d'obstacles administratifs sur le plan de la gestion des programmes dans le monde communautaire, présentement. Il y a un programme sur le diabète, il y a le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones, etc. Il n'y a pas beaucoup de flexibilité permettant de transférer des ressources, d'identifier les priorités ou de déterminer si on a besoin de recruter du personnel supplémentaire possédant une certaine expertise. On n'a pas nécessairement les ressources pour faire cela. Beaucoup de limites sont imposées par le système bureaucratique présentement.

Quand les provinces reçoivent des transferts pour le financement de la santé, elles n'ont pas toutes les contraintes bureaucratiques qui nous sont imposées. Nous devons nous conformer à toutes sortes de détails et de définitions, programme par programme, et produire des rapports au gouvernement qui prennent beaucoup de temps et qui restreignent notre capacité à mettre en oeuvre cette approche holistique. C'est une des recommandations que nous avons faites lors de la rencontre des premiers ministres. Les gouvernements veulent avoir des transferts adéquats, avec un taux de croissance raisonnable, à chaque année. On veut aussi avoir la flexibilité requise pour pouvoir identifier nos priorités et les stratégies qui vont fonctionner dans nos communautés. Comme Mark le disait, les solutions à « taille unique » ne fonctionnent pas.

En fait, il faut pouvoir adopter une approche de santé publique qui concorde davantage avec les recommandations sur les interventions que font les organisations internationales depuis les années 1970.

Notre document démontre qu'il y a des liens avec le logement et l'éducation, mais nos budgets n'offrent pas la flexibilité requise pour travailler vraiment ensemble dans tous les secteurs. Les communautés sont structurées comme le gouvernement fédéral, et on sait que cela ne fonctionne pas. Il n'y a pas de communication entre les secteurs. Il serait donc très important de reconnaître ce fait et de faciliter l'approche holistique. Bien sûr, on ne peut pas être trop rigide, sinon on va se retrouver dans la même situation qu'à l'heure actuelle, c'est-à-dire devoir consacrer nos ressources à deux ou trois composantes d'un programme, sinon on ne pourra rien faire.

[Traduction]

Le président: Je m'excuse, votre temps est écoulé. Merci.

Monsieur Fletcher.

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

Merci à tout le monde de vos exposés.

Je vais essayer de faire preuve de créativité, de voir au-delà de nos frontières un instant et poser une question. Qu'est-ce qui se fait dans d'autres pays comme l'Australie, la Nouvelle-Zélande et les États-Unis — de même que pour les Inuits du Groenland et de l'Alaska — pour régler ce problème? Je crois savoir qu'il y a certaines populations non européennes isolées en Sibérie qui pourraient être aux prises avec les mêmes défis que nous. En outre, il y a aussi des populations dans le Nord de la Scandinavie qui sont touchées par ce problème.

Est-ce que quelqu'un parmi les témoins pourrait faire des commentaires sur des choses qui ont été positives ou négatives dans ce domaine ou des choses que nous devrions inclure dans nos rapports qui engloberaient les connaissances que l'on possède à l'extérieur du Canada sur cette question?

•(1650)

Mme Noreen Willows: Je peux tenter de répondre à cette question et peut-être aussi à certaines des questions qui ont été soulevées par d'autres membres du comité.

Il est très difficile de donner des exemples explicites pour régler le problème. Comme l'a dit Mme Cargo, des études ont été faites sur les interventions menées auprès d'autres populations aux États-Unis visant à réduire la prévalence de l'obésité chez les enfants. La majorité de ces études ont été un échec, si l'on regarde la réduction du poids corporel des enfants. Ces études ont peut-être permis d'accroître les connaissances, de mieux sensibiliser les gens, ou encore d'évaluer l'efficacité des programmes selon lesquels un enfant pourrait faire des changements pour améliorer son alimentation et ses activités, mais en général, les résultats indiquent que la plupart des interventions ne sont pas efficaces, pour ce qui est de réduire la prévalence de l'obésité. C'est un problème incroyablement complexe. Nous vivons dans une société où il est tellement facile de manger des aliments riches en calories et de faire peu d'activité.

Cependant, au Canada, nous avons publié des exemples de projets de prévention du diabète axés sur les collectivités des premières nations. Il a été ici question aujourd'hui du Projet de prévention du diabète dans les écoles de Kahnawake. Dans le Nord de l'Ontario, il y a aussi le même type de programme pour l'École des premières nations Sandy Lake et comme l'a dit Mme Cargo, aux États-Unis, on a effectué une étude intitulée « Pathways » par les National Institutes of Health.

Ce qui ressort clairement des publications sur ces interventions dans les collectivités des premières nations, c'est que les interventions ne peuvent être concentrées uniquement sur l'individu. C'est là un des messages clés.

M. Steven Fletcher: Avez-vous des commentaires à faire sur l'expérience à l'extérieur du pays?

Mme Noreen Willows: Eh bien, il y a les États-Unis, si vous considérez ça comme étant international. Certains projets ont été menés en Australie, mais je n'en connais pas les résultats.

Mais ce qui est clair, c'est que les interventions doivent être de nature participative. Cela veut dire que les collectivités doivent être impliquées dans l'élaboration de l'intervention proposée. C'est peut-être frustrant, mais personne ne connaît encore la solution à ce problème.

M. Steven Fletcher: Est-ce que Santé Canada a été en contact avec l'un ou l'autre de nos amis internationaux?

Mme Kathy Langlois (directrice générale, Direction générale des programmes communautaires, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Ministère de la Santé): L'information que j'ai sous les yeux concerne surtout le diabète à l'étranger. Mais le lien avec l'obésité est clair, parce que lorsque l'on songe à prévenir le diabète, comme mes collègues de l'autre côté l'ont indiqué, il faut s'intéresser à la saine alimentation et à l'activité physique.

