



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA • NUMÉRO 027 • 1^{re} SESSION • 41^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le jeudi 9 février 2012

Présidente

Mme Joy Smith

Comité permanent de la santé

Le jeudi 9 février 2012

•(0845)

[Traduction]

La présidente (Mme Joy Smith (Kildonan—St. Paul, PCC)): Je déclare la séance ouverte.

Bonjour tout le monde et bienvenue au comité de la santé. Nous sommes ravis de recevoir nos invités ce matin.

Comme vous le savez, nous nous intéressons à la promotion de la santé et à la prévention des maladies.

Nous recevons Mary Collins, de la B.C. Healthy Living Alliance. Bienvenue, Mary, nous sommes contents de vous avoir avec nous. Mary est directrice du Secrétariat et elle est accompagnée de Cathy Adair. Bienvenue.

De l'Association canadienne des ergothérapeutes, nous accueillons également Claudia von Zweck, directrice générale — bienvenue Claudia — et Mary Forhan, ergothérapeute. Vous êtes aussi la liaison avec le réseau canadien obésité, c'est fantastique.

De la University of Western Ontario, nous accueillons Piotr Wilk, professeur adjoint — bienvenue, monsieur — et je crois que nous devrions vous appeler Dr Wilk, n'est-ce pas? Oui, en effet, et le Dr Martin Cooke est aussi avec nous. Bienvenue, docteur Cooke.

Mme Rita Orji s'adressera au comité à titre personnel. Ai-je bien prononcé votre nom? Bienvenue.

Commençons par Mary Collins, s'il vous plaît. Vous avez 10 minutes pour faire votre exposé.

Mme Cathy Adair (représentante, Vice-présidente, Contrôle du cancer, Société canadienne du cancer, division de la Colombie-Britannique et du Yukon, BC Healthy Living Alliance): Bonjour, madame la présidente et bonjour aux membres du comité. Nous sommes ravis de votre intérêt et de votre engagement envers la promotion de la santé et la prévention des maladies et nous vous remercions de nous offrir cette occasion de témoigner de notre expérience et d'exprimer notre opinion au sujet de ce qu'il faut faire pour promouvoir la santé et prévenir les maladies.

La BCHLA est une alliance regroupant neuf organismes de la Colombie-Britannique qui travaillent de concert depuis 2003 en vue de réduire les facteurs de risque communs et les inégalités en matière de santé, deux éléments qui, on le sait, sont un facteur important dans la contraction de maladies chroniques.

La Colombie-Britannique est un chef de file en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies. Nous sommes fiers de pouvoir dire que nous avons les plus faibles taux de tabagisme et d'obésité et le plus haut taux d'activité physique. Les prévisions à court et à long terme indiquent toutefois que la Colombie-Britannique et le Canada se retrouveront derrière les autres leaders mondiaux si nous n'agissons pas et ne changeons pas certaines choses à mesure que le temps passe.

Par la supervision d'une valeur de 25 millions de dollars en initiatives créées et mises en œuvre pour lutter contre les facteurs de risque communs et sa participation à l'élaboration de politiques de réduction des inégalités en matière de santé en Colombie-Britannique, la BCHLA a recueilli bon nombre d'informations qui, nous l'espérons, susciteront votre intérêt et sont à notre avis applicables à tout le Canada.

Ma collègue Mary va vous parler de ces questions.

•(0850)

L'hon. Mary Collins (directrice du Secrétariat, BC Healthy Living Alliance): Merci, Cathy.

Je suis très heureuse d'être ici avec vous.

Je vais profiter du peu de temps qui m'est alloué pour parler de plusieurs sujets que nous trouvons importants. Je ne lirai pas les notes.

Je veux d'abord mentionner que Cathy et moi revenons tout juste de la conférence de l'Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada, qui se déroule à l'hôtel Delta Ottawa City Centre où nous avons entendu de nombreux spécialistes traiter de ces sujets. Beaucoup de nouvelles informations y circulent et je vous encourage fortement à y assister.

Hier, l'administrateur en chef de la santé publique du Canada, le Dr David Butler-Jones, a pris la parole lors de l'ouverture de la conférence et a mentionné le rôle clé de la prévention. Cette idée est de plus en plus présente dans l'esprit des décideurs d'ici et de partout au pays. Les ministres des Finances et de la Santé réalisent de plus en plus que le coût des soins de santé pourrait devenir insoutenable si nous ne faisons rien pour changer la tendance à long terme, et la prévention doit être la pierre d'assise de ces changements. Ce n'est pas une mince tâche, mais nous espérons que votre comité et vos collègues nous aideront à l'accomplir.

La gestion des soins de santé a récemment fait l'objet d'une étude très intéressante aux États-Unis. Elle a paru dans la revue *Health Affairs*. Ses auteurs cherchaient à savoir si des investissements dans les soins ou des investissements dans la prévention amèneraient réellement des changements de coûts à long terme. Le modèle obtenu montre que, d'ici 25 ans — nous sommes conscients qu'il s'agit d'une longue période et que ces changements ne surviendront pas du jour au lendemain — des investissements dans la prévention sauveraient 140 p. 100 plus de vies et réduiraient les coûts de 62 p. 100. Nous savons que notre réalité n'est pas exactement la même que celle des États-Unis, mais nous vous proposons de viser des objectifs semblables.

Nous reconnaissons qu'il faut intégrer le système de prévention au système de soins de santé et que les soins de santé primaires sont essentiels à l'atteinte de cet objectif. Beaucoup de gouvernements travaillent déjà sur une approche adjoignant la prévention et le travail de professionnels de la santé aux soins primaires et nous espérons que le gouvernement fédéral continuera d'appuyer de tels efforts.

Nous sommes aussi conscients que le secteur de la santé n'y arrivera pas tout seul. Nous continuons de prêcher, si je puis m'exprimer ainsi, pour que la question des maladies chroniques, auxquelles 40 p.100 des budgets de santé sont consacrés, soit considérée comme une problématique concernant l'ensemble de la société, du gouvernement aux particuliers. Peut-être pourriez-vous y penser en ces termes.

Cette prise en compte généralisée du problème n'exige pas uniquement la contribution du gouvernement, mais aussi celle du secteur privé et de tous les fournisseurs de soins de santé sans but lucratif. Nous devons trouver de meilleurs moyens pour rassembler les gens — il y a encore du chemin à faire — et prendre de bonnes décisions et arriver à des conclusions utiles. Là aussi, nous aimerions que le gouvernement fédéral aide à faciliter ces rassemblements.

Aussi, lorsque je parle du gouvernement, je ne pense pas qu'au ministère de la Santé. Dans le cas du financement des infrastructures, par exemple, il faut comprendre quelles répercussions chaque projet d'infrastructure pourrait avoir sur la santé des citoyens et se demander si ces projets nous aideront à réduire les inégalités en matière de santé. C'est l'une de nos principales préoccupations: la santé et les résultats en matière de santé des gens varient beaucoup d'un groupe socioéconomique à l'autre.

Nous encourageons tous les ordres de gouvernement, y compris le gouvernement fédéral, à exiger que leurs ministères adoptent un plan de rendement montrant ce qu'ils font pour contribuer à l'amélioration de la santé des Canadiens et à exiger que ces plans soient réévalués régulièrement, notamment pour s'assurer que les grands projets ont vraiment une incidence positive sur la santé. Ces évaluations ne doivent pas que porter sur les facteurs environnementaux, bien qu'ils soient importants, mais aussi sur les conséquences qu'ont les grands projets sur la santé.

S'agissant des déterminants sociaux de la santé, que nous connaissons évidemment tous depuis fort longtemps, nous savons qu'il s'agit entre autres des endroits où nous travaillons, où nous faisons du sport et où nous vivons. Les environnements économique et social d'un individu influent énormément sur sa santé. Nous devons nous concentrer sur des initiatives qui en tiendront compte. Les campagnes très générales nous laissent habituellement perplexes; elles peuvent aider les gens déjà en santé, mais elles ne répondent pas nécessairement aux besoins de ceux qui ont une très mauvaise santé ou qui sont très à risque d'en arriver là. Il faut parfois envisager une approche plus ciblée pour rejoindre ces personnes.

Je sais que vous vous intéressez particulièrement aux questions du poids-santé et de l'obésité juvénile. Nous avons revu nos termes et parlons maintenant de « poids-santé » plutôt que d'« obésité », parce que nous sommes de plus en plus conscients qu'en utilisant le mot « obésité » nous pointons des gens du doigt; nous ne pensons pas que ce soit une bonne idée. Le sujet déjà assez délicat comme ça.

• (0855)

Je ne vais pas passer au travers de toutes nos recommandations puisque nous en avons toute une gamme. Vous pourrez consulter nos différents rapports sur notre site web.

Il y a quelques points très importants. L'un d'eux est de garantir à tous les Canadiens l'accès à des aliments nutritifs, surtout dans le cas

des enfants en pleine croissance. Cela peut se faire de nombreuses façons par le biais de programmes scolaires.

Nous sommes aussi très préoccupés par le fait que la télévision et la publicité bombardent les enfants d'images de nourriture malsaine, et il semble que cette tendance soit à la hausse... Les enfants n'ont évidemment pas encore tous les outils pour faire les bons choix.

Idéalement, des solutions pourraient être apportées sur une base volontaire et par la coopération. Malheureusement, cela ne semble pas vraiment donner de résultats. Nous ne souhaitons pas voir disparaître ces mesures, mais nous croyons qu'une réglementation devra être appliquée. Le Québec l'a fait. Nous croyons qu'il faut mettre l'accent, à la grandeur du Canada, sur la restriction du marketing dirigé vers les enfants, pas seulement à la télévision, mais dans les publicités, chez les personnages de dessins animés, dans les jeux vidéos et par ce genre de canaux. Je sais que nous ne pouvons pas tout réglementer, mais il est prouvé que ça peut avoir des effets positifs.

Par ailleurs, il y aurait la possibilité de taxer les aliments malsains. Nous le savons, personne n'aime les taxes, mais les arguments s'accroissent en faveur de la taxation de ces produits et il en a beaucoup été question ces deux derniers jours à la Conférence. Nous proposons le prélèvement d'une taxe d'accise sur les boissons sucrées, pas seulement les boissons gazeuses, mais toutes les boissons sucrées. Les gens pensent souvent qu'il n'y a que les boissons gazeuses, mais nous ne nous arrêtons pas là. Une telle mesure peut avoir un effet positif en aidant les gens à faire de meilleurs choix. Dans certains cas, cela pourrait se faire à l'échelle provinciale, mais le gouvernement fédéral pourrait aussi tenter d'aider les gens à faire ces bons choix.

Et nous ne pouvons pas oublier le rôle du tabac et de l'alcool. Nous prions le gouvernement de renouveler sa stratégie concernant le tabac, qui, nous le savons, arrivera bientôt à échéance. Nous avons fait beaucoup de progrès et nous avons beaucoup appris, mais nous ne pouvons pas jeter l'éponge. Encore trop de gens fument, surtout chez les jeunes femmes qui associent souvent cette habitude à la minceur et au maintien de leur poids. Évidemment, il y a aussi l'alcool; les gens reconnaissent de plus en plus l'alcool comme un facteur de risque pour l'obésité et réalisent qu'il est étroitement lié aux maladies chroniques.

Pour conclure, nous reconnaissons le leadership qu'a exercé le gouvernement fédéral au cours des années en travaillant de concert avec les provinces, le secteur privé et les organismes sans but lucratif pour promouvoir de saines habitudes et inspirer la prochaine génération de Canadiens à vivre longtemps et en santé.

Nous vous remercions et nous ferons un plaisir de répondre à vos questions.

La présidente: Merci beaucoup, Mary.

Nous donnons maintenant la parole à la Dre Claudia von Zweck, de l'Association canadienne des ergothérapeutes.

Mme Mary Forhan (ergothérapeute, Liaison avec le réseau canadien obésité, Association canadienne des ergothérapeutes): Merci...

La présidente: Désolée, docteur Forhan, est-ce vous d'abord? Vous allez partager votre temps alors?

Mme Mary Forhan: Non, nous ne ferons pas ça.

