



CHAMBRE DES COMMUNES  
HOUSE OF COMMONS  
CANADA

## Comité permanent de la condition féminine

---

FEWO



NUMÉRO 008



2<sup>e</sup> SESSION



41<sup>e</sup> LÉGISLATURE

---

TÉMOIGNAGES

**Le mardi 10 décembre 2013**

**Présidente**

Mme Hélène LeBlanc



## Comité permanent de la condition féminine

Le mardi 10 décembre 2013

• (1535)

[Français]

**La présidente (Mme Hélène LeBlanc (LaSalle—Émard, NPD)):** Bonjour et bienvenue à la 8<sup>e</sup> réunion du Comité permanent de la condition féminine. Le sujet qui est à l'étude aujourd'hui porte sur les troubles de l'alimentation chez les filles et les femmes.

La réunion se déroulera comme suit. Chaque ministère ou organisation aura un maximum de 10 minutes pour faire sa présentation et on passera par la suite aux questions. Je vous informe que les représentants de Condition féminine Canada seront ici pour répondre à nos questions après les présentations des autres témoins.

Je souhaite la bienvenue à tous les témoins qui ont pris le temps de venir nous rencontrer pour nous éclairer sur ce sujet très important. Nous recevons aujourd'hui les témoins suivants: de Condition féminine Canada, M. Sébastien Goupil, directeur général, Politiques et relations extérieures et Mme Linda Savoie, directrice générale, Programme de promotion de la femme et des opérations régionales; du ministère de la Santé, M. Hasan Hutchinson, directeur général, Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition, Direction générale des produits de santé et des aliments; de l'Agence de la santé publique du Canada, Mme Marla Israel, directrice générale par intérim, Centre pour la promotion de la santé, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques. Enfin, par l'entremise de la vidéoconférence, j'aimerais saluer Mme Joy Johnson, des Instituts de recherche en santé du Canada, directrice scientifique, Institut de la santé des femmes et des hommes.

Madame Israel, vous pouvez commencer votre présentation. Vous disposez de 10 minutes.

**Mme Marla Israel (directrice générale par intérim, Centre pour la promotion de la santé, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada):** Merci beaucoup, madame la présidente et membres du comité.

[Traduction]

Membres du comité, merci beaucoup de cette occasion de m'adresser à vous aujourd'hui au sujet des troubles de l'alimentation. Je m'intéresserai tout particulièrement aux activités de l'Agence de la santé publique du Canada dans ce domaine.

L'Agence de la santé publique du Canada se fait un devoir d'améliorer la santé et le bien-être des Canadiens. À cette fin, elle administre des programmes et des politiques qui visent à promouvoir la santé physique et mentale et à prévenir les maladies chez les Canadiens. L'agence cherche à réduire les facteurs de risque pouvant contribuer à une mauvaise santé, comme l'abus, la violence ou la négligence, tout en favorisant des facteurs de protection comme

l'aptitude à surmonter l'adversité, l'estime de soi, les capacités d'adaptation et les relations saines.

[Français]

Les troubles de l'alimentation impliquent une perturbation grave de l'alimentation. Certains troubles comme l'anorexie, la boulimie et les frénésies alimentaires sont des maladies mentales qui peuvent être associées à la stigmatisation, à l'isolement et à la dévalorisation.

Les facteurs de risque liés aux troubles de l'alimentation comprennent un mélange de facteurs biologiques, psychosociaux et sociaux et de facteurs de développement associés notamment aux diktats de la minceur, à l'absence de mécanisme d'adaptation adéquat, à la négligence et à la surprotection.

[Traduction]

Le rapport du Sénat intitulé *De l'ombre à la lumière*, publié en 2006, a mis à l'avant-plan la question de la maladie mentale et a contribué à la création, en 2007, de la Commission de la santé mentale du Canada. La Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada mise au point par la commission décrit six orientations stratégiques visant à améliorer le continuum des services de santé mentale pour les Canadiens. La première orientation stratégique consiste à promouvoir le bien-être mental des gens toute leur vie durant, à la maison, à l'école et au travail, et à prévenir la maladie mentale et le suicide, dans la mesure du possible.

La promotion de la santé mentale consiste à accroître la capacité des individus et des collectivités à se prendre en main et à améliorer leur santé mentale, à renforcer leur capacité et leur aptitude à surmonter l'adversité afin de réagir positivement aux épreuves futures. C'est pourquoi nos programmes sont axés sur les populations les plus à risque, comme les enfants vulnérables et leur famille.

[Français]

Du point de vue de la santé publique, la prévention des troubles de l'alimentation commence par une solide assise en matière de bien-être mental. Je parle ici d'établir des relations saines, de favoriser de saines compétences parentales, d'acquérir de bonnes aptitudes à surmonter l'adversité et de se bâtir une bonne estime de soi et une confiance en soi.

Nous savons que les initiatives axées sur les premières années de vie des personnes et qui ciblent l'ensemble de leur environnement sont plus susceptibles de les protéger d'une mauvaise santé mentale et des maladies mentales plus tard dans leur vie.

• (1540)

[Traduction]

Pour aider à bâtir cette assise, l'Agence de la santé publique du Canada finance des programmes et des activités visant à maintenir et à renforcer la santé mentale et le bien-être. Nous réalisons des programmes pour les enfants vulnérables et à risque ainsi que pour leurs familles, qui visent principalement à favoriser un meilleur départ dans la vie. Ces programmes offrent aux participants une formation en compétences parentales et des outils permettant d'établir des relations saines afin de les aider à surmonter d'éventuelles difficultés. L'agence joue également un rôle de premier plan dans la surveillance en vue de mieux comprendre les facteurs qui influent sur la santé physique et mentale des jeunes au Canada. Ces facteurs comprennent notamment la violence et la négligence à l'égard des enfants, les blessures chez les enfants, les comportements autodestructeurs et la maladie mentale, notamment les troubles de l'alimentation.