Mais si je regarde les documents que j'ai sous les yeux, si je prends l'Australie, cette dernière semble avoir adopté une stratégie nationale pour lutter contre le diabète. Cependant, il n'y a aucune stratégie bien précise pour les Autochtones de ce pays.

En Nouvelle-Zélande, on enregistre un taux de 8 p. 100 de diabète chez les Maoris comparativement à 3 p. 100 chez les non-Maoris, c'est donc un problème là aussi. La Nouvelle-Zélande a adopté une stratégie en matière de santé et une stratégie sur la santé des Maoris qui met l'accent sur le diabète. Alors, on a peut-être des choses à apprendre en examinant plus attentivement leurs expériences.

Il a été question du programme Pathways aux États-Unis. Je signale que les Indiens américains et les Autochtones de l'Alaska ont le taux de prévalence de diabète de type 2 le plus élevé au monde.

M. Steven Fletcher: Est-ce qu'un taux de 8 p. 100 est beaucoup plus faible que notre taux de prévalence?

Mme Kathy Langlois: Notre taux de prévalence — je crois qu'il est trois à cinq fois plus élevé — est d'environ 15 p. 100. Oui, c'est probablement plus faible chez les Maoris. Bien des facteurs différents entrent en jeu chez ce peuple. L'intégration à la société de la Nouvelle-Zélande est beaucoup plus grande. La culture est beaucoup plus acceptée.

Il y a beaucoup d'autres problèmes lorsqu'on examine les déterminants de la santé.

M. Steven Fletcher: Certainement. Merci beaucoup.

Le président: Merci beaucoup.

Nous allons maintenant passer au NPD. Nous entendrons Mme Priddy pendant cinq minutes.

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

C'est intéressant. Je crois que Treena en a parlé, et la question semble revenir à nos séances de travail, c'est la capacité de diffuser l'information. Vous avez parlé de la façon dont la collectivité a diffusé l'information, et vous avez examiné ce qui se fait ailleurs. Cela me semble être un thème récurrent au cours de nos travaux, notre nécessité d'avoir un endroit où les gens peuvent aller et où l'information est centralisée pour que les gens puissent voir ce que l'on fait dans une autre province ou un autre territoire. Cela semble être un thème récurrent.

Voici ma première question. Lorsque la constitution corporelle a été examinée, il a été reconnu — je pense par Mme Cargo — que cela a changé les comportements, mais que la constitution corporelle n'a pas suivi. Est-ce que la constitution corporelle est un outil utilisé de la même manière que ne l'est l'indice de masse corporelle, ou bien s'agit-il d'un IMC ou d'un outil de mesure de la constitution corporelle qui a été ajusté pour les Inuits et les premières nations? Parce que certains se sont demandé si l'indice de masse corporelle normal est pertinent pour les gens des premières nations et les Inuits.

Deuxièmement, je crois que le chef Whitecloud l'a dit tout à l'heure, au tout début, il y a eu augmentation des crédits, mais il semble que l'argent ne se rendait pas toujours dans la collectivité. J'aimerais un peu savoir ce que cela veut dire. Peut-être pourrais-je deviner, mais je ne veux pas le faire.

Je crois que ça prendra probablement le reste de mon temps, je vais donc m'arrêter ici.

• (1655)

Mme Margaret Cargo: Pour répondre à votre première question, dans notre étude, l'IMC n'a pas été ajusté pour les premières nations et les Inuits et, à ma connaissance, cela n'a pas encore été fait.

C'est peut-être quelque chose sur lequel Peter Katzmarzyk travaille.

Le président: Au nom du comité, pendant que vous y êtes, est-ce que ce programme a été conçu par les premières nations ou les Inuits, ou s'il provenait d'ailleurs?

Mme Margaret Cargo: Le programme pédagogique a d'abord été adapté du programme intitulé « Know Your Body » aux États-Unis, et a été culturellement adapté par les gens de la collectivité.

Le président: Très bien.

Madame Whitecloud, aviez-vous une réponse?

Mme Katherine Whitecloud: Je vais faire de mon mieux. Peut-être que beaucoup d'entre vous ont déjà l'information sous les yeux, également.

Je crois que la question que vous posez concerne les transferts canadiens en matière de santé et de services sociaux dont j'ai parlé. Voilà pourquoi Statistique Canada frappe à toutes nos portes pour nous encourager à remplir les formulaires: les données constituent la base à partir de laquelle les crédits affectés aux transferts canadiens en matière de santé et de services sociaux sont affectés.

Les premières nations sont incluses dans les statistiques pour le transfert canadien en matière de santé et de services sociaux, mais le transfert est accordé aux provinces. Comme vous le savez, la position des provinces est que les premières nations sont la responsabilité du gouvernement fédéral — les premières nations sur les terres qui leur appartiennent. Par conséquent, même si nos statistiques sur les peuples qui vivent dans les réserves sont incluses dans les statistiques canadiennes pour les transferts en matière de santé et de services sociaux, les fonds ne viennent pas dans nos collectivités pour que nous en profitions.

Le président: Vous avez un petit peu de temps, si vous voulez.

Mme Penny Priddy: Merci.

Plusieurs personnes ont parlé d'évaluation. Mis à part les changements dans l'indice de masse corporelle, quoi d'autre, de façon précise, recherche-t-on dans l'évaluation ou l'efficacité des programmes? Est-ce que c'est l'estime de soi? Aidez-moi. Dans une évaluation, même si je sais qu'on ne s'intéresse pas ici aux chiffres, il faut examiner quelque chose.

Mme Margaret Cargo: Si je prends les études incluses dans le *Cochrane Review*, les mesures psychosociales qui sont en général évaluées sont l'autoefficacité apparente pour ce qui concerne les pratiques alimentaires et les activités physiques, donc, les évaluations sont spécifiques au comportement.