La présidente: Vous ferez l'exposé principal.

Mme Mary Forhan: Oui. Claudia sera en mesure de répondre à quelques questions.

La présidente: D'accord, merci beaucoup.

Mme Mary Forhan: Bonjour, madame la présidente et membres du comité. Merci beaucoup de nous donner la chance de nous adresser au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes.

Je suis la Dre Mary Forhan, ergothérapeute, et je fais de la recherche dans le domaine de la gestion, de la prévention et du traitement de l'obésité. Je m'adresse à vous en tant que représentante de l'Association canadienne des ergothérapeutes, dont je suis membre active depuis 1990. L'ACE est ravie de prendre part à ces consultations sur la promotion de la santé et la prévention des maladies avec une attention particulière accordée à l'obésité.

Il y a une façon dont l'ergothérapie peut contribuer à la promotion de la santé et à la prévention des maladies et c'est en encourageant les gens à se trouver des occupations, comme l'exercice physique, mais aussi d'autres natures. L'ergothérapie est l'art et la science de faciliter la participation dans le cadre de la vie quotidienne, avec engagement actif dans des activités ou des occupations significatives. Les occupations sont tout ce qu'une personne fait pendant sa journée, comme travailler, aller à l'école, faire du sport ou s'adonner à un passe-temps, s'occuper des autres tout comme prendre soin de soi-même. L'occupation est le contexte dans lequel on acquiert des habiletés, exprime ses sentiments, tisse des relations, étend des connaissances et trouve une signification et un but dans la vie. L'ACE est persuadée qu'il est important pour tous les Canadiens de participer à des activités quotidiennes significatives à tous les stades de leur vie, peu importe leur santé ou leurs restrictions sur le plan physique.

Devant la progression de l'épidémie d'obésité et l'augmentation du nombre de Canadiens âgés, le gouvernement comprend l'importance de faire la promotion de modes de vie sains dans le but de favoriser la santé et de prévenir les maladies. De plus en plus, les recherches montrent que la participation à un mode de vie actif contribue à la fois à la santé physique et au bien-être mental.

L'ACE recommande donc que le gouvernement fédéral adopte une vision sur la promotion de la santé et la prévention des maladies qui intègre une implication personnelle et collective envers un mode de vie sain, exerçant ainsi son leadership à l'égard des provinces et des territoires et offrant une nouvelle conception des soins de santé en accordant davantage d'importance à la promotion de la santé par rapport au traitement des maladies.

La stratégie de promotion de la santé et de prévention des maladies de l'ACE comprend la rédaction et la diffusion d'un guide de vie active. L'ACE travaille déjà à la création d'un tel guide avec l'aide de chercheurs des universités Queen's et McMaster.

La vie active est un ensemble de comportements qui contribuent à la santé et au bien-être en réduisant les facteurs de risque associés aux maladies chroniques telles que l'obésité, la dépression, l'hypertension, le diabète et la toxicomanie. L'ACE définit la vie active comme un engagement actif à des activités significatives qui soutiennent un mode de vie où sont valorisées les activités physiques, sociales, mentales, émotionnelles et spirituelles. La vie active s'étend au-delà de l'exercice physique.

Les objectifs du guide de vie active vont de pair avec la vision du comité en ce qui a trait à la promotion de la santé et du bien-être des

Canadiens et à la prévention des maladies, comme il est énoncé dans la Déclaration sur la prévention et la promotion de la part des ministres canadiens de la Santé, de la Promotion de la santé et du Mode de vie sain, publiée en 2010.

Les idées de l'ACE concernant la vie active et la promotion de la santé pourraient également servir à l'Agence de la santé publique du Canada dans son dialogue national sur le poids-santé. Ce dialogue a lieu en ce moment, je suis certaine que vous le savez tous. L'ACE est en mesure d'aider l'Agence de la santé publique à atteindre ses objectifs en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies. L'ACE encourage le gouvernement fédéral à faire participer l'Agence de la santé publique à l'établissement d'un consensus et contribuer à la diffusion et à l'évaluation du guide de vie active.

Le guide a pour but de cerner les besoins des différentes populations et de promouvoir non seulement la santé physique, mais aussi d'autres facteurs bénéfiques qui contribuent à la santé des individus, comme le sens de connexité, la spiritualité et l'engagement dans la collectivité. Le guide vise à promouvoir un mode de vie sain et actif pour tous les Canadiens et il accorde une attention particulière aux groupes à haut risque comme les enfants et les jeunes, les collectivités des Premières nations, les adultes nouvellement retraités et d'un certain âge ainsi que les personnes handicapées. Le guide de vie active offrira des stratégies pour surmonter les obstacles physiques, sociaux et environnementaux qui se posent entre les Canadiens des populations à haut risque et un mode de vie sain et actif.

Selon les recherches menées jusqu'à ce jour, il ne suffit pas de passer à l'action pour mener une vie plus active. Plusieurs aspects de la participation à une activité doivent être sérieusement pris en compte. Voici des éléments clés du guide de vie active.

- (0900)

Certains facteurs comme la pauvreté, un handicap ou une connaissance limitée de la langue peuvent restreindre l'accès ou la participation à une activité significative. Il faut reconnaître et éliminer les barrières systémiques pour donner l'occasion aux individus de participer à des activités saines. Les individus sont beaucoup plus motivés à entreprendre et à poursuivre une activité lorsqu'ils ont le choix. Plutôt que de dicter une série d'activités, le guide laisserait les gens choisir en fonction de leurs préférences.

Il peut y avoir des événements importants dans la vie d'une personne, comme l'obtention d'un diplôme, la préparation à la retraite ou l'apparition d'un handicap où les activités changent et doivent être remplacées. Un cadre de promotion de la participation à des activités saines doit tenir compte des étapes de la vie et des changements, ce que fera le guide de vie active.

Les gens peuvent accorder une valeur différente aux activités selon leur situation culturelle, sociale ou politique. Par exemple, les jeunes peuvent être motivés à pratiquer un sport en particulier, mais ne persévéreront peut-être pas si leur famille ou leurs pairs ne s'y intéressent pas. Il faut donc présenter diverses options d'activités saines, et ce, dans toute une gamme de contextes culturels.

L'équilibre constitue un autre point important à prendre en considération dans les modèles d'activité. Il est important de savoir à quel moment l'activité a un effet positif sur la santé et à quel moment une activité trop intense peut avoir un effet négatif. Les recherches soulignent la présence de problèmes d'équilibre entre le temps passé à l'écran dans le cas des adolescents, la conciliation travail-famille chez les adultes et le bénévolat dans le cas des aînés. La participation à des activités quotidiennes significatives et l'effet de ces dernières sur la promotion de la santé et la prévention des maladies constituent des convictions fondamentales en ergothérapie. C'est pourquoi l'ACE recommande que les ergothérapeutes soient intégrés à la planification stratégique et à la mise en œuvre de la conception d'une nouvelle vision sur la promotion de la santé et la prévention des maladies au Canada.

Pour résumer, l'ACE recommande principalement que: le gouvernement fédéral adopte une vision en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies qui intègre une participation personnelle et collective envers un mode de vie sain, exerçant ainsi son leadership à l'égard des provinces et des territoires et modifiant la perception des soins de santé au Canada en y ajoutant l'aspect de prévention; le gouvernement fédéral soutienne l'engagement de l'Agence de la santé publique du Canada à participer à l'établissement d'un consensus et à la diffusion et à l'évaluation du guide de vie active; les ergothérapeutes soient intégrés à la planification stratégique et à la mise en œuvre de la conception d'une nouvelle vision sur la promotion de la santé et la prévention des maladies au Canada.

Je tiens à remercier le comité de la part de toute l'Association canadienne des ergothérapeutes de nous avoir donné l'occasion de nous faire entendre. C'est avec plaisir que nous répondrons à vos questions.

Merci.

• (0905)

La présidente: Merci beaucoup, docteur.

Voici maintenant le Dr Wilk, de l'University of Western Ontario.

M. Piotr Wilk (professeur adjoint, University of Western Ontario): Nous allons nous diviser notre temps. Le Dr Cooke pourrait donc commencer.

La présidente: Vous allez vous partager votre temps. C'est très bien.

Allez-y, s'il vous plaît, docteur Cooke.

M. Martin Cooke (partenaire de recherche, Professeur agrégé, Université de Waterloo, University of Western Ontario): Bonjour, madame la présidente, vice-présidents et membres du comité. Nous sommes heureux d'être ici ce matin pour vous aider dans cette tâche importante.

La hausse du taux d'obésité, comme ce comité le sait très bien, figure parmi les principaux problèmes de santé publique auxquels nous devons faire face aujourd'hui. L'obésité juvénile est un sujet particulièrement important parce qu'elle est accompagnée d'un certain nombre de risques, tant pendant l'enfance que plus tard dans la vie.

Nous nous penchons actuellement sur la question de l'obésité chez les enfants autochtones. Comme le comité le sait également, un très grand nombre de jeunes Autochtones, peut être même plus que le double des autres jeunes Canadiens, sont en proie à l'obésité. Nous ne pouvons malheureusement pas donner d'estimations plus précises, puisqu'il n'existe pas de système de surveillance à l'échelle nationale qui permette de suivre les résultats en matière de santé chez

les jeunes Autochtones. Les données sont toutefois suffisantes pour conclure que les jeunes Autochtones, peu importe leur lieu de résidence ou d'origine, sont plus vulnérables à l'obésité et sont plus à risque d'en subir les effets négatifs.

L'obésité juvénile est probablement un facteur majeur dans l'écart d'équité en santé qui divise les jeunes Canadiens autochtones et non autochtones. Cet écart en matière de santé et de qualité de vie liée à la santé pourrait se creuser à mesure que les générations actuelles de jeunes Autochtones passeront à l'adolescence et à l'âge adulte. Qui plus est, 30 p. 100 de la population autochtone est âgée de moins de 15 ans, alors la réduction de l'écart d'équité et l'amélioration de la santé des populations autochtones exige qu'on accorde une attention particulière à la santé des jeunes.

Nous comprenons évidemment que le comité est sans doute plus intéressé à savoir quelles stratégies se sont avérées efficaces dans la lutte contre l'obésité juvénile, en particulier chez les jeunes Autochtones. Les résultats obtenus par la recherche ne sont malheureusement pas concluants à ce sujet. Nos collègues de la Northern Ontario School of Medicine ont récemment réexaminé la documentation et ont constaté qu'il n'existe pas vraiment de consensus quant à ce qui fonctionne pour combattre l'obésité chez les jeunes Autochtones. L'efficacité des solutions semble beaucoup dépendre du contexte social.

Nos travaux de recherche sur l'obésité chez les jeunes Autochtones sont actuellement financés par l'Institut de la santé des Autochtones, qui fait partie des Instituts de recherche en santé du Canada. Nous travaillons aussi avec la Métis Nation of Ontario ainsi que d'autres partenaires. Ces recherches portent sur les effets des facteurs déterminants de l'obésité juvénile chez les enfants, dans les familles et dans les collectivités. Notre programme de recherche vise les enfants des Premières nations Métis et hors réserve. À l'heure actuelle, plus de la moitié des jeunes Autochtones vivent en milieu urbain et cette proportion croît rapidement.

Bien que ces travaux soient encore en cours, nous disposons de résultats préliminaires. Les informations obtenues auprès de groupes types composés de parents et l'analyse des données de Statistique Canada révèlent toutes les deux que le revenu familial est un déterminant clé en ce qui a trait à l'obésité juvénile. Mais il est aussi possible que beaucoup de facteurs de société qui influent sur la santé des jeunes Autochtones soient différents de ceux qui touchent la population canadienne en général, reflétant ainsi certaines différences culturelles et historiques. Par exemple, en nous intéressant aux revenus des familles et à d'autres facteurs, nous avons remarqué que les enfants dont les parents ont fréquenté un pensionnat sont plus à risque de devenir obèses que les autres enfants autochtones.

Il semblerait aussi que les enfants et les familles autochtones qui vivent en milieu urbain et hors réserve sont plus susceptibles d'habiter dans des quartiers ou des collectivités où les possibilités de faire de l'activité physique ou d'avoir accès à des aliments sains et abordables sont rares. Nous construisons en ce moment un modèle concernant les effets des caractéristiques des quartiers, dont l'accès à des aliments frais et la proximité d'espaces récréatifs.