En 2006, nous avons trouvé que 0,5 % des Canadiens âgés de 15 ans et plus avaient reçu un diagnostic de troubles alimentaires au cours des 12 mois précédents, et que 1,5 % des Canadiens âgés de 15 ans et plus avait signalé des symptômes qui répondaient aux critères pour un problème d'attitude à l'égard de l'alimentation. Ces renseignements sont essentiels pour mieux comprendre les taux d'incidence et de prévalence de la maladie, et pour mieux guider l'élaboration de politiques et de programmes.

L'agence finance également des projets visant à promouvoir des comportements plus sains au moyen d'attitudes positives et de l'activité physique, et nous travaillons étroitement avec nos collègues de Santé Canada pour favoriser des pratiques nutritionnelles saines.

Chaque jour, de nombreux facteurs influent sur notre santé physique et mentale — l'endroit où nous résidons, notre milieu de travail, nos relations avec nos amis, notre famille et nos communautés —, et, seuls ou ensemble, ces facteurs ont des répercussions considérables sur ce que nous ressentons et comment nous y réagissons.

Notre but est de prévenir — ou du moins de réduire — l'incidence de la maladie mentale et de la mauvaise santé mentale chez les Canadiens. Nous désirons aider les jeunes filles à grandir avec une image positive d'elles-mêmes et à développer la maîtrise et l'estime de soi. Une telle assise peut aider à réduire le risque de troubles de l'alimentation.

[Français]

L'Agence de la santé publique du Canada est déterminée à améliorer la santé générale et le bien-être de tous les Canadiens et Canadiennes. En renforçant et en maintenant notre santé mentale et physique, nous pouvons limiter les effets dévastateurs de la maladie mentale, y compris les conséquences des troubles de l'alimentation chez les jeunes filles, les garçons, les femmes et les hommes.

Je vous remercie.

**M. Hasan Hutchinson (directeur général, Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition, Direction générale des produits de santé et des aliments, ministère de la Santé):** Merci, madame la présidente et membres du comité. Je suis heureux d'être ici aujourd'hui avec mes collègues de l'Agence de la santé publique du Canada, des Instituts de recherche en santé du Canada et de Condition féminine Canada.

Nous reconnaissons que les troubles de l'alimentation constituent un problème de santé mentale très préoccupant. Aujourd'hui, je vous parlerai des initiatives de Santé Canada en matière de saine

alimentation. Bien que ces initiatives ne visent pas directement les troubles de l'alimentation, elles sont intentionnellement conçues et mises en oeuvre pour en minimiser les conséquences imprévues et néfastes, comme le fait d'encourager les mauvaises habitudes alimentaires.

[Traduction]

La saine alimentation est essentielle à la promotion de la santé et à la réduction du risque de contracter des maladies chroniques liées à la nutrition. Santé Canada se doit de jouer un rôle de chef de file à l'échelle nationale en soutenant la saine alimentation par l'élaboration de politiques et de lignes directrices nutritionnelles, en améliorant la base de données probantes à l'appui de la prise de décisions stratégiques, en prenant connaissance et en rendant compte de ce que consomment les Canadiennes et Canadiens, ainsi qu'en informant ceux-ci au moyen d'initiatives d'éducation et de sensibilisation qui les aideront à faire des choix alimentaires sains et éclairés.

Lorsque nous élaborons des politiques et des initiatives de promotion nationales en matière de nutrition, nous veillons à nous assurer qu'il n'y ait pas de conséquences imprévues et néfastes. Tous les efforts sont faits pour transmettre aux consommateurs des messages nutritionnels positifs qui sont axés sur la santé et le bien-être, et non sur le poids, puisque les préoccupations relatives au poids sont à l'origine des troubles de l'alimentation comme l'anorexie mentale et la boulimie mentale.

Voici quelques exemples d'initiatives de Santé Canada en matière de saine alimentation qui sont axées sur la santé et non sur le poids.

*Bien manger avec le Guide alimentaire canadien* est probablement la ressource nutritionnelle élaborée par Santé Canada la mieux connue à l'échelle nationale. Le Guide alimentaire propose un modèle d'alimentation qui répond aux besoins nutritionnels, qui favorise les choix santé et qui minimise le risque de contracter des maladies chroniques liées à l'alimentation. Il a été conçu pour expliquer à la population canadienne ce qu'est une saine alimentation. Il constitue également un outil important à l'appui des politiques et des normes en matière de santé et de nutrition à l'échelle du pays et le fondement d'une vaste gamme d'initiatives nutritionnelles.

Dans le cadre de l'élaboration du Guide alimentaire canadien, l'équilibre énergétique a été un facteur clé dans la conception d'un modèle d'alimentation, surtout à la lumière des taux croissants d'obésité chez les Canadiens. Malgré cela, Santé Canada ne s'est pas fondé sur le calcul des calories pour élaborer le Guide alimentaire. Notre approche a été appuyée par bon nombre de nos intervenants en santé publique.

En 2011, les ministres FPT de la Santé ont souscrit aux « Mesures de suivi et orientations futures » du document-cadre *Freiner l'obésité juvénile: Cadre d'action fédéral, provincial et territorial pour la promotion du poids santé*. Bien que le cadre ait comme but la réduction de l'obésité chez les enfants, aucune de ses dix recommandations ne favorise ni n'appuie les régimes d'amaigrissement, le calcul des calories ou d'autres efforts axés sur le poids.

L'Initiative de sensibilisation et d'éducation à une saine alimentation de Santé Canada diffuse des messages clairs et cohérents sur la saine alimentation destinés à la population canadienne. Les premières phases de la campagne étaient axées sur une meilleure compréhension de l'étiquetage nutritionnel. Bien que la phase actuelle de cette initiative de saine alimentation porte sur le poids santé, les messages publics et dans les médias encouragent les bonnes habitudes alimentaires, plus particulièrement en favorisant le développement des compétences alimentaires. L'accent ayant été mis intentionnellement sur le développement des compétences alimentaires, et non sur le poids corporel.