Les autres mesures incluent la maîtrise du contrôle général que les gens perçoivent dans leur vie — on commence à peine à s'intéresser à cette question. Généralement, entre guillemets, la « norme d'or » pour déterminer si oui ou non ces études sont efficaces, c'est que l'on essaie de mesurer la constitution corporelle ou la prévalence d'embonpoint et d'obésité.

Mme Penny Priddy: Merci.

Il serait quand même assez difficile d'obtenir les autres évaluations d'un enfant de cinq ans.

Mme Margaret Cargo: Eh bien, on ne peut poser un certain...

Mme Penny Priddy: Je sais ça, oui.

Le président: Merci beaucoup.

Monsieur Batters, vous avez cinq minutes.

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

Je tiens à remercier tout le monde d'être ici aujourd'hui et à vous remercier de vos exposés sur une question cruciale que certains ont appelée la prochaine grande épidémie. C'est certainement un gros problème auquel devront faire face les premières nations. À l'instar de tous les Canadiens, mais plus particulièrement des premières nations à cause surtout de la propension accrue de diabète de type 2.

Au cours des dernières réunions de notre comité, il y a eu des discussions qui touchaient tous les Canadiens. Nous devons travailler à améliorer l'éducation dans ce domaine, et je suis le premier à me lever pour dire, bigre! j'en ai du travail à faire avant de comprendre l'étiquetage alimentaire. Je crois qu'en partie dans notre rapport, et en partie ce que le gouvernement doit faire ici, c'est d'aider nos collectivités et nos collectivités des premières nations en leur fournissant de l'information et des documents pertinents.

Nous avons suggéré une version raccourcie ou plus simple du Guide alimentaire canadien, peut-être un document laminé de deux pages, qui est facile à comprendre. Ensuite, les Canadiens pourraient pousser leurs recherches là où ils le veulent pour trouver des exemples qui cadrent avec ce guide alimentaire. Nul doute, il y a beaucoup, beaucoup de livres de recettes qui sont conformes à ce guide.

J'adresserai ma question à Mme Langlois, mais j'invite quiconque s'intéresse au sujet à intervenir.

Je ne crois pas que l'on fasse un assez bon travail en ce qui a trait aux visites dans les cabinets des généralistes et des infirmières lorsque les patients — qu'ils soient des gens des premières nations ou non — vont voir leur médecin. Actuellement, est-ce qu'on leur donne des outils d'information? Voici le problème : c'est un gros problème, et nous devons exercer des pressions pour que les gens aient une alimentation saine et fassent de l'activité physique. Pour nos collectivités des premières nations, peut-être que ces documents... eh bien, je pense qu'ils doivent certainement être adaptés à leur culture et ils doivent être présentés dans une langue que les gens comprennent. Ces documents doivent être traduits pour qu'absolument tout le monde les comprenne. Je pense qu'on pourrait faire beaucoup plus en ce qui concerne la promotion d'une alimentation saine et d'une bonne condition physique au niveau des spécialistes des soins de santé. De même, j'ai parlé du Guide alimentaire canadien, etc.

J'aimerais avoir votre opinion sur le genre de travail que nous faisons actuellement. Lorsque les familles vont... Aujourd'hui, nous nous concentrons sur les premières nations, donc concentrons-nous là-dessus. Lorsque les citoyens des premières nations vont voir leur médecin ou leur infirmière, est-ce qu'ils reçoivent cette information — sur une alimentation saine et une bonne condition physique — et est-ce que cette information est dans leur langue?

• (1700)

Mme Kathy Langlois: Merci beaucoup.

Comme vous le savez peut-être, le gouvernement a récemment décidé d'aller de l'avant et de renouveler l'initiative sur le diabète chez les Autochtones. Il s'agit d'une stratégie qui confie des ressources aux premières nations vivant en réserve et aux collectivités inuites dans le but de les sensibiliser au diabète et de leur offrir des stratégies de prévention. Donc, en ce qui concerne l'information diffusée aux collectivités, les ressources seront là, et il existe des ressources à la disposition des collectivités pour concevoir des programmes significatifs pour eux, qui sont pertinents sur le plan culturel et dans la bonne langue, qui permettent de transmettre le message aux gens concernant une alimentation saine, l'activité physique et ainsi de suite. En fait, le projet de Kahnawake a déjà profité, je pense, de ressources provenant de cette initiative.

Le renouvellement du programme — je pense qu'il en est à sa deuxième année maintenant — nécessitera 190 millions de dollars sur cinq ans. Donc c'est une augmentation importante par rapport à ce qui avait été accordé dans le passé, et nous prévoyons aller de l'avant avec l'élaboration de stratégies exhaustives.

Nous travaillons en étroite collaboration avec l'Assemblée des Premières nations et l'Inuit Tapirit Kanatami pour mettre les deux programmes en place, concevoir les cadres, et peut-être mes collègues de l'APN et de l'ITK voudront-ils parler un peu de ce programme.

M. Dave Batters: J'ai hâte de voir comment ils envisagent cela.

Mme Kristy Sheppard: Dans la question que vous avez posée, est-ce que c'est aussi pour les Inuits, parce que j'ai remarqué que vous avez mentionné les premières nations trois ou quatre fois sans inclure les Inuits?

M. Dave Batters: Je m'en excuse. Les premières nations et les Inuits... oui, merci de m'avoir corrigé.

Mme Kristy Sheppard: C'est l'un des principaux points. Il nous faut trouver notre identité là-dedans, parce que souvent nous n'avons pas les crédits ou les documents qui sont spécifiques à un

programme dû au fait que nous sommes inclus dans la somme globale. Donc c'est un bon point à retenir.