M. Piotr Wilk: Comme nous le répètent souvent nos collègues des Premières nations et Métis, le poids-santé des jeunes Autochtones peut difficilement être isolé des autres aspects de leur santé ou de leur bien-être, dans un sens plus général.

Il est aussi important de savoir que la santé physique des jeunes est étroitement liée à leur santé émotionnelle et spirituelle ainsi qu'à celle de leur famille ou de leur collectivité. Les jeunes Autochtones qui vivent en milieu urbain sont visés par des politiques et des programmes de divers organismes et institutions gouvernementaux, dont certains organismes spécialement conçus pour les Autochtones, des bureaux de santé publique, des cliniciens, des écoles et les organismes de santé publique conventionnels.

Certains enfants et leurs familles sont aussi en lien avec les Premières nations ou d'autres collectivités et bénéficieront peut-être des services des institutions de ces collectivités pendant une partie de leur vie. Nous sommes convaincus que ce système de santé et de bien-être peut être amélioré. Nous dirigeons actuellement une initiative financée par l'Agence de la santé publique du Canada qui a pour but d'améliorer la façon dont ces institutions viennent en aide aux jeunes et aux familles autochtones qui vivent en milieu urbain.

Des consultations menées auprès de partenaires communautaires et des entrevues réalisées avec des parents et des tuteurs nous ont permis de découvrir que les collectivités disposent parfois d'importantes ressources à offrir à travers de programmes et de services destinés aux jeunes Autochtones. Ces ressources ne sont toutefois pas toujours utilisées de façon optimale à cause de la fragmentation du système. Par exemple, il arrive que les cliniciens et les organismes de santé conventionnels qui traitent les jeunes Autochtones n'aient pas toujours les connaissances culturelles nécessaires pour bien mettre les programmes en application et peuvent ainsi avoir de la difficulté à faire poursuivre les traitements ou les programmes de promotion de la santé aux jeunes et aux familles autochtones. À l'opposé, les gens qui traitent spécialement les Autochtones peuvent ne pas avoir le même accès à du financement à long terme ou à diverses ressources financières et matérielles qui peuvent se trouver dans la collectivité.

Nous sommes convaincus que nous pouvons faire progresser la lutte contre l'obésité chez les jeunes en réglant ces problèmes de fragmentation et de manque de collaboration. L'intervention que nous proposons pour favoriser la santé de la population consiste en la création d'un cadre de coopération entre les organismes communautaires et les décideurs dont le travail touche directement ou indirectement la santé et le bien-être des jeunes Autochtones. Par la collaboration, les organismes autochtones et non autochtones locaux pourront utiliser les ressources existantes de façon plus efficace et en mettre d'autres à profit pour améliorer la façon dont ils servent les enfants et les familles autochtones.

Nous avons commencé cette intervention à London, en Ontario, et espérons instaurer ce modèle dans d'autres collectivités. Pour l'heure, plus de 40 institutions de London et des Premières nations avoisinantes participent à notre initiative. En créant des liens actifs entre ces partenaires autour de la promotion du poids-santé, nous sommes parvenus à créer de nouveaux programmes collaboratifs qui n'auraient autrement pas vu le jour.

Qui plus est, le modèle collaboratif que nous proposons va améliorer les relations entre les peuples autochtones et les institutions canadiennes qui jouent un rôle central dans la disparité en santé. Nous croyons que cette initiative aura un effet positif sur certains facteurs liés à la santé relative des Autochtones canadiens les plus éloignés de ces institutions.

Pour terminer, nous tenons à saluer et à remercier tous les membres de notre équipe et les organismes qui collaborent avec nous. Cet important travail ne pourrait être accompli sans eux.

Encore une fois, nous remercions le comité de nous avoir invités à venir ici aujourd'hui. Nous serons heureux de répondre à vos questions.

● (0910)

La présidente: Merci, docteur Wilk.

Nous passons à Mme Orji.

Mme Rita Orji (étudiante au doctorat, University of Saskatchewan, à titre personnel): Conformément au protocole, j'ai l'honneur et le privilège de comparaître devant vous, madame la présidente et membres du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes du Canada, pour partager certaines de mes connaissances au sujet de la promotion de la santé et de la prévention des maladies, et plus particulièrement, de la prévention de l'obésité.

Je m'appelle Rita Orji. Je suis Nigérienne et étudiante au doctorat à la Faculté d'informatique de l'Université de la Saskatchewan. Je travaille sous le mentorat de Julita Vassileva et Regan Mandryk.

Mon principal sujet de recherche est l'influence de la technologie de persuasion sur la prévention des maladies métaboliques chroniques grâce à une modification d'une mode de vie, surtout pour la prévention de l'obésité. J'ai récemment obtenu une bourse Vanier du gouvernement canadien pour faire des recherches sur la conception de technologies de persuasion incitant à adopter un mode de vie sain, principalement dans le but de prévenir l'obésité.

Je suis ici pour parler de la promotion de la santé et de la prévention des maladies, plus particulièrement sur le sujet de l'obésité. Je vais partager les connaissances que j'ai acquises en étudiant la littérature pertinente et grâce à certaines expériences de recherche auxquelles j'ai travaillé activement dans ce domaine au cours des deux dernières années.

L'obésité pose un problème sanitaire important dans le monde et surtout ici, au Canada. Elle a attiré l'attention des organismes gouvernementaux et non gouvernementaux. Selon les données sur la taille et le poids mesurés de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2008 et l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2007-2009, environ un adulte canadien sur quatre est obèse. Également, en 2008, environ 61 p. 100 des adultes canadiens et 30 p. 100 des adolescents canadiens étaient en surpoids ou obèses.

La sédentarité et les habitudes alimentaires malsaines sont les deux principaux facteurs qui contribuent à l'escalade de l'obésité dans notre société. Plusieurs tentatives ont donc été faites dans le monde par les pouvoirs publics et le secteur privé pour contrer la tendance croissante à l'obésité et les maladies chroniques qui y sont associées.

Ces tentatives font, dans une large mesure, suite aux liens établis entre l'obésité et les troubles de santé. On a constaté que l'obésité augmentait le risque de maladies cardiaques, de diabète, d'hypertension, de maladies mentales et, dans certains cas, de cancer. La prévalence croissante du surpoids et de l'obésité a également de sérieuses répercussions sur le plan des décès prématurés et du fardeau imposé au système de soins de santé canadien.

Les efforts déployés pour prévenir l'obésité, surtout au cours de la dernière décennie, étaient surtout des interventions telles que la sensibilisation du public, le counseling et l'utilisation de médicaments. Néanmoins, ces approches n'ont pas donné les effets durables souhaités pour les raisons suivantes: premièrement, ils ne se fondent pas sur la compréhension du comportement humain, c'est-à-dire la façon dont les comportements se forment et comment ils peuvent être modifiés; deuxièmement, ils ne sont pas bien intégrés dans la vie quotidienne des gens et posent donc un problème d'adoption et de maintien; troisièmement, ils ne sont pas rentables et posent donc le problème de la viabilité à long terme; et quatrièmement, ils partent du principe que les êtres humains sont des êtres rationnels et agiront toujours pour optimiser les avantages et réduire les risques.

Néanmoins, en ce qui concerne le mode de vie, nous ne pouvons pas supposer que les êtres humains se comporteront toujours de façon rationnelle. Des personnes rationnelles modifieraient leur comportement si elles recevaient des renseignements convaincants au sujet des effets négatifs sur leur santé. La plupart des problèmes de santé reliés au mode de vie, tels que l'obésité, que nous connaissons aujourd'hui, ne devraient pas exister compte tenu des vastes campagnes de sensibilisation sur la santé, pourtant, ce n'est pas le cas. Il est très difficile d'amener les gens à cesser de fumer, à manger sainement et à faire régulièrement de l'exercice.

Une intervention efficace pour modifier le comportement humain devrait se fonder sur la compréhension de la façon dont les comportements se forment et comment ils peuvent être modifiés.

Une approche prometteuse pour la promotion de la santé et la prévention des maladies qui a fait son apparition récemment est la technologie de persuasion. Le but est de concevoir une technologie qui modifierait les comportements humains ou les attitudes d'une certaine façon sans recourir à la coercition ou à la tromperie.

Fogg, un des experts en technologie de persuasion, a identifié les trois principaux facteurs à réunir pour obtenir un changement de comportement.

- (0915)

Il faut une motivation, une capacité et un déclencheur. Pour qu'une personne réussisse à adopter un comportement, il faut qu'elle soit motivée. Il faut aussi qu'elle puisse adopter ce comportement et qu'elle soit poussée à l'adopter. Ces trois facteurs doivent être présents en même temps pour qu'un comportement ait lieu.

En général, les technologies de persuasion sont des solutions efficaces pour prévenir les maladies pour les raisons suivantes: premièrement, elles peuvent être intégrées dans la vie quotidienne des gens, faire partie de leurs habitudes journalières et entraîner un changement de comportement à long terme; deuxièmement, elles se fondent sur les théories de la modification comportementale et motivent les gens en fonction de leurs capacités; troisièmement, elles exploitent certains besoins humains fondamentaux naturels et personnels; quatrièmement, elles sont plus rentables que toutes les autres interventions telles que le counseling traditionnel qui exige beaucoup de main-d'oeuvre; cinquièmement, elles permettent d'adapter facilement les interventions aux besoins, aux motivations et aux objectifs; et sixièmement, elles utilisent l'approche juste-à-temps pour fournir une rétroaction immédiate, au moment et à l'endroit voulus pour persuader.

L'intérêt que la technologie de persuasion présente pour modifier les comportements a été amplifié par la pénétration récente des technologies mobiles telles que les téléphones portables et les tablettes. La plate-forme mobile fournit une excellente occasion de

concevoir une technologie de persuasion adaptée aux besoins et à la situation de l'utilisateur.

Les téléphones portables sont maintenant omniprésents et occupent une place importante dans la plupart des foyers canadiens. En 2010, il y a eu plus de cinq milliards de connexions de téléphones portables dans le monde. Plus précisément, le taux de pénétration des dispositifs mobiles au Canada était d'environ 70 p. 100 en 2010. Les ordinateurs portables présentent un grand potentiel pour inciter à modifier un comportement, car pour tout changement du mode de vie, l'intervention doit, pour réussir, se servir des technologies que les gens utilisent déjà et des applications qui s'intègrent facilement dans leur vie quotidienne. Les téléphones portables font partie de notre espace personnel; ils sont proactifs et peuvent nous alerter exactement au bon moment.

Pour les personnes qui veulent être en bonne santé et avoir un mode de vie sain, la technologie de persuasion peut les aider à conserver plus facilement ce mode de vie. Elle leur offre des mesures précises et personnalisées au moyen de capteurs intégrés et une rétroaction au moment où elles en ont besoin. Pour les personnes qui ne sont pas convaincues de la nécessité de modifier leur comportement, la technologie de persuasion peut graduellement les en convaincre grâce à diverses stratégies. La technologie de persuasion peut être conçue pour montrer quelles sont les conséquences à long terme et à court terme d'un comportement risqué. Elle peut également montrer les avantages du comportement désiré et le comparer, de façon convaincante, à la gratification à court terme du comportement malsain. Le plus important est que ces avantages et ces risques peuvent être adaptés aux besoins de l'intéressé de façon à amplifier leurs effets.

L'application de la technologie de persuasion peut facilement s'intégrer dans la vie quotidienne de l'utilisateur pour le persuader au moment opportun.

Un exemple typique d'application de persuasion est un téléphone cellulaire qui mesure le niveau d'activité physique d'une personne et lui apporte une rétroaction et des encouragements par l'entremise d'une interface graphique interactive.