Je terminerai en soulignant une fois de plus que les troubles de l'alimentation constituent un problème de santé mentale grave. Les politiques, les programmes et les messages faisant la promotion de la nutrition, comme ceux élaborés par Santé Canada, qui sont axés sur la santé et le bien-être, et non sur le poids et les calories, jouent un important rôle dans la prévention de la mauvaise alimentation.

• (1545)

[Français]

Voilà ce qui met fin à mon intervention, madame la présidente. Ce sera un plaisir pour moi de répondre aux questions des membres du comité.

**La présidente:** Merci, monsieur Hutchinson.

Madame Johnson, vous disposez de 10 minutes pour faire votre présentation.

[Traduction]

**Dre Joy Johnson (directrice scientifique, Institut de la santé des femmes et des hommes, Instituts de recherche en santé du Canada):** Merci beaucoup madame la présidente, honorables membres du comité.

J'aimerais vous remercier de m'avoir invitée à parler de la question des troubles d'alimentation chez les filles et les femmes.

En tant que directrice scientifique de l'Institut de la santé des femmes et des hommes, l'un des treize instituts des Instituts de recherche en santé du Canada, je suis ravie d'avoir l'occasion de vous informer de la manière dont le gouvernement du Canada à travers les IRSC, contribue à faire progresser les connaissances en recherche et à renforcer les capacités dans ce domaine.

Les troubles de l'alimentation sont des problèmes de santé complexes et multidimensionnels. Le spectre des troubles de l'alimentation varie considérablement, allant d'habitudes alimentaires s'écartant légèrement de la norme à des maladies chroniques potentiellement fatales. Les filles et les femmes - en particulier les jeunes femmes - courent un risque élevé de développer des troubles de l'alimentation comme l'anorexie et la boulimie et tendent à être davantage touchées par ces troubles que les garçons et les hommes, bien que ceux-ci en soient de plus en plus souvent victimes. Par exemple, dans une vaste étude américaine menée auprès d'enfants de 9 à 14 ans, 13,4 % des filles et 7,1 % des garçons ont adopté des comportements symptomatiques d'un trouble de l'alimentation. Les jeunes femmes de 15 à 19 ans affichent le plus haut taux d'incidence d'anorexie mentale, une maladie pour laquelle l'incidence globale augmente au fil du temps.

Les causes des troubles de l'alimentation sont complexes et étroitement liées au genre; elles sont le fruit d'interactions entre des aspects environnementaux, biologiques et développementaux de la personne. Les facteurs de risque comprennent: les antécédents familiaux de troubles de l'alimentation, d'obésité et de troubles de l'humeur; ainsi que les antécédents d'abus, en particulier de violence

sexuelle. Par ailleurs, les jeunes filles qui connaissent une puberté précoce ou qui souffrent d'obésité courent un risque accru de développer un trouble de l'alimentation.

Avec les troubles de l'alimentation viennent les défis médicaux et psychologiques. Certaines des conséquences médicales sont irréversibles ou entraînent des répercussions à long terme, principalement au niveau du squelette, du système reproducteur et du cerveau.

Les auteurs d'une récente revue de la littérature sur les troubles de l'alimentation ont affirmé que, de tous les troubles mentaux, le taux de mortalité lié à l'anorexie mentale est le plus élevé. La même étude a indiqué que les femmes atteintes d'anorexie mentale sont 12 fois plus susceptibles de mourir durant un intervalle de temps donné que les autres femmes du même âge.

Les chercheurs et les cliniciens comprennent et traitent de mieux en mieux les troubles de l'alimentation. Cependant, cette question relative à cette maladie complexe, qui touche les femmes et les filles canadiennes de façon disproportionnée, n'est pas pour autant réglée: des défis persistants restent à relever.

Les IRSC ont pour mission d'appuyer l'élaboration et l'application des données de recherche nécessaires pour relever de tels défis. Les IRSC ont été établis en 2000 par le Parlement, conscient que les investissements dans la santé et dans le système de soins de santé font partie de la vision canadienne d'une société bienfaitante. Les objectifs des IRSC sont d'exceller, selon les normes internationales reconnues de l'excellence scientifique, dans la création de nouvelles connaissances, et d'appliquer ces nouvelles connaissances en vue d'améliorer la santé de la population canadienne et d'offrir de meilleurs produits et services de santé.

En 2012-2013, le gouvernement du Canada a investi près d'un milliard de dollars afin d'appuyer le travail des IRSC. Environ 95 % de ces investissements, ou 940 millions de dollars, ont servi à financer plus de 13 000 des meilleurs chercheurs et stagiaires au pays à l'aide de subventions et de bourses.

Les IRSC intègrent la recherche au moyen d'une structure interdisciplinaire unique composée de 13 instituts dits virtuels. Plusieurs des instituts des IRSC appuient la recherche liée aux troubles de l'alimentation chez les filles et les femmes.

Ainsi, l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies appuie la recherche visant à améliorer la santé mentale grâce à des stratégies de prévention, au dépistage, au diagnostic, au traitement, aux systèmes de soutien et aux soins palliatifs.

L'Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète appuie la recherche visant à améliorer la santé relativement au régime alimentaire; l'un de ses quatre domaines de recherche prioritaires porte sur le rôle de l'alimentation dans la santé.

L'Institut du développement et de la santé des enfants et des adolescents compte parmi ses domaines de recherche prioritaires le développement et la santé mentale des enfants et des adolescents.

Enfin, l'Institut de la santé des femmes et des hommes, dont je suis la directrice scientifique, appuie la recherche visant à approfondir notre compréhension de l'influence du genre et du sexe biologique sur la santé des femmes et des hommes tout au long de leur vie.

• (1550)

L'une des principales initiatives phares des IRSC est la Stratégie de recherche axée sur le patient du Canada, aussi connue sous le nom de SRAP. Cette importante initiative a pour objectif central de favoriser la prestation de soins de santé fondés sur des données probantes en intégrant des approches diagnostiques et thérapeutiques novatrices au lieu d'intervention. Par l'intermédiaire de la SRAP, les IRSC appuient des réseaux de recherche qui rassemblent des intervenants de différents secteurs en vue de produire des données et des innovations qui feront progresser les changements de pratiques et de politiques menant à des améliorations transformatrices et mesurables dans les soins de santé.