M. Dave Batters: C'est un excellent point. Merci.

Voici ce que je pense: en réalité, c'est pour tous les Canadiens. Je mets l'accent sur — et merci de l'avoir fait remarquer — les premières nations et les Inuits aujourd'hui, mais en réalité, je pense que c'est une question qui intéresse tous les Canadiens. Je pense que nous ne faisons pas suffisamment de travail en ce qui concerne la sensibilisation des gens.

Cependant, en ce qui concerne les premières nations et les Inuits, nous devons insister sur l'importance de ces programmes en raison du risque accru de diabète. Comme tout le monde le sait très bien, c'est un problème majeur, d'une importance majeure pour les premières nations et les Inuits.

J'aimerais entendre d'autres commentaires quant à savoir comment on se débrouille pour remettre ces documents. Je n'ai entendu que Mme Langlois jusqu'à maintenant, monsieur le président.

Le président: Ça n'a pas vraiment d'importance, votre temps est écoulé, mais j'accorderai une très brève intervention.

• (1705)

Mme Valerie Gideon: J'aimerais faire simplement un commentaire rapide. Je crois que ce qui doit être compris, c'est le contexte global des soins de santé dans nos collectivités. Par exemple, 30 p. 100 de nos collectivités sont situées à plus de 90 kilomètres d'un médecin généraliste. Et si la pénurie d'infirmières au Canada est très grave, la nôtre l'est encore beaucoup plus. Les infirmières ont beaucoup à faire pour assurer les soins primaires. Elles sont constamment sollicitées pour évacuer les gens à l'extérieur des collectivités pour des soins d'urgence. Elles n'ont pas le temps de s'asseoir et de parler pendant 15 minutes avec les personnes quant à la façon dont elles devraient améliorer les habitudes nutritionnelles de leurs enfants.

Nous n'avons pas dans nos collectivités de programmes de promotion de l'activité ni de nutrition axés sur l'école, à moins que les collectivités aient trouvé une façon de financer ces programmes et de les mettre en oeuvre. Nous n'avons pas été inclus dans l'initiative des écoles saines. Nous n'avons pas été inclus dans la stratégie en matière de modes de vie sains au Canada, dans les 300 millions de dollars qui ont été prévus pour cela. Aucune de ces mesures n'était consacrée aux premières nations ou aux Inuits, malgré le fait que nous ayons participé à l'élaboration de cette stratégie.

Ainsi, personne ne reconnaît que notre population court un risque plus grand. Cela va peut-être de soi, mais cela n'a pas été le cas en général des politiques du gouvernement fédéral.

Le président: Vous avez épuisé votre temps à deux reprises maintenant.

Je vais demander une autre intervention de la part de Mme Willows.

Mme Noreen Willows: Je tiens simplement à dire que la personne qui a posé la question a demandé si les gens obtiennent l'information appropriée des médecins et des infirmières. J'aimerais que les gens sachent que les spécialistes des soins de santé qui sont les plus compétents en matière de nutrition sont les diététistes accrédités, non pas les infirmières ou les médecins, à qui on donne très peu d'information sur la nutrition. Toutes les équipes de soins de santé devraient inclure un diététiste accrédité, et pourtant, très peu de collectivités inuites et des premières nations ont un diététiste accrédité à plein temps disponible pour aider les gens à comprendre des choses comme les étiquettes des produits alimentaires et les relations complexes entre une bonne santé et la nutrition.

Il devrait donc y avoir mandat d'inclure, comme dans toutes les équipes de soins de santé dans ces collectivités, un diététiste accrédité qui possède les connaissances nécessaires.

Le président: Merci.

Madame Keeper, vous avez cinq minutes.

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

J'aimerais remercier tous les témoins également.

Comme il a été précisé, c'est là un problème critique. Dans tout le Canada, particulièrement dans les collectivités autochtones, nous avons vu et nous avons entendu aujourd'hui qu'il y a beaucoup de jeunes.

L'une des choses que je crois avoir entendue de toutes les personnes qui ont témoigné aujourd'hui, c'est que l'autodétermination et l'habilitation sont d'importants déterminants de la santé. On dit que les maladies chroniques sont à la hausse, c'a été mentionné dans les exposés. Je suis certaine que tout le monde autour de cette table sait à quel point les maladies chroniques sont un enjeu critique dans les collectivités des premières nations et des Inuits.

Des crédits ont été annoncés pour la réalisation de programmes, et je sais que le dernier gouvernement libéral avait annoncé des sommes importantes. L'une des choses qui a été mentionnée, cependant, c'est qu'il y a peu de premières nations ou d'Inuits qui ont accès à ces crédits, ou qui contrôlent ces crédits.

Nous parlons des enfants de deux ans, de la maternelle, et quelqu'un a parlé des niveaux d'obésité qui sont déjà reconnus à ces âges. Et nous prenons des programmes comme le programme d'allaitement maternel, où la vice-chef Whitecloud a dit que tout le monde ne peut pas accéder à ce programme. On a dit également qu'il ne se fait pas suffisamment de travail entre les ministères à ces sujets. Vous savez, nous avons le MAINC et la DGSPNI.

Je me demande ce que nous devons mettre en avant pour les collectivités. Ce sont les gens qui se trouvent à la base. C'est leur vie. Ils savent que c'est un problème, et de toute évidence, que c'est critique. Quelles recommandations formulons-nous, en ce qui concerne l'autodétermination, la recherche, la prestation de services liés à des programmes?

• (1710)

Mme Valerie Gideon: Je pense que ce que nous avons voulu dire au comité, c'est qu'il y aura une limite de 3 p. 100 dans le budget global de la santé le 1^{er} avril 2007. Il y aura des coupes et des pressions, et les ressources budgétaires seront orientées vers les services essentiels comme le nursing et les transports, car, si on n'offre pas ces services, les gens vont mourir.