Pour conclure, nous sommes convaincus que l'obésité est un fléau qui exige une attention immédiate. De nombreuses interventions ont été faites pour le combattre, mais elles n'ont pas été très fructueuses jusqu'ici. Nous croyons que l'intervention technologique est une approche prometteuse pour combattre ce fléau de façon plus efficace. Pour qu'une intervention au moyen de la technologie de persuasion soit efficace, nous estimons qu'elle doit se baser sur de bonnes théories de modification du comportement humain, être adaptée à l'utilisateur et au contexte d'utilisation, s'intégrer discrètement dans la vie quotidienne de l'utilisateur, être facile à utiliser et qu'elle doit pouvoir motiver l'utilisateur au moyen de diverses stratégies.

La direction à suivre pour l'avenir des interventions technologiques persuasives en faveur d'un mode de vie sain est au coeur de mes recherches. Pour parler plus précisément de mes recherches, nous nous intéressons principalement à la façon d'adapter les diverses stratégies et théories de persuasion aux différents groupes d'utilisateurs.

- (0920)

Plus précisément, ce n'est pas seulement la façon de motiver intrinsèquement l'adoption d'un comportement plus sain, mais aussi d'intégrer les stratégies technologiques de persuasion dans la vie quotidienne d'une personne en utilisant des dispositifs mobiles et portables.

Pour conclure, je désire exprimer ma gratitude à mes mentors, Julita Vasseliva et Regan Mandryk, qui m'ont guidée jusqu'ici dans les études.

Enfin, je tiens à exprimer mes remerciements et ma gratitude à vous, madame la présidente et aux membres du Comité permanent de la santé pour la confiance dont vous témoignez pour moi-même et mon travail et pour m'avoir invitée à vous en faire part.

La présidente: Merci infiniment pour votre exposé. Nous vous en sommes également très reconnaissants.

Nous allons maintenant commencer notre tour de questions et réponses de sept minutes. Nous allons commencer par Mme Davies.

Mme Libby Davies (Vancouver-Est, NPJ): Merci beaucoup, madame la présidente.

Je remercie tous les témoins d'être venus ici aujourd'hui. Je pense que nous avons eu un excellent éventail de témoignages allant de la Colombie-Britannique à la Saskatchewan, incluant une jeune étudiante avec des idées et une technologie nouvelles, ainsi que des organismes nationaux. C'est une excellente représentation.

Madame Collins, j'ai vraiment apprécié que vous commenciez par citer le Dr Butler-Jones. Vous avez mentionné, je crois, que selon lui, la prévention doit guider le système, ce qui semble tout à fait juste. La grande question est de savoir comment modifier le système et qui doit le faire? Votre organisme a fait un merveilleux travail en Colombie-Britannique.

J'ai deux questions qui s'adressent à tous les témoins. Premièrement, pour ce qui est des divers rôles et compétences, que ce soit au niveau provincial ou fédéral, nos accords sur la santé de 2004 insistaient déjà sur la promotion de la santé et la prévention des maladies et tout le monde semblait s'entendre sur ce principe. Que pensez-vous que le gouvernement fédéral doit faire maintenant pour faire en sorte que ces engagements soient respectés?

Ma deuxième question porte sur un sujet très précis qui est la réduction du sodium dans l'alimentation. Je ne sais pas si vous le savez, mais une lettre demandant des réductions ciblées et une réglementation, qui a été signée par 17 grands organismes nationaux, a été envoyée en décembre au premier ministre. J'ai l'impression qu'un travail extrêmement important a été réalisé à ce niveau-là, mais que nous risquons de le perdre. La réduction du sodium aurait énormément d'importance sur le plan de l'étiquetage et des normes de réduction. Je crains que nous ne perdions du terrain sur ce plan. Avez-vous fait quelque chose en ce sens au sein de vos groupes ou par l'entremise de l'alliance, en Colombie-Britannique? Il y a peut-être des choses très positives qui se passent chez vous, dont vous pourriez nous parler et qui pourraient nous inspirer.

Voilà mes deux questions. L'une d'elles est générale et porte sur ce que le gouvernement fédéral devrait faire pour jouer son rôle en modifiant le système et l'autre porte précisément sur la réduction du sodium. Elles s'adressent à qui veut y répondre.

● (0925)

L'hon. Mary Collins: Je peux commencer et les autres ajouteront leur grain de sel.

Pour ce qui est du gouvernement fédéral, je pense que son rôle est multiple. Il a, bien sûr, un rôle de coordonnateur et de rassembleur en ce sens qu'il a largement la possibilité d'être le chef de file qui réunira les parties. L'Agence de la santé publique et Santé Canada jouent largement ce rôle, mais je pense qu'il pourrait être encore poussé plus loin.

Nous avons espéré qu'un nouvel accord sur la santé — et je ne suis pas sûre qu'il faille encore appeler cela un accord sur la santé — contiendrait des objectifs et des cibles mesurables sur lesquels tout le monde s'entendrait, des choses que les provinces et les territoires accepteraient d'essayer d'accomplir pendant la durée du prochain accord. Je crois que c'est encore possible d'après ce qu'ont dit les divers secteurs. Par conséquent, si nous pouvions réunir les gens pour établir ces objectifs, nous saurions tous que nous allons dans la même direction.

Bien entendu, comme les provinces sont chargées des soins de santé, elles jouent également un très grand rôle, mais nous estimons qu'il faut une supervision nationale et des normes nationales auxquelles les gens peuvent souscrire. Pour ce qui est des questions autochtones, nous sommes entièrement d'accord avec nos amis de l'ouest de l'Ontario pour dire que la santé autochtone pose un énorme problème auquel il faut remédier.

En ce qui concerne le sodium, je ne sais pas si vous êtes au courant, mais le gouvernement de Colombie-Britannique a récemment lancé une campagne publicitaire et en lance une autre au sujet de la réduction du sodium. Nous avons demandé à voir l'évaluation de ces initiatives. Nous sommes un peu sceptiques, car nous craignons que la publicité de masse ait peut-être pour effet de prêcher des convertis. Je sais que Santé Canada se penche sur la question. Avant-hier, j'étais à une réunion avec le ministère concernant la poursuite de ses activités en faveur de la réduction du sodium, en collaboration avec les provinces, et nous avons trouvé ces nouvelles encourageantes. Bien entendu, le sodium est un important facteur qui contribue aux maladies cardiaques et il faut poursuivre les efforts sur ce plan.

Il est très difficile d'amener les producteurs de produits alimentaires à réduire la quantité de sel, de gras trans et de sucre dans les aliments. C'est le gros problème. Certains leaders de l'industrie alimentaire sont déterminés à le faire, mais bien souvent, les consommateurs n'aiment pas le produit et ne l'achètent pas. Les fabricants de produits alimentaires ont donc de la difficulté à justifier cela financièrement.

Il y a toutefois un certain mouvement dans ce sens. Nous aimerions certainement qu'il soit plus important. Là encore, je crois que le gouvernement fédéral pourrait faire avancer les choses en appuyant et en aidant ceux qui veulent faire des progrès et changer leur façon de faire. Il pourrait mettre ces entreprises en valeur pour inciter les traînards à se joindre au mouvement. Si tout échoue, il faut réglementer. Ce n'est pas le premier choix, mais c'est parfois nécessaire.

● (0930)

Mme Libby Davies: Quelqu'un d'autre désire-t-il répondre?

La présidente: Quelqu'un d'autre veut-il répondre?

Madame Forhan, allez-y.

Mme Mary Forhan: Merci.

À propos de ce que le gouvernement fédéral peut faire pour donner la priorité à la promotion de la santé et à la prévention, il faut une véritable approche interprofessionnelle et intergouvernementale. Nous devons nous inspirer des modèles qui donnent des résultats dans d'autres secteurs et qui peuvent s'appliquer à la promotion de la santé. Je pense aux économistes de la santé, aux modèles commerciaux et aux modèles d'évaluation qui sont actuellement utilisés pour la recherche sur les services de santé que nous pourrions utiliser. Nous pourrions voir quels sont les processus de soins prêts à assurer la promotion de la santé dans le secteur des soins de santé primaires.

En tant qu'ergothérapeutes, nous contribuons certainement à la promotion de la santé. Nous avons des modèles de pratique qui peuvent être très souples et qui permettent de s'orienter vers la santé et le bien-être plutôt que vers la maladie.

Je serais certainement d'accord avec Mary Collins au sujet des résultats; nous avons besoin d'un consensus sur des résultats durables que nous pouvons mesurer dans l'ensemble du pays et dans les différents domaines, quel que soit notre centre d'intérêt. À cet égard, j'inviterais vraiment le gouvernement fédéral — je jette un pavé dans la mare, mais je le fais intentionnellement — de s'éloigner des critères de poids au profit de critères centrés sur la santé et le bien-être. De nombreuses preuves mettent en lumière...

La présidente: Merci, madame Forhan; j'ai essayé d'attirer votre attention.

Lorsque les témoins dépassent le temps imparti, j'essaie de le leur signaler...

Mme Mary Forhan: Désolée. Je me fiais aux hochements de tête. Aucun problème.

La présidente: J'en suis désolée, mais j'essaie simplement d'être équitable. Je ne cherche pas à vous interrompre.

Vous avez fait d'excellentes observations. Merci.

Nous passons maintenant à Mme Block.

Mme Kelly Block (Saskatoon—Rosetown—Biggar, PCC): Merci beaucoup, madame la présidente.

Je tiens à remercier tous nos témoins pour leur présence ici aujourd'hui. Je suis certainement d'accord avec ma collègue d'en face pour dire que nous avons eu une excellente représentation de divers points de vue.

Comme je sais que notre temps est limité, je vais seulement poser des questions à deux témoins, mais je tiens à vous remercier, Rita, pour votre exposé. Je viens de Saskatoon et je pense donc que vous avez très bien choisi l'université où vous faites vos études de doctorat.

Cela dit, ma première question s'adresse à M. Wilk ou M. Cooke, à qui voudra bien y répondre.

Pour situer les choses dans leur contexte, je viens de la Saskatchewan. Nous avons 74 premières nations en Saskatchewan. J'ai dans ma circonscription deux réserves urbaines qui sont, en fait, des entreprises commerciales et même si je n'ai pas des grandes réserves, j'ai le plus grand nombre d'électeurs des premières nations et métis de la ville de Saskatoon. Je connais donc très bien les difficultés que vous avez décrites.

Je voudrais approfondir le sujet. Je sais que vous avez parlé des subventions que vous avez reçues pour l'obésité chez les Autochtones canadiens, y compris les enfants des premières nations vivant hors réserve. Je voudrais vous demander de décrire certains des

principaux défis à relever pour prévenir l'obésité chez les enfants des premières nations vivant hors réserve.

M. Martin Cooke: Je devrais commencer par dire que notre plan d'intervention vise principalement à améliorer la façon dont le système dessert ces enfants. C'est parce que les données tendent à démontrer que les mesures efficaces sont généralement élaborées localement, en réponse aux besoins locaux, en utilisant les ressources locales et en tenant compte de la culture locale.

Nous avons un projet en collaboration. La plupart de nos partenaires sont des fournisseurs de services qui connaissent les besoins de leur communauté, qu'elle soit urbaine ou des premières nations, mais comme le comité l'a déjà entendu dire et l'a d'ailleurs dit dans son rapport de 2007, la difficulté est que le système qui dessert ces enfants a tendance à être fragmenté et compartimenté. Souvent, ni le financement ni la façon de voir les choses ne tient compte des multiples fournisseurs qui desservent ces enfants, que ce soit les fournisseurs de services éducatifs locaux, les organismes de santé publique locaux, les organismes des premières nations locaux, les gens qui conçoivent les quartiers dans les municipalités, etc. À notre avis, il est important que tous ces organismes centrent leur attention sur la santé des enfants autochtones, qu'ils apportent quelques changements organisationnels de façon à penser aux populations des premières nations et métisses lorsqu'ils élaborent des programmes et qu'ils intègrent cette approche dans leur culture organisationnelle.

Nous essayons de centrer notre attention sur la façon dont tout le système fonctionne, pas nécessairement en ajoutant des ressources, mais en veillant à ce que les ressources qui sont là fonctionnent mieux.

● (0935)

Mme Kelly Block: Avez-vous lu le rapport sur les disparités en matière de santé rédigé par le Dr Cory Neuforf et le Dr Mark Lemstra, de Saskatoon?