Le premier réseau de la SRAP soutenu par les IRSC oeuvre dans le domaine de la santé mentale chez les jeunes et les adolescents. Ce réseau vise à améliorer les soins offerts aux jeunes Canadiens aux prises avec une maladie mentale en transformant les découvertes prometteuses issues de la recherche en pratiques et en politiques. Il représente un investissement de 25 millions de dollars sur cinq ans, réparti à parts égales entre les IRSC et la Fondation Graham Boeckh, et vise à élaborer des solutions cliniques aux problèmes de santé mentale auxquels font face les jeunes Canadiens.

Par leurs investissements stratégiques et leurs programmes de recherche libre, les IRSC ont depuis 2006 consacré 4,5 millions de dollars à des projets de recherche portant sur les troubles de l'alimentation. En 2012-2013, les IRSC ont également accordé 56 millions de dollars en financement aux projets de recherche en santé mentale et 40 millions de dollars à ceux liés à la nutrition. Les IRSC ont par exemple financé des projets de recherche portant sur les liens entre la toxicomanie et les troubles de l'alimentation, les déterminants génétiques liés au faible poids corporel dans l'anorexie mentale, les tendances à long terme de rechutes et de rétablissements chez les femmes aux prises avec l'anorexie, l'influence de la relation avec le père sur le développement de troubles de l'alimentation chez les jeunes et les méthodes pour dépister les troubles de l'alimentation chez les enfants et les adolescents.

Les IRSC appuient les chercheurs qui souhaitent connaître l'efficacité de la dissémination en ligne des modèles de pratiques exemplaires aux cliniciens qui s'occupent de patients aux prises avec des troubles de l'alimentation et ceux qui souhaitent connaître l'efficacité des interventions thérapeutiques chez les femmes présentant une hyperphagie boulimique. Les IRSC sont fiers de financer la recherche canadienne d'avant-garde sur les troubles de l'alimentation. Les nouvelles connaissances qui en sont issues constituent une clé importante au problème des troubles de l'alimentation chez les filles et les femmes.

Je vous remercie de votre attention.

• (1555)

[Français]

**La présidente:** Merci beaucoup, madame Johnson.

Nous commençons la période de questions avec Mme Truppe. Vous disposez de sept minutes.

[Traduction]

**Mme Susan Truppe (London-Centre-Nord, PCC):** Merci, madame la présidente.

Je remercie tout le monde d'être présent aujourd'hui afin de faire progresser cette étude fort importante. Je suis convaincue que nous entendrons d'excellentes questions.

Docteur Johnson, j'en ai moi-même quelques-unes pour vous. Il a été question de travaux pluridisciplinaires accomplis en partenariat. Vous avez dit que les troubles de l'alimentation comportent de multiples facettes et que des facteurs sociaux, des déterminants génétiques et des éléments psychologiques seraient en cause. Pourriez-vous nous en dire davantage sur certains des projets en partenariat que vous appuyez et les raisons pour lesquelles vous le faites?

**Dre Joy Johnson:** Aux IRSC, diverses équipes reçoivent du soutien pour qu'elles se consacrent exclusivement à l'étude des troubles de l'alimentation. Ainsi, l'Institut Douglas, à Montréal, compte une équipe pluridisciplinaire composée de généticiens, de psychologues et de médecins, qui unissent leurs efforts pour lutter contre les troubles de l'alimentation. Il s'agit de toute évidence d'un dossier interdisciplinaire. Il faut mettre divers cerveaux à contribution. Ce n'est là qu'un exemple parmi d'autres.

À l'Université d'Ottawa, les IRSC subventionnent un excellent programme axé sur les troubles de l'alimentation, lui aussi pluridisciplinaire, dans le cadre duquel des médecins, des psychologues et d'autres travailleurs de la santé cherchent à trouver des solutions et à les appliquer aux problèmes en cause.

**Mme Susan Truppe:** Merci.

Quels autres partenariats préconisez-vous ou en quoi autre chose, comme un autre partenariat, pourrait-il selon vous s'avérer utile?

**Dre Joy Johnson:** Outre les partenariats entre les chercheurs, l'idéal — et cela devient de plus en plus fréquent — est qu'il y en ait aussi à l'échelle du portefeuille de la santé. Nous trouvons des moyens de nous mettre en relation, de jeter des ponts entre les programmes de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique, d'une part, et les chercheurs désireux de les étudier et de comprendre leur mise en oeuvre, d'autre part.

Cela se rapproche, par exemple, du modèle de la Stratégie de recherche axée sur le patient. Nous faisons équipe avec les provinces afin de nous attaquer à un éventail de problèmes concernant le passage de la recherche à la pratique et, ce faisant, de commencer à régler — selon moi très efficacement — les questions urgentes liées aux soins de santé primaires, par exemple.

**Mme Susan Truppe:** Merci.

Vous avez aussi mentionné que le gouvernement du Canada a investi à peu près 1 milliard de dollars pour appuyer les travaux des IRSC et que 95 % de cet investissement était allé aux chercheurs et aux stagiaires au pays. Où sont allés les 5 % restants? À quoi ont-ils servi?

**Dre Joy Johnson:** Oui, je peux vous fournir davantage de précisions à ce sujet, mais, essentiellement, ces sommes — les autres 5 % — ont servi à financer l'exploitation de l'organisme.

**Mme Susan Truppe:** Je pense qu'il y avait un...

**Dre Joy Johnson:** Je pense que ce qu'il faut retenir, c'est que la majorité de la subvention est consacrée aux chercheurs, afin qu'ils cherchent à régler concrètement les problèmes de santé urgents des Canadiens.

**Mme Susan Truppe:** Cela représente beaucoup d'argent. C'est une excellente chose qu'on puisse mener des travaux de recherche.