On réduira, davantage qu'on ne l'a fait jusqu'à maintenant, l'accent qu'on mettait sur la santé de la population, la promotion de la santé et la prévention des maladies. Nous souhaiterions ardemment que le

comité reconnaisse la nécessité d'établir cette approche générale concernant la santé de la population. Nous avons créé un cadre de santé publique à l'intention des premières nations, lequel comprend une liste de programmes principaux et obligatoires — qui définissent la santé publique avec un grand « P », pour ainsi dire — qui donneraient aux gouvernements des premières nations le pouvoir de vraiment aborder, à la base, les déterminants médicaux et non médicaux des maladies.

Je crois que ce genre d'approche leur donnerait la souplesse nécessaire pour s'intéresser au milieu scolaire, comme vous l'avez mentionné tout à l'heure, et de vraiment investir dans la capacité de pouvoir exécuter les programmes de façon efficace. Si nous continuons de financer des programmes très précis qui sont hautement ciblés, on en retirera certains avantages, en ce sens que certains documents peuvent être fournis et certaines normes élaborées. Mais en même temps, les limites sont telles que ces programmes ne sont pas universellement accessibles aux collectivités. Par exemple, le Programme d'aide scolaire aux Autochtones est encore un programme pilote qui a été créé il y a environ 10 ans maintenant. Il en va de même du programme de prévention du diabète. Ce sont toujours des programmes pilotes. De toute évidence, il faut repenser la façon dont les ressources sont investies et la façon dont le système dans son ensemble est organisé et structuré. Je crois que l'on a besoin de cette souplesse et de ce taux annuel de croissance dans les transferts aux premières nations, de sorte qu'elles puissent assumer un meilleur contrôle sur l'exécution de leurs programmes et la prestation de leurs services.

On aura besoin de l'aide des économies d'échelle au niveau régional ou sous-régional pour offrir une certaine capacité et expertise à la population en général en matière de santé dans le domaine de la surveillance de la santé publique. C'est là encore une chose qui pourrait être acceptable pour les premières nations. Mais tout compte fait, cette flexibilité et cette approche holistique doivent être favorisées dans les collectivités des premières nations.

Le président: Merci.

Madame Davidson, vous avez cinq minutes.

Mme Patricia Davidson (Sarnia—Lambton, PCC): Merci, monsieur le président, merci également aux témoins qui sont avec nous aujourd'hui.

Il ne fait aucun doute que les exposés sont très informatifs, et je pense qu'il y a un dénominateur commun à tous ces témoignages. Beaucoup de questions très difficiles ont été discutées, certains ont proposé des solutions qui ont été mises en place ou qui ont été essayées, mais je ne suis pas certaine qu'il s'agit de solutions.

Je ne sais pas exactement où nous allons. On nous a parlé des mesures et des évaluations qui ont été faites dans le cadre du projet des écoles de Kahnawake. Vous avez dit avoir constaté des changements de comportement modestes, mais pourtant, l'obésité a augmenté de façon draconienne, si je me souviens bien des pourcentages que vous avez donnés. Vous avez dégagé certaines leçons au sujet des enfants qui deviennent obèses plus tôt; vous avez dit qu'il était possible, d'après ce que vous avez fait, de motiver les collectivités et que vous constatez chez certaines d'entre elles un certain engagement. Mais je ne vois pas le gain réel que nous avons obtenu.

Y a-t-il d'autres secteurs? Nous avons parlé de différentes choses, d'autres témoins ont parlé de choses dont nous avons besoin. Il nous faut de meilleures données. Je ne sais pas comment nous obtenons ces données ou si nous avons un programme qui va vous fournir ces données.

Vous avez parlé du soutien financier qui doit se poursuivre. Bien sûr, tout le monde a besoin d'un soutien financier continu pour aller de l'avant avec les autres programmes. Vous avez parlé de promouvoir l'allaitement naturel et une vie active. Toutes ces choses sont nécessaires chez tous les enfants du pays, et toutes ces choses sont celles dont nous devons faire la promotion. Des aliments sains et abordables constituent un problème énorme dans toutes les régions. Je crois que c'est davantage un problème dans les collectivités inuites et des premières nations à cause de l'isolement dans bien des cas, et des coûts élevés.

Vous avez parlé de promouvoir l'autonomie gouvernementale en matière de santé. Je ne sais pas exactement comment cela s'intègre à cette réalité et comment on en bénéficie.

Je sais qu'il y a toutes ces choses, mais je ne vois pas vraiment de direction claire à prendre. S'il y avait une ou deux choses sur lesquelles nous pourrions travailler, quelles seraient-elles? Je ne sais pas qui veut faire des commentaires à ce sujet.

• (1715)

Le président: Tout le monde peut le faire. Est-ce que quelqu'un veut tenter de répondre à cette question?

Mme Margaret Cargo: Je peux faire quelques commentaires.

Si vous prenez les interventions qui ont été incluses dans le *Cochrane Review*, il se pourrait que ces interventions n'aient pas été suffisamment intenses pour provoquer des changements dans les comportements, lesquels changements auraient pu induire les changements dans la constitution corporelle que nous espérons réaliser. Si vous regardez l'argent qui a été investi dans beaucoup d'interventions scolaires dans la collectivité, la promotion de la santé n'obtient pas beaucoup de crédits. Si vous regardez les milliards et les milliards de dollars que les sociétés de marketing ont pour commercialiser ces aliments auprès des petits enfants et des parents, ça, je pense que c'est une chose à laquelle on devrait s'intéresser parce que les interventions au niveau local doivent être appuyées par des politiques plus globales elles-mêmes appuyées par le gouvernement.