M. Martin Cooke: Non, pas que je me souviens.

Mme Kelly Block: Il serait très utile que vous jetiez un coup d'oeil sur ce rapport pour le travail que vous faites.

Ma question suivante s'adresse à Mme Collins.

Je tiens à vous remercier d'avoir dit tout à l'heure que les provinces et les territoires, ainsi que le ministre fédéral de la Santé, ont la possibilité de poursuivre le dialogue au sujet de l'établissement de normes, d'indicateurs et de mesures grâce auxquels nous obtiendrons les résultats que nous voulons voir et que les Canadiens sont en droit d'obtenir de notre système de soins de santé. Je tiens à vous remercier pour cette observation. Nous avons simplement assuré une certaine stabilité et prévisibilité sur le plan du financement, mais cela ne veut pas dire qu'il ne faut pas poursuivre le dialogue au cours des années à venir. Je vous remercie donc de l'avoir dit.

En Saskatchewan, nous avions, au début des années 1990, un système où 400 commissions différentes supervisaient les soins de santé dans 32 districts. Nous sommes passé à 12 régions sanitaires. Quand nous sommes passés aux districts, la formule de financement mise en place était fondée sur les besoins, mais tenait également compte de la démographie, ce qui a modifié le financement en fonction du nombre d'enfants, de femmes, d'ainés et d'Autochtones.

Les autorités ont également prévu ce qu'elles ont appelé une valve unidirectionnelle. Il y avait un certain montant pour les soins aigus et un certain montant pour les soins communautaires ou les programmes de type communautaire mettant l'accent sur la promotion de la santé et la prévention des maladies. On pouvait faire passer l'argent des soins aigus aux services communautaires, mais pas l'inverse. Néanmoins, les soins aigus recevaient toujours la part du lion du financement et il était donc difficile d'avoir à financer les soins aigus en même temps que la promotion de la santé et la prévention des maladies. Je sais que ma collègue a repris ma citation disant que « la prévention doit guider le système ».

Vous avez dit aussi qu'un changement s'impose et qu'il doit accorder à la prévention une place de premier plan. Ma collègue a mentionné l'excellent travail que vous accomplissez en Colombie-Britannique; j'aimerais que vous utilisiez quelques-unes des minutes restantes pour nous parler de ce travail.

L'hon. Mary Collins: Cathy voudra peut-être se joindre à moi.

Je tiens à mentionner, car je pense que c'est en rapport avec certains des autres...

La présidente: Vous n'avez qu'une minute. Si elle doit se joindre à vous, ce devra être bientôt.

L'hon. Mary Collins: Certains des travaux les plus importants que nous avons faits dans le cadre de notre projet portaient sur le renforcement des capacités communautaires. Nous avons examiné les communautés autochtones de Colombie-Britannique et reconnu qu'une approche du sommet à la base serait inefficace. Il fallait qu'elle soit de la base au sommet. La Société canadienne du cancer a dirigé cet effort avec des responsables du développement communautaire. Ils ont décidé quelles devaient être les priorités dans ces communautés autochtones, que ce soit la formation de jeunes dirigeants, des jardins communautaires ou des programmes de promotion d'une saine alimentation. Cette initiative a eu de merveilleux résultats.

La difficulté — et c'est ressorti au cours de notre conférence — est que le Canada est le pays des projets pilotes. Nous faisons toutes ces choses pendant deux ans et demi ou trois ans et nous disons: « N'est-ce pas merveilleux? » Ensuite, l'argent disparaît. Par conséquent, nous avons besoin d'une meilleure continuité du financement pour un bon nombre des pratiques les plus prometteuses et les meilleures.

La présidente: C'est maintenant au tour du Dr Fry.

L'hon. Hedy Fry (Vancouver-Centre, Lib.): Merci.

Je tiens à remercier les témoins d'être venus. Je souhaite particulièrement la bienvenue à Mary Collins qui, comme chacun sait, a déjà été ministre de la Santé et sait donc à quoi s'en tenir au sujet des questions de compétence entre le fédéral et les provinces et des projets pilotes qui ne conduisent pas à un financement durable. Je tiens à la féliciter pour l'excellent travail qu'elle a réalisé au cours des années depuis qu'elle a quitté la politique.

Je voudrais aborder un ou deux sujets. Libby a mentionné la stratégie à l'égard du sodium et Mary a parlé de l'adhésion des provinces. Les provinces sont toutes d'accord au sujet de cette stratégie à laquelle elles ont adhéré à l'occasion de réunions avec le gouvernement fédéral. Le ministère de la Santé et les provinces sont donc d'accord en ce qui concerne la réglementation du sodium et une stratégie à cet égard.

Néanmoins, nous discutons ici du fait que la promotion de la santé est importante, mais il ne faut pas se contenter de belles paroles. Nous devons passer aux actes. Si nous voulons vraiment faire quelque chose, nous devrions envisager une réglementation et cette

réglementation se fait attendre, même si les provinces et le ministère de la Santé ont reconnu le problème et ont recommandé une réglementation. C'est assez intéressant.

Il y a aussi le problème de l'obésité. Je dis cela parce que nous parlons de réglementation et de normes et même si nous voulons pas tout réglementer, les stratégies volontaires ne fonctionnent pas toujours. Il faut alors passer à une réglementation. Nous l'avons très bien fait pour l'alcool. Nous l'avons très bien fait pour le tabagisme. Nous pouvons constater des bons résultats et nous devons vraiment faire quelque chose pour l'obésité qui cause énormément de maladies.

J'aimerais que vous parliez un peu plus du rôle que peut jouer la réglementation pour donner aux gens un petit outil pour les aider, car ils vont faire des choix. Je voulais vous poser la question.

Je voudrais aussi remercier Mme Orji pour son idée vraiment novatrice. Nous parlons de l'innovation comme d'un moteur des soins de santé et c'est une idée très novatrice, car nous pouvons rejoindre tous les jeunes. Nous savons que la sédentarité et les jeux vidéo derrière un ordinateur augmentent l'obésité, à moins de jouer à la Wii, car vous ne faites pas assez d'exercice. L'utilisation des réseaux sociaux et de l'iPhone pour aider les gens est une idée brillante. Si vous avez des actions, madame Orji, j'en achèterai, car c'est une idée extrêmement novatrice.

Je voudrais également remercier Mme Forhan. Je me demande si elle aurait le temps de nous parler un peu plus des objectifs mesurables. Cette idée a été lancée, il y a 35 ans environ, par un ministre de la santé, mais elle ne s'est jamais concrétisée. Les objectifs mesurables font peur à tout le monde, parce qu'on craint de ne pas les atteindre. Si vous ne savez pas où vous allez, comme le disait le grand Yogi Berra, comment saurez-vous si vous êtes arrivé? Si vous établissez un objectif et que vous n'arrivez pas à l'atteindre, vous savez quand même que vous allez quelque part et vous pouvez commencer. Les indicateurs et tout le reste sont inutiles à moins que vous n'ayez des objectifs mesurables.

Mme Collins pourrait peut-être parler de la réglementation et de son rôle.

• (0940)

L'hon. Mary Collins: Je me contenterai de faire un commentaire rapide, car je crois que Cathy voudrait se prononcer à son tour.

Nous estimons qu'il faudrait une approche conjointe. Il faut pouvoir contrôler l'environnement pour l'obésité aussi bien que pour le comportement et la responsabilité personnelle, et côté environnement, la réglementation a un rôle à jouer, comme dans le cas du tabagisme où cela a bien fonctionné. Il faut une réglementation, il faut des impôts et des programmes de promotion.

Dans certains cas, le secteur privé privilégie la réglementation, car c'est le gage d'un terrain de jeu égal. Tout le monde doit suivre les mêmes règles du jeu. Nous sommes en fait favorables à la réglementation de la commercialisation des produits parmi les enfants. Nous estimons que cet aspect a besoin d'être réglementé. L'étiquetage, lui aussi, devrait faire l'objet d'une réglementation.

Cathy, vous vouliez faire un commentaire.

Mme Cathy Adair: Mary, vous avez vraiment éclairé la chose.

Les éléments fondamentaux pour la promotion de la santé résident dans un mélange de réglementation, sensibilisation, mobilisation communautaire et renforcement des capacités communautaires. Adopter une stratégie tout en négligeant la suivante ne fera que diminuer les chances de réussir dans n'importe lequel de ces domaines. La lutte contre le tabagisme en est un excellent exemple.

L'hon. Hedy Fry: Madame Forhan, pouvez-vous parler d'objectifs mesurables?

Mme Mary Forhan: Je crois que si nous songeons à la personne, en tant qu'individu — j'ai d'ailleurs vraiment apprécié la présentation de Rita — et si les objectifs incarnent quelque chose de plus que le simple fait de constater si nous les avons atteints ou pas, mais qu'il s'agit en réalité de trouver chaussure à son pied parmi les aspects qui comptent pour cette personne — ce qui correspond à ses valeurs, à ses capacités et à ses ressources au sein de la collectivité et sur le plan personnel — alors tous ces aspects individuels doivent faire partie des paramètres. À l'heure de fixer des objectifs, on ne peut pas s'attendre à un seul résultat; il y en a plusieurs.

À l'Association canadienne des ergothérapeutes, nous nous servons d'un guide et d'un outil appelé Mesure canadienne du rendement occupationnel, qui nous permet de quantifier les objectifs tout en faisant entrer toutes ces dimensions en ligne de compte. Ensuite, en partant d'une population plus élargie, nous sommes en mesure d'extrapoler l'information pour l'appliquer à des objectifs qui peuvent être généralisés pour des sous-ensembles et sous-groupes démographiques, dont des groupes d'âge également.

L'hon. Hedy Fry: Je n'ai pas parlé des questions autochtones que vous avez soulevées, mais je crois qu'il est primordial de commencer par savoir si les collectivités autochtones, particulièrement dans les réserves et les régions urbaines, ont la capacité voulue pour avoir des centres communautaires offrant des gymnases et des programmes d'éducation physique dotés de moniteurs compétents pour leur enseigner à faire de l'exercice comme il faut, tout en intégrant comme une des composantes qui pouvait manquer ou non dans le cadre d'une stratégie.

• (0945)

M. Martin Cooke: Certes, à ce que nous ayons constaté — et d'autres le savent beaucoup mieux que nous — nos partenaires locaux manquent de certaines ressources ou aimeraient tout simplement les avoir. Cela dit, ce que nous visons consiste en partie à trouver des moyens pour que la collectivité et le système dans son ensemble puissent tirer parti des ressources déjà présentes au sein de la collectivité. Je conviens que l'accès à des choses tel l'espace nécessaire à des activités physiques saines sont un aspect réellement important; or, cela peut être réglé dans bien des cas. Ces ressources existent sous une forme ou une autre; autrement, il suffirait de pouvoir opter à un certain financement pour pouvoir les développer. Les réseaux et le mode de fonctionnement du système proprement dit sont les facteurs les plus déterminants à l'heure de vouloir obtenir que ces espaces soient utilisés par les gens qui en ont besoin.

La présidente: Merci, monsieur Cooke.

Ce sera maintenant au tour de M. Strahl.

M. Mark Strahl (Chilliwack—Fraser Canyon, PCC): Merci beaucoup.

Merci pour toutes vos présentations. Il est agréable de constater que la Colombie-Britannique est si bien représentée auprès de ce comité.

Mme Block a fait état de 74 Premières nations en Saskatchewan. Il me semble que nous en avons 40, juste dans ma circonscription. J'en ai visité certaines et j'ai constaté leurs difficultés. Mme Fry demande à savoir si elles ont accès au même niveau d'activités de loisir, centres de loisirs et centres récréatifs; certaines collectivités dans ma circonscription ont un millier d'habitants qui se trouvent à une heure de route d'une collectivité qui en a deux milliers, alors les choses

sont très difficiles pour elles. Elles ont un bureau de conseil de bande et un centre de santé juste à côté, et c'est à peu près tout.