Vous avez par ailleurs mentionné — un peu plus tard si je ne m'abuse — que les IRSC avaient consacré, depuis 2006, 4,5 millions de dollars à la recherche sur les troubles de l'alimentation, 56 millions à la recherche sur la santé mentale et 40 millions de dollars à la recherche sur la nutrition. Certains de ces projets sont-ils de nature préventive? Pouvez-vous nous en dire un peu plus à leur sujet?

**Dre Joy Johnson:** Oui. Comme vous l'ont dit mes collègues, les troubles de l'alimentation sont souvent abordés sous l'angle d'un vaste éventail de déterminants, comme la santé mentale ou l'obésité. Il a aussi été question, par exemple, d'agressions sexuelles. Les IRSC subventionnent donc diverses initiatives de recherche sur ces puissants déterminants. Ainsi, nous avons subventionné beaucoup de travaux sur la violence et la maltraitance. Nous avons subventionné beaucoup de travaux en vue d'améliorer la santé mentale des Canadiens. Sur ces plans, des travaux de recherche ont manifestement été financés, et leurs résultats devraient permettre d'agir sur les déterminants majeurs qui sont susceptibles d'entraîner des troubles de l'alimentation.

• (1600)

**Mme Susan Truppe:** Fantastique, merci beaucoup.

Ma prochaine question s'adresse à Mme Israel. Je vous remercie de votre présentation, qui portait également sur la santé publique et son rôle dans le dépistage et le traitement des troubles de l'alimentation.

Vous avez dit que l'approche de l'agence consiste à analyser les aspects des troubles de l'alimentation liés à la santé mentale à travers le prisme des personnes à risque qui participent aux programmes. Pouvez-vous nous fournir un exemple de programme conçu pour préserver et améliorer la santé mentale et le mieux-être?

**Mme Marla Israel:** L'un des principaux axes d'intervention de l'organisme passe par ses programmes destinés aux enfants à risque et à leurs parents. Lorsque j'ai préparé mon témoignage, j'ai été frappée par le niveau de revenu des personnes qui se disent aux prises avec un trouble de l'alimentation. En effet, au moins 61 % de ces personnes auraient un revenu correspondant au centile le plus faible. Selon moi, c'est une erreur de croire, comme je l'ai entendu au comité, que les personnes atteintes d'un trouble de l'alimentation sont dans les tranches de revenu les plus élevées.

Parmi les projets en cours, mentionnons par exemple le Programme d'action communautaire pour les enfants, le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les collectivités urbaines et nordiques ou encore le Programme canadien de nutrition prénatale. Les investissements à ce chapitre s'élèvent à environ 115 millions de dollars annuellement. Nous soutenons des projets communautaires destinés aux enfants de la naissance à 6 ans et, dans le cas du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones, de 3 à 5 ans. Nous cherchons à assurer à ces enfants à risque et à leurs parents le meilleur départ possible dans la vie. Le développement de la petite enfance, la promotion de la santé mentale, la compréhension de la colère et de l'agression ainsi que la conscientisation à un rôle parental plus positif: voilà ce que visent ces programmes, sans oublier la nutrition et la saine alimentation. Je répète que la prévention de la maltraitance, la prévention de la violence et la prévention de la colère ciblent des problèmes très concrets.

J'espère que cela répond à votre question.

**Mme Susan Truppe:** Merci.

Vous avez aussi mentionné... Mon temps de parole est-il écoulé? Je n'ai pas vu ces sept minutes passer.

**La présidente:** Il vous restait 30 secondes. Je ne voulais pas vous en priver. Merci beaucoup.

Madame Ashton, vous disposez de sept minutes.

**Mme Niki Ashton (Churchill, NPD):** Oui, merci.

Je remercie tous les témoins qui sont parmi nous aujourd'hui.

Je commence par Santé Canada. Selon les témoins, les troubles de l'alimentation ne sont officiellement rattachés à aucun élément de l'administration fédérale. Cela nous apparaît bien sûr extrêmement préoccupant, car les troubles de l'alimentation sont associés à un taux de mortalité extrêmement élevé. Pourtant, ils semblent se retrouver dans une catégorie où ils ne jouissent d'aucun soutien exclusif de la part de Santé Canada. En prenant l'exemple d'une autre maladie au taux de mortalité très élevé — pensons au cancer de la prostate, qu'a évoqué une personne spécialisée dans les troubles de l'alimentation, ou encore aux maladies du cœur —, comment, selon vous, Santé Canada pourrait-il s'y prendre pour affecter des fonds et des ressources à la recherche et aux traitements visant une maladie ou un trouble particuliers?

**M. Hasan Hutchinson:** Notre mandat au chapitre de la saine alimentation vise surtout à faire en sorte que les Canadiens comprennent ce que sont de saines habitudes alimentaires, à les inciter à faire les choix qui s'imposent et à les aider à apprendre comment le faire. Le groupe auquel je suis rattaché ne touche aucune subvention de recherche ciblant des projets axés directement sur des maladies données.

Cependant, pour ce qui est des maladies qui, à la base, sont dues à des comportements alimentaires, nous collaborons de près, comme nous l'avons mentionné, dans un même portefeuille, avec les IRSC et l'Agence de santé publique de manière à faire concorder nos priorités. La Dre Johnson a mentionné que nous collaborons très étroitement avec l'Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète pour cerner les domaines de recherche qui se répercutent sur le processus décisionnel des Canadiens en matière de saines habitudes alimentaires.

**Mme Niki Ashton:** La représentante des IRSC a évidemment parlé des travaux de son organisme dans ce domaine. Je sais que Santé Canada effectue aussi des travaux de recherche. À votre avis, faudrait-il réserver une partie de l'enveloppe budgétaire de Santé Canada à la recherche sur les troubles de l'alimentation?

• (1605)

**M. Hasan Hutchinson:** Encore une fois, dans le système actuel, ce sont les Instituts de recherche en santé du Canada qui touchent l'enveloppe budgétaire destinée à la recherche, car c'est à eux qu'est confié le mandat en la matière. Je répète ce que j'ai dit: nous collaborons de très, très près avec les IRSC à la réalisation de travaux de recherche dans ce dossier, à l'appui des politiques et des programmes que nous élaborons.