En outre, nous avons effectivement constaté certains changements dans l'accroissement de l'activité physique autour de 1999 grâce au Projet de prévention du diabète dans les écoles de Kahnawake. En 2004, nous avons perdu cet effet, et c'est peut-être parce que le nombre de minutes consacrées à l'activité physique dans les écoles a diminué. Alors, il y a des changements qui pourraient être apportés. Même si les enseignants et les administrateurs scolaires essaient de préserver les normes pédagogiques, ils doivent en même temps s'intéresser à l'activité physique et à l'éducation en matière de santé. Des changements pourraient être apportés dans le système scolaire en rendant obligatoire un nombre minimum de minutes d'activité physique.

Le président: Madame Sheppard.

Mme Kristy Sheppard: Quand vous demandez dans quel sens aller, il y a une chose que nous exigeons. Beaucoup de programmes qui sont en place ont des intentions étonnantes, et je suis certaine qu'ils sont efficaces dans bien des collectivités du Sud, des villes et des provinces du Canada, mais nous exigeons un engagement que nous ne recevons pas. Bien des programmes qui sont mis en place sont modélés sur les collectivités du Sud mais ne s'appliquent pas au Nord. Mais les seuls crédits que nous recevons sont ceux qui doivent être appliqués au programme spécifique modélé sur une façon spécifique de faire et qui doit être exécuté de telle ou telle manière.

Sans un engagement approprié des Inuits, vous n'allez pas obtenir de bons résultats parce que les programmes ne sont pas adaptés aux besoins des collectivités. On n'a pas non plus les tactiques d'évaluation appropriées qui pourraient faire en sorte que nos collectivités inuites verraient des améliorations. Par exemple, si vous utilisez l'indice de masse corporelle pour mesurer quelqu'un avant qu'il n'entrepreneur un programme d'alimentation amélioré et que vous le mesuriez à nouveau, cette personne va probablement toujours faire de l'embonpoint. Elle a peut-être perdu 25 livres, mais d'après le système d'indice de masse corporelle standard, cela ne s'applique pas.

Nous avons donc besoin d'engagement pour l'élaboration de projets, il faut le faire dans des lois, nous avons besoin de programmes qui sont exécutés, on en a besoin un point c'est tout. Nous avons besoin d'engagement à l'égard des programmes autochtones s'ils doivent s'appliquer dans nos collectivités pour être un succès.

Le président: Merci. Votre temps est écoulé.

Madame Demers.

[Français]

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

Chef Whitecloud, docteur Gideon, ma première question s'adresse à vous. J'ai consulté votre site Internet pour comprendre un peu mieux la problématique à laquelle vous êtes confrontés. J'ai constaté que le financement alloué à la santé des premières nations avait subi des compressions de 269 millions de dollars. Je présume que cela vous a affectés énormément. Je tiens à vous dire que je crois beaucoup à votre approche holistique. Je pense que c'est une façon vraiment intelligente d'aborder un problème.

Je me demande si Santé Canada vous consulte avant de décider de mettre en oeuvre de nouveaux programmes chez vous. Vous consulte-t-on? Le nouveau *Guide alimentaire canadien*, par exemple, a-t-il été préparé en consultation avec vous? Avez-vous participé à l'élaboration de ces programmes, de ces guides, afin qu'ils puissent vraiment répondre à vos besoins?

Mme Valerie Gideon: Je vais commencer par la question des 269 millions de dollars. Oui, l'impact de ces compressions sera ressenti plus profondément au cours de la prochaine année fiscale. Ces réductions ont été annoncées dans le budget de 2005. Cela n'inclut donc pas la réduction de budget imposée au Programme de cessation du tabagisme qui vient juste d'être annoncée. Ce sera ajouté à ce montant. Cela aura un effet surtout sur les services non assurés. Le Programme de cybersanté sera complètement éliminé. On oublie donc les nouvelles technologies dans les communautés.

En 2004, quand 700 millions de dollars en nouveaux investissements ont été annoncés, ce qui incluait notamment le renouvellement de l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones, nous n'avons pas été consultés. Par contre, on avait participé à l'évaluation de l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones et on voulait absolument que son financement soit renouvelé. Le montant d'argent qui y a été consacré est beaucoup plus élevé qu'auparavant, mais on ne nous a pas consultés sur l'utilisation de ce montant de 700 millions de dollars. Nous sommes insatisfaits de la façon dont les communautés peuvent avoir accès au financement. Par exemple, les communautés des premières nations n'auront accès qu'à seulement 4 p. 100 des 100 millions de dollars en quatre ans prévus pour l'Initiative relative aux ressources humaines en santé. Ce budget est de quatre ans parce qu'il a été difficile de le faire approuver. Nous sommes insatisfaits de cela.

Parlons du nouveau *Guide alimentaire canadien*. Nous faisons partie d'un petit groupe de travail que la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits a créé avec les Inuits. Toutefois, nous n'avons pas été vraiment consultés sur le contenu du *Guide alimentaire canadien*, mais seulement sur sa présentation, pour s'assurer qu'elle soit adéquate. Il n'y a pas eu de restructuration du *Guide alimentaire canadien* pour s'assurer que les recommandations soient appropriées aux besoins des populations. On devrait sérieusement considérer cela. Il faudrait des recherches approfondies, par contre, pour s'assurer que les recommandations soient adéquates et qu'on ne présume pas que le taux de...

• (1720)

Mme Nicole Demers: Excusez-moi, avez-vous voulu dire qu'on vous a consulté sur le contenant, mais pas sur le contenu?

Mme Valerie Gideon: C'est exact.

[Traduction]

Le président: Très rapidement.

[Français]

Mme Nicole Demers: Monsieur Eyahpaise, j'aimerais savoir quelle est la limite permise pour les besoins alimentaires spéciaux. Vous en avez parlé un peu plus tôt. J'aimerais savoir ce que vous vouliez dire et ce que cela représente.