Mes questions concernent ce genre de situation. Comment pouvons-nous concilier cela? Vous avez parlé de services locaux. Il arrive souvent que la collectivité proprement dite n'ait qu'un millier d'habitants, comme j'ai dit, et son infrastructure locale se résume donc à peu de chose. Comment pouvons-nous surmonter ces défis? Vous avez beau vouloir que les initiatives soient impulsées par la collectivité, le savoir-faire n'est pas là, pas plus que la capacité. Comment nous y prendre donc pour desservir ces Canadiens autochtones?

M. Martin Cooke: Comme je l'ai déjà avancé, nous nous concentrons sur les enfants qui résident hors réserve, tout en reconnaissant qu'ils maintiennent souvent des liens importants avec les Premières nations des environs. Il est évident que d'autres seront beaucoup plus au courant que moi de la situation dans les réserves, surtout celles qui se trouvent dans des régions éloignées. Je songe notamment à notre collègue John Henhawk, de l'Initiative de lutte contre le diabète chez les Autochtones du Sud de l'Ontario, qui se trouve ici parmi le public. Il sera sans doute beaucoup plus versé que moi en la matière.

Prenons la ville de London en Ontario, par exemple. En tant que collectivité, elle a énormément de capacité et de multiples possibilités d'une meilleure coopération entre les programmes financés par la province, les administrations municipales et les Premières nations locales. Il y a des raisons historiques importantes qui expliquent les difficultés dans cette région et nous les reconnaissons, mais c'est justement cela que nous essayons de changer.

M. Mark Strahl: De nombreux témoins ont évoqué que la santé de l'enfant est affectée par la situation socio-économique de la famille dans laquelle il se retrouve. Si deux enfants présentent de telles séquelles, peut-on vraiment dresser une comparaison entre celui qui est autochtone et vit hors réserve et celui qui vit une situation analogue tout en résidant à deux pas de chez-vous? Est-ce comparable ou est-ce différent?

M. Martin Cooke: Nous ne pouvons parler qu'en moyenne, bien entendu. La séquelle qui nous intéresse ici c'est l'obésité, et dans ce cas il semblerait que l'enfant autochtone qui vit hors réserve aurait deux fois plus de risques de devenir obèse. Nous ne pouvons pas vraiment penser à l'obésité comme un élément distinct. L'obésité fait partie de tout un ensemble d'autres risques pour la santé. À certains égards, il s'agirait davantage d'un indicateur que d'une séquelle ou d'un résultat à proprement parler.

D'une façon ou d'une autre, les risques sont beaucoup plus élevés, et nous pensons que cela a quelque chose à voir avec les quartiers, leurs ressources et leur niveau de revenu. Par exemple, le fait de vivre dans un quartier qui manque d'espace où jouer sans danger. Un autre facteur réside dans le revenu de la famille, le temps disponible pour les besoins de surveillance — songeons aux familles monoparentales par exemple — ainsi que l'accès à des aliments sains dans le quartier. Il va de soi que la question est aussi complexe que multidimensionnelle.

• (0950)

M. Mark Strahl: Moi aussi j'ai trouvé votre présentation intéressante, Rita. Je regrette que Patrick n'ait pas été là; je sais qu'il a développé certaines applications mobiles de son côté, quoiqu'il me semble que ce n'est pas au même niveau que celui que vous envisagez. Je sais qu'il existe déjà certaines applications qui permettent de compter les calories, mesurer la forme physique et ainsi de suite.

Qu'avez-vous constaté? Est-ce que ces applications ont un accueil favorable? Combien de personnes sont en train de les utiliser? À quel point sont-elles efficaces? Comment allez-vous orienter vos recherches au-delà de ce stade? Avez-vous songé à coordonner ce genre de chose? Il existe déjà certains produits dans le marché. Comment pensez-vous passer au niveau d'évolution suivant?

Mme Rita Orji: La principale différence entre ce que je vais faire et ce que je suis en train de faire — ce qui existe maintenant — c'est que les applications permettant de compter les calories ou autre chose de la sorte, par exemple motiver les gens à faire de l'exercice en mesurant leurs objectifs, les inciter à s'engager à atteindre un objectif hebdomadaire en suivant les résultats, ne mettent pas vraiment le doigt sur ce qui est réellement important pour la personne.

Ce que nous faisons différemment c'est que nous voulons étudier l'être humain et comprendre son comportement — le comportement du groupe ou de la personne — pour savoir ce qui l'intéresse.

Un des modèles que nous essayons d'assimiler c'est le comportement alimentaire au sein d'un groupe. Nous voulons comprendre ce qui détermine le comportement à l'heure de manger. Ce qui ne laisse pas d'être intéressant, c'est que nous avons trouvé que certains groupes de personnes sont motivés à l'idée de gagner du poids. Ce que nous voulons faire c'est de motiver les gens en fonction de ce qui les intéresse. Nous sommes en train de construire un modèle qui s'inspire essentiellement des théories sur les changements de comportement ou la santé. La chose va différer de ce que vous voyez ailleurs, parce qu'elle se fonde sur la pratique, sur la manière dont les comportements se constituent et la manière dont ils peuvent être modifiés. Chacun utilisera quelque chose qui le motive personnellement et répond à ses besoins particuliers.

La plupart des applications dans le marché sont génériques. n'est-ce pas? Je l'utilise juste pour moi mais elle ne fait rien pour moi. Elle n'exerce même pas un effet sur mes convictions. Néanmoins, si ce qui nous motive c'est la possibilité de prendre du poids, alors que quelqu'un d'autre se préoccupe surtout de la maladie et une autre encore pense surtout à l'aspect physique, si je dois m'adresser à vous, je vais faire une projection du résultat de votre comportement en fonction de ce qui vous intéresse. C'est là l'élément déclencheur; c'est ce qui permet que la magie s'opère.

M. Mark Strahl: Je suis impatient de l'utiliser quand elle sera disponible.

La présidente: Merci beaucoup.

Nous commencerons maintenant notre deuxième tour. Il durera cinq minutes et nous commencerons par Mme Quach.

[Français]

Mme Anne Minh-Thu Quach (Beauharnois—Salaberry, NDP): Merci, madame la présidente.

Je remercie tous ceux qui sont venus nous transmettre de l'information cruciale et, je dirais, originale.

La plupart d'entre vous ont parlé des déterminants sociaux et de leurs effets sur l'alimentation ainsi que sur la vie active. Vous avez aussi parlé de l'importance d'agir très tôt, soit dès l'enfance, en matière de publicité, d'accès à des endroits pour bouger et d'alimentation saine.

Pour ce qui est de l'alimentation, on essaie depuis des années de faire plus de prévention. Il y a le Guide alimentaire canadien et des campagnes sur l'activité physique dans les écoles. Étant donné l'épidémie d'obésité qui gagne le Canada, plusieurs spécialistes disent que l'on doit accroître la réglementation. Selon eux, on ne peut plus se fonder uniquement sur le volontariat, sur le fait que chaque personne fait un petit effort. Ce n'est plus suffisant.

On parle d'une réglementation agroalimentaire visant à favoriser l'accès à de la nourriture saine et nutritive, mais aussi de proximité. En effet, le Canada compte beaucoup d'agriculteurs, de maraîchers, de cultivateurs et d'éleveurs. Avez-vous des idées à ce sujet? Connaissez-vous un projet dans le cadre duquel une réglementation pancanadienne a favorisé l'accès à de la nourriture saine, mais dont le financement a été interrompu?

[Traduction]

La présidente: Qui aimerait répondre à cette question?

L'hon. Mary Collins: Je peux la commenter un peu. Il y a énormément de projets qui se déroulent partout au pays. Si vous venez à notre conférence, vous verrez des affiches et des présentations de toutes sortes sur les choses passionnantes qui se passent dans le domaine de la sécurité alimentaire.

Je ne crois pas qu'il y ait de panacée. Je crois que cela exige une série d'approches différentes. Pour vous citer un exemple, au nord de la Colombie-Britannique de nombreuses localités sont en train d'envisager de nouvelles façons de produire des aliments. J'ai récemment rencontré des gens sur la manière d'utiliser les déchets de certains produits ligneux pour servir de carburant aux serres dans le nord afin que l'on puisse y produire des aliments frais. Ce genre d'approche novatrice mérite notre attention.

Quant à l'alimentation dans les écoles, nous avons eu des projets extrêmement réussis où des exploitations agricoles livraient directement leurs produits aux écoles dans les collectivités isolées du nord de la Colombie-Britannique. Ils ont vraiment aidé à changer le comportement des enfants tout en incitant les parents à faire en sorte que leurs enfants consomment des aliments plus sains.

Il y a énormément de travail qui se fait dans le domaine de la sécurité alimentaire, mais ce qui sous-tend ces efforts, en parlant des déterminants sociaux de la santé, réside toujours dans la capacité des gens à se procurer des aliments frais et de bonne qualité. Cela continue à poser des défis, particulièrement dans les régions du nord et les régions isolées. Le gouvernement de la C.-B. a travaillé à un projet pilote pour la subvention des aliments; je ne sais si cette approche va nécessairement régler le problème. Je crois qu'elle va aider, mais il faudra encore motiver les gens pour qu'ils achètent des aliments frais.

L'autre côté de l'équation se rapporte à la manière dont nous pouvons aider à augmenter le revenu des moins nantis. En Colombie-Britannique, nous avons préconisé des augmentations du salaire minimum, ce qui s'est produit, ainsi que du salaire vital. Ma chère collègue de la Société canadienne du cancer appartient à l'une des toutes premières organisations à avoir mis en oeuvre un salaire vital, et elle ne l'a pas uniquement fait pour ses employés, mais aussi pour tous ses contractuels. Nous avons d'autres exemples en C.-B. Nous croyons que la tendance continuera à prendre toujours plus d'ampleur là-bas aussi. Cela fera une grande différence.

• (0955)

[Français]

Mme Anne Minh-Thu Quach: Vous avez parlé d'incitatifs, de prix à la consommation. Le gouvernement pourrait-il avoir un rôle à jouer à l'égard des prix dans les restaurants et dans les épiceries? Pourrait-il favoriser l'accès à des marchés locaux? Vous avez parlé de jardins communautaires. Tout ça touche l'activité physique. En effet, s'il y a plus de marchés locaux, les gens vont s'y rendre autrement qu'en voiture, ce qui va leur permettre de bouger.

Madame Orji, je trouve votre approche vraiment originale. Les jeunes d'aujourd'hui ont tous des cellulaires et jouent beaucoup à des jeux électroniques. Je me demandais si vous aviez fait des études pour déterminer si ça touche davantage les filles ou les garçons. Où est-ce le plus efficace?

[Traduction]

Mme Rita Orji: Nous avons en fait effectué une étude comparant les filles et les garçons, mais en ce moment nous nous penchons davantage sur les habitudes alimentaires. Nous voulons comprendre ce qui revêt de l'importance pour les garçons d'une part et pour les filles, d'autre part. Je veux travailler en fonction de ce qui est important pour quelqu'un. Il ne s'agit pas d'utiliser la force; nous ne voulons pas que les gens changent de gré ou de force. Nous voulons les motiver en fonction de ce qui est important pour eux.

Nous avons trouvé que ce qui est important pour les filles diffère de ce qui est important pour les garçons. Plus concrètement, une fille s'intéresse davantage à son aspect physique, alors si vous lui dites que quelque chose va l'amocher, la rendre moins attrayante, cela a beau sembler superficiel, mais ce sera son inquiétude numéro un. Peu lui importe qu'on lui parle d'une maladie qu'elle pourrait avoir à un moment donné à l'avenir ou de la possibilité de devenir diabétique ou autre; ces choses-là ne veulent rien dire pour elle.

Il faut juste trouver la chose qui prend préséance dans l'esprit de la personne. Pour un gars, par exemple, avoir une maladie pourrait faire une différence —

La présidente: Je regrette, Mme Orji; je vais devoir vous couper. Vous avez dépassé le temps, mais c'est très intéressant. Merci.

Passons maintenant à M. Gill.

M. Parm Gill (Brampton—Springdale, PCC): Merci, madame la présidente.

J'aimerais également remercier les témoins de leur présence ici et de leurs excellentes présentations.

Ma première question s'adresse à l'Association canadienne des ergothérapeutes. Pourriez-vous s'il vous plaît décrire les initiatives de votre organisation? Avez-vous entrepris une initiative visant l'obésité?