**Mme Niki Ashton:** Je perçois pourtant une certaine incohérence. La représentante des IRSC a clairement dit que son organisme avait consacré pas mal d'argent à ce dossier, ce qui lui avait permis de trouver des idées assez concrètes, alors que vous avez beaucoup parlé de la santé mentale et du Guide alimentaire canadien, mais pas vraiment de mesures précises en matière de troubles de l'alimentation. Il semble donc y avoir une dichotomie entre ce qu'accomplissent les IRSC et Santé Canada.

**M. Hasan Hutchinson:** Notre mandat vise essentiellement l'accompagnement. Le mandat de mon unité est d'offrir un accompagnement à la population en général pour l'amener à faire des choix santé. Cependant, nous collaborons de très près avec les IRSC.

J'ai d'ailleurs parlé de « Bien manger », notre campagne de sensibilisation au poids santé. Les IRSC financent une équipe de chercheurs de l'Université Laval et de l'Université de Montréal pour qu'elle évalue nos travaux pendant deux ans afin de confirmer que nous appliquons le programme. L'idée est, d'une part, d'évaluer les processus et, d'autre part, d'attester que nos activités ont des retombées positives sur la santé des Canadiens. Deux ans, ce n'est pas nécessairement assez pour constater des changements sur le plan de la santé, mais nous espérons néanmoins que cela suffira à renforcer l'intention des Canadiens d'adopter des habitudes alimentaires plus saines.

**Mme Niki Ashton:** Il serait éventuellement intéressant d'en apprendre davantage sur ces liens. Peut-être que notre comité pourrait recommander le resserrement des liens entre vos deux divisions.

**M. Hasan Hutchinson:** J'ajouterais cependant que, lorsque nous concevons des interventions et des programmes de cette nature, nous collaborons évidemment avec des experts de partout au pays.

Je sais que, au cours de votre dernière réunion, il a été question des Dres Leora Pinhas et Gail McVey. Nous avons beaucoup échangé avec elles pendant l'élaboration de notre campagne de sensibilisation au poids santé. Nous avons amplement discuté avec elles, mais aussi avec le Dr Arya Sharma, directeur du Réseau canadien en obésité, et, évidemment, nos collègues des IRSC. Dans le cadre de nos travaux, nous sommes la plupart du temps appelés à échanger avec des gens dont le travail est axé sur les troubles de l'alimentation, de manière à éviter de proposer des politiques, des programmes ou des interventions qui créeront des problèmes au lieu d'en régler.

**Mme Niki Ashton:** Très bien.

Mes collègues et moi sommes fort préoccupés par certaines compressions imposées dans le domaine de la recherche sur la condition féminine et des services concernant la santé des femmes. Le budget de 2012 a sabré le Programme de contribution pour la santé des femmes. Nous croyons que la décision d'abolir les fonds affectés à la santé des femmes a de lourdes conséquences.

Pourriez-vous parler au comité des services et initiatives qui relevaient du Programme de contribution pour la santé des femmes et nous expliquer en quoi ils auraient pu aider à comprendre l'incidence, sur la santé des femmes et des hommes, de certains des facteurs liés au sexe mentionnés par Mme Johnson et quel est le rapport avec les troubles de l'alimentation?

**M. Hasan Hutchinson:** Cette question déborde de mon champ de compétences, mais nous pouvons probablement faire un suivi et je puis veiller à ce que nous obtenions les renseignements voulus des spécialistes de Santé Canada.

**Mme Niki Ashton:** Nous vous en serions vivement reconnaissants. Nous aimerions en particulier savoir comment le travail effectué dans le cadre du programme se rapportait aux troubles de l'alimentation. Comme vous comprenez les liens entre santé et alimentation et que vous avez peut-être une perspective plus générale, j'espère que cette question faisait partie du travail réalisé dans le cadre du Programme de contribution pour la santé des femmes.

Docteur Johnson, j'aimerais vous poser une question logistique. En fait, c'est une question de définition. À la page 2, au deuxième paragraphe de votre exposé, vous affirmez ceci, au sujet des troubles de l'alimentation: « Le spectre des troubles de l'alimentation varie considérablement, allant d'habitudes alimentaires s'écartant légèrement de la norme à des maladies chroniques potentiellement fatales. » On a entendu parler de troubles très précis, comme l'anorexie et la boulimie, mais vous semblez indiquer que le spectre est plus vaste. Est-ce l'avis de la communauté scientifique ou médicale? Qui utilise ce spectre plus vaste?

• (1610)

**La présidente:** Je vous prie de répondre très rapidement, docteur Johnson.

**Dre Joy Johnson:** Certains désordres alimentaires peuvent probablement être considérés comme un premier symptôme de troubles de l'alimentation. Je pense, par exemple, à l'attention excessive accordée à ce qu'on mange, au calcul des calories et à l'obsession à cet égard. Vous avez dû vous faire dire par les spécialistes qu'il importe de découvrir tôt les désordres alimentaires, parce qu'il peuvent dégénérer en quelque chose de plus grave, comme l'anorexie ou la boulimie. On peut donc considérer certains de ces symptômes comme faisant partie d'une réalité évolutive et commencer à penser à la prévention et à la façon d'intervenir dès leur apparition.

**La présidente:** Merci beaucoup.

Madame O'Neill Gordon, vous disposez de sept minutes.

**Mme Tilly O'Neill Gordon (Miramichi, PCC):** Merci, madame la présidente.

Tout d'abord, je vous remercie tous d'être avec nous aujourd'hui. Plus nous en apprenons sur la question, plus nous nous rendons compte de l'importance qu'il faut lui accorder.