M. Robert Eyahpaise: Je m'excuse, madame, mais je n'ai pas mentionné de limite.

[Traduction]

Mme Nicole Demers: Jusqu'à quel point les besoins diététiques spéciaux sont-ils pris en compte? Vous avez parlé de certains besoins diététiques pour le diabète, pour des maladies spéciales. Je veux savoir dans quelle mesure cela est permis.

M. Robert Eyahpaise: Dans la mesure permise pour les gens qui ont des besoins alimentaires particuliers. Je n'ai pas les chiffres avec moi actuellement, parce qu'ils sont variables, mais je peux obtenir les détails pour vous.

Le président: Si vous pouviez les faire parvenir au comité, au nom de tout le monde, cela serait bien.

Monsieur Lunney, cinq minutes ou moins.

M. James Lunney (Nanaimo—Alberni, PCC): Très bien.

J'ai suivi la discussion avec beaucoup d'intérêt. Je crois qu'il est intéressant de voir que dès que ces enfants atteignent la première année, ils souffrent déjà d'un excès de poids. Quelqu'un de vous a dit cela. Quelqu'un a dit que l'allaitement maternel pouvait offrir une certaine protection.

Ensuite, la discussion s'est poursuivie. Mon collègue, Dave Batters, a soulevé la question de savoir quel genre de sensibilisation se fait. Nous avons entendu des réponses au sujet des diététiciens et de l'absence d'accès aux professionnels pour vraiment expliquer ce qu'est une nutrition adéquate et s'assurer que les gens en ont une.

J'aimerais revenir à certains des éléments d'information fournis par nos chercheurs ici, à savoir que de tout temps, avec la chasse et l'exploitation des ressources, les gens avaient largement accès aux petits fruits et au goémon dans les collectivités du Nord, et que nombre des oiseaux qui étaient consommés étaient riches en éléments nutritifs, et ainsi de suite. Peut-être, bien sûr, au moment où les aliments traditionnels font moins partie de l'alimentation de nombreux Autochtones, y a-t-il également beaucoup moins d'éléments nutritifs, de vitamines et de minéraux et cela devrait être important ici.

Avec un groupe aussi important autour de cette table, qui représente les chercheurs et les personnes qui ont beaucoup d'expérience dans le sujet, est-ce que quelqu'un a fait une simple étude des suppléments vitaminiques et minéraux de base pour les enfants afin de découvrir si cela pourrait peut-être faire une grande différence dans les taux de glycémie. Par exemple, on sait que le chrome est essentiel pour le métabolisme de la glycémie. Est-ce que quelqu'un peut me dire si une telle étude a été réalisée, seulement avec les minéraux et les vitamines de base, pour nos jeunes?

J'aimerais faire l'observation suivante : nous savons que l'efficacité physiologique a un grand rôle à jouer dans l'activité physique. Lorsque le corps fonctionne physiologiquement bien, on a tout simplement le goût d'en faire davantage.

Le président: Très bien, c'est une question simple. Est-ce que quelqu'un peut répondre?

Madame Whitecloud.

Mme Katherine Whitecloud: Si nous avons des réponses simples, nous ne serions pas ici.

Mes enfants sont tous des adultes. Je suis grand-mère. Mais je sais qu'il y avait des vitamines pour les enfants lorsque nous allions dans les cliniques de santé pour bébés dans les collectivités. Je ne suis pas certaine si ces vitamines sont toujours disponibles ou non.

Beaucoup d'enfants aujourd'hui — ceux qui le peuvent — vont chez le pédiatre et on leur donne des vitamines et des choses du genre. Mais cela n'est pas disponible pour tout le monde ou pour chaque collectivité, surtout dans le Nord. Cela n'est pas disponible parce que nous avons des pénuries critiques d'infirmières et de médecins. On n'a même pas le personnel nécessaire pour offrir cela à moins que le représentant de la santé pour la collectivité le fasse.

Madame Langlois sera peut-être capable de répondre à cela.

• (1725)

Le président: Très bien, mais on a très peu de temps.

Mme Kathy Langlois: Il ne fait aucun doute que le Programme canadien de nutrition prénatale est très préoccupé par la sécurité nutritionnelle des mères. Alors, on encourage l'allaitement maternel; on donne des aliments. Nous avons mentionné l'exemple du Nunavik; de l'omble chevalier et du caribou sont donnés aux mères durant toute la durée du programme.

Je me demande si mon personnel peut donner une réponse précise au sujet des vitamines. La question des vitamines et des suppléments vitaminiques nous préoccupe. Nous travaillons avec la Société canadienne de pédiatrie, particulièrement en ce qui concerne les suppléments de vitamine D.

Je crois que, grâce à ce programme, on donne effectivement accès aux suppléments vitaminiques, mais qu'une intervention plus générale est nécessaire.

M. James Lunney: Oui, mais vous ne dites pas qu'il n'y a pas de programme spécifique pour les multivitamines et les minéraux qui permettrait de s'assurer que nous répondons à tous les besoins d'un jeune enfant en développement. Il me semble que ce serait un bon point de départ.

Le président: Nous avons un chercheur qui veut intervenir à ce sujet.

Madame Willows.

Mme Noreen Willows: À tout le moins dans les collectivités de la Baie James, je sais que les bébés reçoivent du Tri-Vi-Sol, qui est un supplément vitaminique et que les mères reçoivent du Materna. Ce n'est pas tout le monde qui prend ces suppléments ou qui les donne à ses enfants. Mais je pense qu'il est réellement important de demeurer concentré sur la nourriture et non pas sur les nutriments parce que les gens mangent des aliments, pas des nutriments.

Aux États-Unis, certains ont même songé à ajouter des vitamines et des minéraux aux eaux gazeuses parce que c'est ce que les enfants boivent, ce qui est une notion absolument révoltante. SunnyD fait son marketing de cette façon. C'est de l'eau sucrée avec quelques vitamines ajoutées. Mais c'est surtout du sucre.