Aussi, et d'après votre expérience, combien de temps les ergothérapeutes consacrent-ils à des questions liées à l'obésité, et la quantité de temps a-t-elle augmenté depuis ces dernières années? Quelle sera la tendance à l'avenir selon vous?

Mme Mary Forhan: Merci.

C'est une excellente question et j'y tiens avec passion.

Il y a environ 15 ans, j'étais la première ergothérapeute au Canada à travailler officiellement dans le domaine de la gestion de l'obésité. Depuis ce temps-là, j'ai été en mesure de servir de mentor à un certain nombre de nouveaux thérapeutes qui sont en train d'assumer leurs fonctions en ce moment. C'est un domaine émergent. La vocation nous vient tout naturellement sans nous obliger à suivre une

formation supplémentaire. Or, si nous avons les compétences et connaissances nécessaires, ce qui manquait c'était l'intégration de ces compétences dans le domaine de la prévention, de la gestion et du traitement de l'obésité.

J'ai fait énormément de travail avec l'association pour la promotion de la sensibilisation lors des conférences. Notre association a un énoncé de principes qui aide à orienter l'exercice du métier. Je suis en train de réviser un ouvrage pédagogique qui sera disponible partout en Amérique du Nord pour les ergothérapeutes et les étudiants qui pourront s'en servir dans le contexte du travail et de l'obésité. L'ouvrage mettra l'accent sur la gestion, la prévention et le traitement. Nous avons en ce moment des éminences dans le domaine de l'obésité en Alberta, et les services de santé de la province ont lancé une stratégie bariatrique. Un des chefs de file dans ce domaine est en fait un ergothérapeute, qui est responsable d'un réseau de santé et est en train d'assumer la responsabilité de former d'autres thérapeutes pour travailler dans ce domaine.

Je participe à des activités d'éducation interprofessionnelle accessibles à tous les étudiants en sciences de la santé. L'initiative se concentre sur la réadaptation et tous les étudiants du Canada y ont accès. Les documents sont disponibles à l'Université de l'Alberta et à l'Université McMaster. Les ergothérapeutes, nous ne sommes pas nombreux et notre profession demeure peu usitée.

Je ne peux pas vous parler de proportions concrètes, car quand nous décrivons nos champs de responsabilité, l'obésité ferait partie intégrante des soins actifs, des soins communautaires, des soins de longue durée et des soins primaires, mais nous sommes confrontés au quotidien à travailler auprès de personnes atteintes d'obésité et nous sommes assez reconnus dans le domaine. J'occupe un siège à la direction du Réseau canadien de l'obésité, représentant les ergothérapeutes du Canada, et je dirige plusieurs projets par leur entremise en me penchant sur tout ce que nous faisons suivant l'optique de l'ergothérapie. Malgré notre taille modeste, nous sommes très actifs à l'heure de promouvoir ce que nous faisons dans ce domaine.

• (1000)

Mme Claudia von Zweck (directrice générale, Association canadienne des ergothérapeutes): Je peux ajouter que même si certains ergothérapeutes au Canada ne se spécialisent pas nécessairement dans la gestion de l'obésité, le mandat de notre profession consiste à aider les gens à mener les activités qui sont importantes pour eux chaque jour en leur permettant d'entreprendre des choses qui vont les aider à être actifs dans leur milieu. Ce que nous avons entendu des témoins aujourd'hui c'est l'importance de nous pencher sur les obstacles auxquels les personnes sont confrontées, les aider à surmonter ces obstacles, et à trouver des solutions plus réussies, c'est-à-dire les solutions qui répondent aux besoins individuels. C'est là que les ergothérapeutes interviennent auprès des particuliers, des groupes et des populations afin de les aider à entreprendre ces activités et à se donner un style de vie sain. Nos activités ne se rapportent pas toujours nécessairement à l'obésité, mais elles prônent invariablement la vie active, ce qui nous ramène à la question qui nous occupe.

M. Parm Gill: Merci.

Ma question suivante s'adresse à Rita.

Rita, êtes-vous en mesure de nous décrire certains des défis auxquels vous êtes confrontée à l'heure de développer cette application pour des ordinateurs ou téléphones intelligents? Comment avez-vous l'intention de commercialiser cette application parmi le public en général?

La présidente: Je regrette, mais il ne nous reste que 30 secondes, Rita. Ça ne vous laisse pas beaucoup de temps.

Mme Rita Orji: Certains des défis se rapportent à la manière de projeter les résultats futurs du comportement, pour faire en sorte que la personne fasse réellement... Si elle va prendre l'escalier au lieu de prendre l'ascenseur, en un mois quel sera l'effet sur sa vie? Ce qui motive les gens c'est le résultat. Quand il s'agit de changer son comportement, on ne voit pas le résultat immédiat. Si on est en mesure de montrer à quelqu'un ce qui va se passer d'ici un mois — c'est-à-dire la manière dont son comportement présent va transformer les choses en un résultat palpable d'ici un mois — ce sera un élément vraiment motivant. Un des défis auxquels nous sommes confrontés en ce moment c'est de savoir comment nous allons pouvoir réussir à inciter les gens à manger sain, ce qui est plutôt compliqué.

La présidente: Merci.

Passons maintenant à M. Morin.

M. Dany Morin (Chicoutimi—Le Fjord, NPD): Merci, madame la présidente.

Rita, vous avez mentionné un peu plus tôt la différence entre les garçons et les filles. J'aimerais s'il vous plaît que vous acheviez vos propos. Vous étiez sur le point de parler de ce que veulent les garçons.

Mme Rita Orji: D'accord. Comme je disais, les filles sont vraiment beaucoup plus intéressées à...

Je vous donne l'exemple d'une fille qui fume. Elle fume et elle n'a aucune raison de le faire. Je lui demande pourquoi elle le fait et elle me répond: « C'est amusant, et je veux le faire et puis c'est tout ». Je lui annonce alors qu'elle risque d'avoir une maladie et de mourir. Elle me répond « Il n'y a rien là. Quelque chose va nous tuer de toute façon ». Ma démarche ne fonctionne pas. Au rendez-vous suivant, je lui lance: « Tu sais quoi? Tu vas avoir un cancer de la bouche, et sais-tu quoi? Les femmes qui attrapent cette maladie ne sont pas belles et personne ne voudra plus jamais t'embrasser ».

Voilà sa principale préoccupation. Et ça marche! La fille refuse de quitter la salle parce qu'elle veut en savoir davantage. Elle me demande de quoi ça a l'air. Je lui montre des photos de cancer de la bouche qu'elle considère une à une avant de s'écrier « Mais c'est vraiment horrible, Rita, c'est horrible. Je préfère mourir ». Et je réplique: « Non, tu ne vas pas mourir. Tu vas vivre avec pendant un certain temps ».

C'est intéressant de noter que c'est en fait cela qui a fonctionné pour la fille en question. Elle s'est abstenue de fumer pendant tout un mois. L'ennui c'est qu'elle avait également peur de prendre du poids, car parfois quand on change de comportement il y en a un autre qui surgit. Elle obsédait à l'idée de prendre du poids et craignait que c'est ce qui arriverait si elle arrêtait de fumer. Mais je lui ai appris qu'il y avait une autre façon de gérer cela.

Ce que j'essaie de dire, en quelque sorte, c'est que le secret pour générer un changement de comportement, c'est de découvrir ce qui motive les gens. Quand je me suis aperçue que les filles se préoccupaient tellement de leur aspect physique, j'ai voulu leur montrer de quoi elles auraient l'air un mois après si elles continuaient à consommer de la poutine tous les jours.

• (1005)

M. Dany Morin: Et les garçons?

Mme Rita Orji: Suivant le modèle que nous avons, les garçons s'inquiètent davantage de la maladie, mais il leur importe également d'avoir l'air en forme. La plupart des jeunes s'inquiètent de leur

aspect, mais pour eux cela n'a rien à voir avec le poids; il s'agit plutôt de leur allure, leur musculature en général. Ainsi, si je veux motiver un garçon, je ne vais pas me limiter à parler du poids; j'insisterai sur l'apparence générale, la musculature et ainsi de suite. Voilà ce qui motive les garçons.

Voilà comment nous abordons les choses pour les garçons. Si on veut qu'ils soient plus musclés, on pourrait créer un modèle qui les incitera à vouloir le devenir. Nous cherchons à personnaliser les choses suivant les besoins des gens au chapitre de la santé et, pour les garçons, cela veut dire créer un modèle qui les fera opter pour travailler leur musculature. Quelqu'un qui voudrait avoir l'air en forme — et la plupart des garçons tiennent à se faire une musculature — serait tout à fait emballé si on avait l'occasion de l'animer à suivre cette voie.

Voilà une des choses que nous faisons.

M. Dany Morin: Merci beaucoup.

[Français]

Ma prochaine question s'adresse à M. Martin Cooke.

Un peu plus tôt, votre collègue et vous parliez de l'investissement à long terme dans les programmes de prévention destinés aux populations autochtones. Pouvez-vous nous donner plus d'informations par rapport à la situation actuelle? Vous n'êtes pas les premiers représentants d'organismes qui nous parlent du manque de constance vis-à-vis de l'investissement dans les programmes visant la prévention des maladies et la promotion de la santé. Parlez-nous davantage de vos besoins actuels et de ce que vous demandez au gouvernement canadien pour assurer la pérennité de ces bons programmes, qu'il s'agisse de projets-pilotes ou de projets très utiles pour les communautés autochtones.

[Traduction]

M. Martin Cooke: Je ne suis pas certain. Je ne crois pas que nous ayons des attentes du gouvernement à ce chapitre. Ce que nous tentons de faire c'est de montrer que nous avons un modèle et que nous croyons qu'il peut améliorer le fonctionnement des systèmes; je suppose que nous espérons que ce modèle puisse se reproduire. Nous reconnaissons que les contextes locaux y sont pour quelque chose et ils sont toujours très différents, notamment sur le plan de la collaboration. Nous espérons néanmoins qu'un élément quelconque du processus modèle puisse améliorer la santé des enfants autochtones dans nos collectivités, et ce en supprimant les obstacles et en améliorant la collaboration parmi tous les partenaires et tous les éléments de ce système de santé publique complexe. En somme, nous espérons que le modèle puisse être utilisé ailleurs.

La présidente: Je regrette, monsieur Morin, nous avons presque fini.

Mes collègues m'ont gracieusement permis de vous poser une question, alors je vous remercie.

Je m'intéresse, madame Orji, à vos propos et à vos recherches. J'ai aimé ce que vous aviez à dire à l'égard de la motivation, car je crois que c'est justement cela qui nous fait faire ce que nous devons, quel que soit notre âge.

Il y a un fossé entre la génération des plus jeunes et celle des plus âgés. Notre tissu démographique nous annonce que la plupart des habitants de notre pays vont appartenir à la génération des aînés d'ici deux ou trois ans; c'est-à-dire que leur nombre l'emportera sur celui des jeunes. C'est la première fois que cela se produira au Canada.

Vous avez parlé des médias sociaux. Avez-vous songé à la manière dont vous pourriez sensibiliser la génération plus âgée aux médias sociaux, à l'intérêt des applications et à la manière dont elles peuvent leur faciliter la vie? J'ai travaillé avec un groupe de personnes âgées en les initiant aux ordinateurs et autres appareils de la sorte; une fois qu'elles s'y sont mises, il n'y avait plus moyen de les arrêter. Certaines personnes ont vraiment besoin d'être motivées pour s'adonner aux activités physiques; en fait, ce matin j'étais en train d'apprendre à nager. Je n'ai jamais nagé de ma vie. J'ai fait six longueurs de piscine ce matin, et ma coiffure en fait foi.

Pouvez-vous ajouter quelque chose à cela?