Vous avez souligné qu'une saine alimentation est d'une importance primordiale. Nous sommes bien d'accord avec vous. Il y a 10 ans, j'avais une collègue dont la fille souffrait d'un trouble de l'alimentation, mais la famille ne voulait jamais en parler. Les amis ne savaient pas comment les aider. De plus, j'ai découvert que les autres enfants de la famille, qui n'avaient pas une grande différence d'âge, souffraient aussi. Nous savons, évidemment, que la personne atteinte de ce trouble souffre énormément, mais les membres de sa famille souffrent aussi, ne sachant pas comment réagir ni comment l'aider. Des études ont-elles lieu? A-t-on mis au point de nouvelles méthodes? Que fait-on, de nos jours, pour aider les parents et la fratrie?

**Mme Marla Israel:** Je pourrais peut-être commencer?

Vous soulevez des points fort intéressants, qui ne se rapportent pas uniquement aux troubles de l'alimentation, mais également à d'autres types de maladie mentale. C'est pourquoi je trouve nécessaire d'examiner cette question dans son contexte.

La Commission de la santé mentale du Canada a lancé une campagne de lutte contre la stigmatisation qui porte notamment, je crois, sur certains éléments auxquels vous vous intéressez: l'extrême réticence des parents à parler de la situation à leur entourage, la réticence même de certains jeunes adolescents à en parler et le fait qu'ils ne comprennent peut-être pas que leurs amis s'interrogent sur leurs symptômes. C'est pourquoi la Commission de la santé mentale du Canada a lancé une campagne de lutte contre la stigmatisation intitulée *Changer les mentalités*.

Les maladies mentales sont nombreuses. Cette campagne avait notamment pour but de réduire la stigmatisation et la discrimination dont ceux qui en souffrent font l'objet et de permettre d'en parler très ouvertement, de sorte que l'ensemble de la société commence à comprendre que, même si certains comportements sont considérés comme des troubles ou des maladies, notre santé et notre bien-être mentaux ne sont pas différents de notre santé et de notre bien-être physiques et que personne ne devrait souffrir en silence.

Les responsables de la campagne ont abordé la question en s'adressant aux professionnels paramédicaux et en traitant des problèmes de stigmatisation dans les médias, par exemple. Leur rapport provisoire vient d'être publié, en novembre. Ils y exposent certaines pratiques exemplaires utilisées pour mieux abattre les préjugés à l'égard de la maladie et des troubles mentaux.

**Mme Tilly O'Neill Gordon:** Cette campagne s'adresse-t-elle aux parents?

**Mme Marla Israel:** Aux parents, aux écoles, aux médias et aux professionnels de la santé. Les jeunes de 15 à 24 ans font l'objet d'une attention particulière.

**Mme Tilly O'Neill Gordon:** Oui.

Quand je voyais la famille de ma collègue aux prises avec cette situation, je me sentais démunie, parce que je ne pouvais rien faire. Par ailleurs, la famille n'en parlait jamais à l'extérieur de chez elle.

La jeune fille en question est aujourd'hui infirmière. Elle travaille dans un hôpital et se porte bien. Nous l'avons vue faire beaucoup de chemin.

**Mme Marla Israel:** C'est merveilleux.

**Mme Tilly O'Neill Gordon:** Vous avez également signalé que la préoccupation pour le poids est un symptôme d'anorexie.

Pouvez-vous nous expliquer le rôle que les messages négatifs au sujet du poids peuvent jouer chez ceux qui souffrent de troubles de l'alimentation? Quels messages négatifs transmettons-nous à cet égard?

• (1615)

**Mme Marla Israel:** Je vais commencer et la Dre Johnson pourra peut-être continuer.

Il est certain que... Je me suis penchée notamment sur les facteurs psychosociaux, sociaux, environnementaux et du développement qui influent sur le poids. Il est clair que les messages et la façon dont ils sont communiqués et perçus par les jeunes peuvent avoir une incidence négative sur la perception de soi et de sa propre image corporelle.

Tous les quatre ans, en collaboration avec l'Université Queen's, l'agence entreprend une étude sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire. Le dernier rapport met l'accent sur la santé mentale. Un chapitre porte sur les troubles de l'alimentation. On cherche à comprendre comment les gens, surtout les jeunes, communiquent et comment ils se perçoivent comme étant trop minces ou trop gros. Les personnes sondées ont un IMC parfait, mais ne se perçoivent probablement pas comme elles le devraient. C'est là que l'effort concerté de la société entre en jeu.

La Dre Johnson aurait peut-être quelque chose à ajouter.

**Dre Joy Johnson:** C'est un point fort intéressant, et Marla a bien répondu à la question. À mon avis, c'est quelque chose de vraiment important. Dans les magazines et les films à la télévision, les jeunes femmes reçoivent constamment des messages bien précis sur ce à quoi leur corps devrait ressembler. Les gens semblent aussi très

préoccupés par l'obésité. Vraiment, il n'y a guère de doute sur le sens de certains de ces messages et leur effet sur les jeunes filles.

Il me semble important de garder cela à l'esprit. On peut faire tout ce qu'on voudra comme parent et enseignant, mais il faut tenir compte des autres pressions sociales. Comme je l'ai mentionné, les messages véhiculés sont éminemment sexistes, et nous devons nous demander comment préparer les filles à réagir, à réfléchir au sens de ces messages et à se rendre compte qu'ils ne sont pas sains pour elles.

C'est pourquoi j'ai également aimé que mon collègue de Santé Canada signale qu'il faut veiller particulièrement à ce que l'alimentation santé ne se résume pas à un calcul de calories. On revient, encore une fois, aux notions de poids et de silhouette et à la façon de se comporter à l'égard de la nourriture. Certains programmes partant des meilleures intentions du monde peuvent avoir des conséquences négatives.

**Mme Tilly O'Neill Gordon:** Je dispose de combien de temps?

**La présidente:** Vous avez 27 secondes.

**Mme Tilly O'Neill Gordon:** Parfait. Merci.

**La présidente:** Ce fut très utile. Je vous remercie toutes les deux.

Madame Duncan, vous avez la parole. Vous disposez de sept minutes.

**Mme Kirsty Duncan (Etobicoke-Nord, Lib.):** Merci, madame la présidente.

Merci à tous d'être ici.