Je ne crois pas que l'augmentation de la prévalence de l'obésité au cours des dernières décennies ait quoi que ce soit à voir avec les lacunes de plus en plus grandes en matière de vitamines et de minéraux chez les enfants. Je ne crois pas que l'alimentation a suffisamment changé pour permettre ce genre d'hypothèse. Donc, je ne connais aucune recherche spécifique qui s'est penchée sur le fait de savoir si les suppléments donnés aux enfants réduiraient les taux d'obésité. J'en doute. Et là encore, je crois qu'il est très important de ne pas oublier l'alimentation parce que les gens mangent des aliments, pas des nutriments.

Le président: Merci beaucoup.

Je crois que cela répond à la question. La réponse est non ou encore que ça n'aidera probablement pas. C'est l'interprétation que j'en fais.

Madame Dhalla, vous avez trois minutes.

Mme Ruby Dhalla (Brampton—Springdale, Lib.): Merci beaucoup, monsieur le président.

Je veux faire écho aux propos de mes collègues qui ont dit que vos exposés étaient extrêmement intéressants. Nous vous remercions d'avoir pris le temps et fait les efforts nécessaires pour nous fournir cette information.

C'est bien également de voir tant de femmes venir témoigner et jouer un rôle de leadership dans ce qui est maintenant considéré comme un gros problème non seulement pour les collectivités inuites et des premières nations, mais pour tous les enfants canadiens d'un bout à l'autre du pays.

Les propos du chef Whitecloud et ceux de Valerie m'ont particulièrement intéressée. L'une des préoccupations que j'ai entendue de plusieurs des témoins autour de la table est la frustration — je crois que c'est Kristy qui l'a le mieux décrite — de voir que les programmes qui sont conçus ne sont pas adaptés aux besoins de la collectivité.

Si on se reporte à l'an dernier, beaucoup de consultations ont été menées auprès des peuples des collectivités autochtones pour l'élaboration de l'Accord de Kelowna. Les consultations auprès de tous les paliers de gouvernement et des divers intervenants ont été menées pendant 18 mois, et je pense qu'il est assez remarquable que tout le monde se soit assis et en soit venu à un accord qui a été mis en place.

Dans votre exposé, chef Whitecloud, vous avez parlé d'une stratégie holistique en matière de santé qui a été endossée lors de cette réunion particulière des premiers ministres. Malheureusement, les choses ont tourné au vinaigre, je dirais. L'Accord de Kelowna n'a pas encore été adopté par notre gouvernement à ce jour.

Quel genre de répercussions cette situation a-t-elle sur la mise en oeuvre de votre stratégie holistique en matière de santé pour l'instant, et quel genre de défis voyez-vous, pour l'avenir, afin d'aborder la question des programmes de santé pour nos enfants afin de nous assurer que l'on fait la promotion de la prévention de l'obésité au sein de la population des Autochtones, des communautés des premières nations et des Inuits?

• (1730)

Mme Valerie Gideon: Le chef Whitecloud m'a demandé de répondre.

L'impact est que le 1,3 milliard de dollars qui a été annoncé comme financement — qui incluait du financement pour stabiliser l'enveloppe mais aussi une enveloppe de 445 millions de dollars, je crois, pour la transformation du système, qui aurait facilité les changements requis pour permettre aux collectivités d'avoir la souplesse nécessaire pour mettre en oeuvre cette stratégie en particulier — n'existe plus.

Nous avons également perdu, comme je l'ai précisé, d'autres investissements concernant l'apprentissage en bas âge et les soins pour enfants, ce qui aurait aussi contribué à améliorer la nutrition rendue accessible aux enfants. Donc, il y a d'autres ressources là.

L'autre impact, bien sûr, est que nous faisons face à une limite de 3 p. 100 dans le budget du 1^{er} avril 2007, sans aucun plan de rechange quant à savoir comment le problème sera abordé. Nos collectivités sont dans une situation d'urgence. Elles se concentrent strictement sur la façon de gérer dans le cadre de ces compressions budgétaires plutôt que de penser à la façon dont elles pourraient aborder les choses de façon plus innovatrice et comment elles pourraient s'intéresser aux déterminants de la santé dans leurs collectivités.

Le président: Merci.

Notre temps est écoulé, mais si le comité le veut, j'aimerais poser une question rapide.

J'ai entendu beaucoup de choses au sujet du financement et beaucoup de choses au sujet des études, et ainsi de suite. Est-ce que l'un ou l'autre d'entre vous a déjà été approché par le gouvernement fédéral pour voir si une solution pourrait provenir de vos communautés spécifiques et vous êtes-vous effectivement engagés à trouver certaines de ces solutions? Certaines questions ont été posées en ce sens, mais je n'ai jamais entendu personne dire être effectivement engagé et avoir demandé aux premières nations ou aux Inuits d'adopter une approche spécifique à ce problème.

Mme Katherine Whitecloud: En fait, nous au Manitoba, rencontrons le ministre jeudi matin pour lui présenter un plan sur la façon dont nous voulons tenir compte des préoccupations de nos peuples au Manitoba en matière de santé. C'est spécifique au Manitoba.

Le président: Très bien.

Je parle ici précisément d'obésité infantile, parce que c'est un problème majeur dans toute la société, mais dans votre collectivité en particulier. Si vous ne vous engagez à l'égard d'aucune solution que nous trouvons ici au sein de notre comité, ça ne fonctionnera pas. Voilà un défi auquel vous devrez réfléchir.

Notre temps est écoulé. Merci beaucoup.

La séance est levée.

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

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

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

Also available on the Parliament of Canada Web Site at the following address:

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

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

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