• (1010)

Mme Rita Orji: Notre étude a révélé que bon nombre des personnes de la génération plus âgée ne sont pas tellement efficaces à l'heure d'utiliser des ordinateurs, mais quand il s'agit de téléphones cellulaires, ils sont pratiquement aussi chevronnés que les jeunes. La plupart des applications et interventions que nous avons l'intention de concevoir vont être exécutées au moyen de ces téléphones mobiles. Ils peuvent être utilisés par quiconque, les personnes âgées aussi bien que les jeunes. Voilà pourquoi nous estimons que les applications pour téléphone mobile sont la chose à faire. C'est la voie de l'avenir, car ces appareils accompagnent les gens partout où ils vont. C'est quelque chose que n'importe qui peut utiliser.

La clef c'est que l'on n'a pas besoin d'apprendre quoi que ce soit ni acheter un tas d'accessoires. Vous l'avez avec vous un point c'est tout. S'il faut des accessoires, cela ajoute une nouvelle difficulté au comportement que l'on essaie de promouvoir. Néanmoins, si je puis me contenter d'utiliser le téléphone que je suis déjà en train d'utiliser, il me suffira de savoir composer un numéro pour pouvoir utiliser l'application. Nous ciblons en fait le groupe tout entier, les jeunes ainsi que les personnes âgées.

C'est pourquoi j'affirme que l'avenir réside dans les téléphones mobiles. Ils vont être l'objet en vogue par excellence que tout le monde sera en mesure d'utiliser. On n'a pas besoin d'accessoires. On n'a pas besoin d'apprendre quoi que ce soit. La courbe d'apprentissage est pratiquement nulle.

La présidente: J'irai même un peu plus loin. Vous êtes au courant de cela, et nous voilà aussi au courant puisque vous êtes comparue devant le comité, mais comment allez-vous faire savoir cela au public en général? On pourrait suggérer que vous fassiez parvenir cette information à chacun des députés, qui pourraient transmettre la bonne nouvelle à dix pour cent de leurs commettants, rappelant que le secret pour lutter contre les maladies chroniques réside dans l'activité physique. Nous l'avons entendu de manière réitérée au sein de notre comité. C'est peut-être quelque chose que vous voudriez envisager dans vos recherches, car cela permettrait de combler le fossé, ne serait-ce qu'en partie.

Qu'en pensez-vous?

Mme Rita Orji: C'est une bonne chose. Je crois qu'une partie de ce que nous faisons aujourd'hui c'est de communiquer tout cela au public. Ensuite, nous avons deux ou trois publications que nous allons distribuer à l'externe, bien que je doute que tout le monde pourra y avoir accès. Nous espérons également les diffuser autant que possible en participant à des forums et en montrant les résultats de nos activités. Nous espérons concevoir des choses, les évaluer, produire des résultats et les publier pour que les gens en prennent connaissance. Ce faisant, nous espérons sensibiliser les gens à la capacité ajoutée que les téléphones mobiles et certaines autres applications offrent pour ce qui est de changer la vie des gens, plus particulièrement au chapitre de l'obésité.

La présidente: Merci. Il me reste une autre minute, alors j'ai une autre question. Elle se rapporte au secteur autochtone.

Mon fils est marié à une autochtone pur sang. Je sais qu'il y a une collectivité qui s'inquiète beaucoup du bien-être des jeunes et de l'obésité. Comment inculquez-vous cette composante pédagogique aux jeunes? Il me semble que bien des enfants et des jeunes ne savent même pas ce que cela veut dire que de manger sain; ils sont obèses parce qu'ils aiment les boissons gazeuses et les croustilles et les parents les encouragent et vont leur en acheter. Comment faites-vous pour leur donner cette éducation?

M. Martin Cooke: Voilà certainement quelque chose dont nous entendons parler chez nos partenaires. Notre coordonnatrice du projet, Teri Morrow, est une diététicienne qui s'est primordialement consacrée à promouvoir la santé parmi les enfants autochtones en milieu urbain.

La meilleure réponse à laquelle je puisse songer c'est que cela dépend de ce qui se passe dans la collectivité touchée. Les habitants locaux savent comment s'y prendre et lui donner tout son sens, je crois, car je ne laisse pas d'être un étranger qui voit les choses de l'extérieur.

La présidente: Merci. Mon temps s'est écoulé, alors je vais passer à M. Morin.

M. Dany Morin: Je crois que ma question a été mal comprise tout à l'heure, alors je vais m'exprimer en anglais.

Monsieur Wilk, dans votre présentation vous avez parlé de financement à long terme pour les programmes, n'est-ce pas? Pouvez-vous m'en dire davantage sur la situation actuelle, et de ce que vous attendez de vos partenaires, du gouvernement ou de qui que ce soit, afin d'augmenter le financement à long terme des programmes bien conçus?

• (1015)

M. Piotr Wilk: Oui, je peux parler au nom de mes partenaires à London, en Ontario, car ils m'ont donné des nouvelles à ce sujet. Parmi les principales plaintes, une des plus récurrentes portait sur le financement qui doit trop souvent être consacré à des programmes concrets et ne dure qu'une année ou deux; il disparaît ensuite, que le programme s'avère réussi ou pas.

Il va de soi qu'il faut une sorte de changement structurel dans la manière dont les programmes réussis ou qui valent la peine sont financés; autrement, on alimente l'espoir car quelque chose est en train d'être fait au niveau communautaire, et puis le programme est supprimé, éliminant l'espoir par la même occasion. Ce n'est pas seulement le fait que cela n'est pas en train de créer une tendance positive au niveau communautaire, mais c'est aussi très décevant pour nos partenaires, qui estiment qu'ils sont en train d'être privés de choses qui leur étaient données auparavant. Une sorte de continuité dans le financement serait probablement une bien meilleure solution.

M. Dany Morin: Je suppose que quand le financement est interrompu le programme doit lui aussi s'interrompre, et le savoir-faire de l'équipe, qui sera excellent après les deux ou trois ans qui se seront écoulés, se perd quand l'équipe est dissolue.

M. Piotr Wilk: Je suis tout à fait d'accord avec vous. Peut-être sommes-nous en train de chercher une réponse à une question à laquelle on a déjà répondu il y a des années, mais ce savoir s'est perdu sans laisser sa trace dans la mémoire institutionnelle. C'est pourquoi il faut absolument une sorte de changement au niveau systémique, plutôt qu'uniquement au niveau individuel.

M. Dany Morin: Mary Collins, vous avez également parlé de cela. Pouvez-vous nous faire part de votre expérience?

L'hon. Mary Collins: Nous serions certainement portés à demander au gouvernement fédéral de poursuivre un financement robuste pour les divers organismes — les IRSC et autres organismes appuyant des projets de recherche — voire de se pencher sur la durée du financement pour beaucoup d'entre eux.

Une chose qui nous a fait extrêmement plaisir, bien entendu, c'est que la stratégie de prévention du cancer a été renouvelée.

Peut-être nous faudrait-il envisager une stratégie plus intégrée à l'endroit de la prévention des maladies chroniques, au lieu de stratégies propres à une maladie ou à un facteur de risque précis, car nous sommes en train de reconnaître le besoin d'intégration. Nous devrions songer à la manière dont le gouvernement fédéral pourrait être en mesure de fournir un financement par le biais des organismes de recherche pour effectuer certaines recherches sur le terrain susceptibles de produire des résultats vraiment probants.

M. Dany Morin: Compte tenu de notre situation financière actuelle et des compressions qui sont à l'ordre du jour partout, je crains fort que l'argent consacré aux recherches ou à des programmes qui valent la peine ne soit coupé. Dans le secteur de la santé, quand l'argent vient à manquer, la prévention est la première chose qui est

amputée et le gouvernement se contente d'insister sur les soins actifs, ce qui n'est pas une bonne solution à long terme.

L'hon. Mary Collins: J'en conviens. Nous ferions valoir sans aucun doute que la prévention devrait être la dernière chose à être coupée, tout comme les programmes à l'appui de ce genre d'activités. Autrement, nous serons condamnés à poursuivre ce cycle de coûts liés aux soins de santé qui ne font que se multiplier à perpétuité.

M. Dany Morin: Merci beaucoup.

La présidente: Merci beaucoup.

Nous allons maintenant suspendre la séance et le comité va passer aux questions administratives de l'ordre du jour.

Je tiens à vous remercier bien sincèrement de vos présentations. Si vous désirez parler à quelqu'un, je vous demanderais d'avoir l'obligeance de le faire à l'extérieur des portes, car nous devons entreprendre nos travaux sans plus tarder.

Merci beaucoup. Je suspens la séance pendant une minute.

[La réunion se poursuit à huis clos.]

POSTE  MAIL

Société canadienne des postes / Canada Post Corporation

Port payé

Postage paid

Poste-lettre

Lettermail

**1782711
Ottawa**

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à :
Les Éditions et Services de dépôt
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada
Ottawa (Ontario) K1A 0S5*

*If undelivered, return COVER ONLY to:
Publishing and Depository Services
Public Works and Government Services Canada
Ottawa, Ontario K1A 0S5*

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

Il est permis de reproduire les délibérations de la Chambre et de ses comités, en tout ou en partie, sur n'importe quel support, pourvu que la reproduction soit exacte et qu'elle ne soit pas présentée comme version officielle. Il n'est toutefois pas permis de reproduire, de distribuer ou d'utiliser les délibérations à des fins commerciales visant la réalisation d'un profit financier. Toute reproduction ou utilisation non permise ou non formellement autorisée peut être considérée comme une violation du droit d'auteur aux termes de la *Loi sur le droit d'auteur*. Une autorisation formelle peut être obtenue sur présentation d'une demande écrite au Bureau du Président de la Chambre.

La reproduction conforme à la présente permission ne constitue pas une publication sous l'autorité de la Chambre. Le privilège absolu qui s'applique aux délibérations de la Chambre ne s'étend pas aux reproductions permises. Lorsqu'une reproduction comprend des mémoires présentés à un comité de la Chambre, il peut être nécessaire d'obtenir de leurs auteurs l'autorisation de les reproduire, conformément à la *Loi sur le droit d'auteur*.

La présente permission ne porte pas atteinte aux privilèges, pouvoirs, immunités et droits de la Chambre et de ses comités. Il est entendu que cette permission ne touche pas l'interdiction de contester ou de mettre en cause les délibérations de la Chambre devant les tribunaux ou autrement. La Chambre conserve le droit et le privilège de déclarer l'utilisateur coupable d'outrage au Parlement lorsque la reproduction ou l'utilisation n'est pas conforme à la présente permission.

On peut obtenir des copies supplémentaires en écrivant à : Les Éditions et Services de dépôt
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada
Ottawa (Ontario) K1A 0S5
Téléphone : 613-941-5995 ou 1-800-635-7943
Télécopieur : 613-954-5779 ou 1-800-565-7757
publications@tpsgc-pwgsc.gc.ca
<http://publications.gc.ca>

Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante : <http://www.parl.gc.ca>

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

SPEAKER'S PERMISSION

Reproduction of the proceedings of the House of Commons and its Committees, in whole or in part and in any medium, is hereby permitted provided that the reproduction is accurate and is not presented as official. This permission does not extend to reproduction, distribution or use for commercial purpose of financial gain. Reproduction or use outside this permission or without authorization may be treated as copyright infringement in accordance with the *Copyright Act*. Authorization may be obtained on written application to the Office of the Speaker of the House of Commons.

Reproduction in accordance with this permission does not constitute publication under the authority of the House of Commons. The absolute privilege that applies to the proceedings of the House of Commons does not extend to these permitted reproductions. Where a reproduction includes briefs to a Committee of the House of Commons, authorization for reproduction may be required from the authors in accordance with the *Copyright Act*.

Nothing in this permission abrogates or derogates from the privileges, powers, immunities and rights of the House of Commons and its Committees. For greater certainty, this permission does not affect the prohibition against impeaching or questioning the proceedings of the House of Commons in courts or otherwise. The House of Commons retains the right and privilege to find users in contempt of Parliament if a reproduction or use is not in accordance with this permission.

Additional copies may be obtained from: Publishing and Depository Services
Public Works and Government Services Canada
Ottawa, Ontario K1A 0S5
Telephone: 613-941-5995 or 1-800-635-7943
Fax: 613-954-5779 or 1-800-565-7757
publications@tpsgc-pwgsc.gc.ca
<http://publications.gc.ca>

Also available on the Parliament of Canada Web Site at the following address: <http://www.parl.gc.ca>