Je dois dire d'entrée de jeu que j'appuie fortement cette étude, mais je pense que ce n'est pas le bon comité qui en est chargé et cela me préoccupe. On nous a parlé très clairement aujourd'hui de troubles de santé complexes et multidimensionnels, de graves troubles de santé mentale, de troubles potentiellement mortels. Nous avons entendu parler d'une hausse de 7 % chez les garçons, selon une étude.

Je veux simplement m'assurer que cette question ne sera pas mise de côté — c'est une question de santé vraiment sérieuse — et que de vraies recommandations découleront du rapport.

Mes questions porteront essentiellement sur les recommandations.

Nous savons que les coûts humains des troubles de l'alimentation sont incalculables. Quelqu'un pourrait-il me dire quels en sont les coûts économiques chaque année au Canada?

**Dre Joy Johnson:** C'est une excellente question, mais je n'ai pas les données sous la main. Je peux cependant signaler que des études ont porté sur les profits réalisés par l'industrie du régime alimentaire grâce à la commercialisation de produits de perte de poids, de différents types de régime et d'appareils d'exercice, entre autres. C'est une industrie de plusieurs millions de dollars en Amérique du Nord. Il y a quelqu'un qui paie pour cela.

Ce n'est là qu'un des aspects des coûts économiques. Je n'ai pas d'autres détails sous la main, mais je pense qu'il s'agit d'une excellente question, à laquelle nous devons réfléchir davantage.

**Mme Kirsty Duncan:** Merci, docteur Johnson.

Je me demande si quelqu'un pourrait fournir ces statistiques au comité. C'est une question vraiment importante.

•(1620)

**La présidente:** Il semble que...

**Mme Kirsty Duncan:** Le temps dont je dispose peut-il être interrompu?

**La présidente:** Si un des témoins dispose de données qui ressembleraient à une réponse à la question de Mme Duncan, je le prie de les fournir. Il suffit de les envoyer à la greffière, et nous nous chargerons de les faire parvenir aux membres.

Merci.

**Mme Kirsty Duncan:** Merci, madame la présidente.

Les témoins ont de la difficulté à trouver ces données, mais je voulais comparer le montant affecté à l'IRSC expressément pour les troubles de l'alimentation, qui est de 4,5 millions de dollars, et celui qui est consacré à l'ensemble de la question de la santé mentale, qui est de 40 millions de dollars. Je voudrais mettre ce rapport en évidence.

Il y a autre chose qui me préoccupe. Les représentants de l'ASPC et de Santé Canada nous ont signalé que l'accent est mis sur la prévention. Nous voulons évidemment tous qu'il y ait de la prévention. C'est primordial. Ce qui me préoccupe, c'est qu'à l'heure actuelle, des Canadiens sont aux prises avec des troubles de l'alimentation. Ils en souffrent et leur famille en souffre. Je vous demande donc, de but en blanc, comment améliorer le diagnostic, le traitement et la prévention des rechutes? J'aimerais que le comité obtienne de vraies recommandations.

**Mme Marla Israel:** Soyez assurée que je prends très au sérieux vos préoccupations à l'égard de ceux qui souffrent actuellement. Vous voulez avoir la certitude que les professionnels de la santé sont sensibles à ce problème et que le système de santé dans son ensemble peut s'en occuper. À mon avis, la question de l'alimentation saine a vraiment beaucoup progressé, ces dernières années.

Le mandat de l'Agence de santé publique du Canada met nettement l'accent sur la prévention. Nous faisons donc porter nos efforts là-dessus. Cela dit, je pense que les provinces et les territoires se penchent aussi sur la question. Nous faisons vraiment tout ce que nous pouvons pour faire ressortir les problèmes, y compris tous les troubles mentaux, en vue d'accroître la prévention.

**Mme Kirsty Duncan:** Madame Israel, puis-je revenir là-dessus?

Ma prochaine question portera sur les délais d'attente. Pourrait-on nous fournir des données à cet égard? Quelqu'un en a peut-être déjà ici? Dans les hôpitaux pour enfants, combien de temps les filles de moins de 16 ans souffrant de troubles de l'alimentation doivent-elles attendre pour se faire traiter?

Pour les personnes de plus de 16 ans, quels sont les délais d'attente par province et territoire et par trouble de l'alimentation? Disposons-nous de cette information?

**Mme Marla Israel:** L'Agence de santé publique du Canada ne recueille pas ce genre de renseignements sur le traitement et les délais d'attente. J'imagine que les provinces et les territoires doivent recueillir des données sur les délais d'attente avant l'obtention d'un diagnostic et d'un traitement dans les cas de troubles de l'alimentation...

**Mme Kirsty Duncan:** L'ICIS aurait-il ces données pour les troubles de l'alimentation, comme pour d'autres maladies?

**Mme Marla Israel:** Je ne le sais pas.

**Mme Kirsty Duncan:** Est-ce que quelqu'un peut trouver ces renseignements pour moi? Qui est chargé de faire le suivi du temps d'attente pour les filles et les femmes, par province et territoire et par trouble alimentaire et, si ces données n'existent pas, devrait-on recommander qu'elles soient recueillies?

J'aimerais ensuite poser une question à M. Hutchinson, si je puis me permettre. Vous avez dit très clairement que notre mandat concerne la saine alimentation. Il y a des Canadiens qui ont de mauvaises habitudes alimentaires. Faut-il se pencher sur cette question?

**M. Hasan Hutchinson:** Notre façon d'aborder cette question consiste à veiller à ce que les politiques, les programmes et les interventions que nous proposons n'aient pas comme conséquence imprévue de créer ou d'encourager de mauvaises habitudes alimentaires. Nous travaillons en très étroite collaboration avec des experts pour nous assurer que toutes les mesures que nous proposons tiennent compte de cela.

**Mme Kirsty Duncan:** Combien de temps me reste-t-il?

**La présidente:** Il vous reste 45 secondes. Vous avez juste le temps de poser une petite question.

**Mme Kirsty Duncan:** Merci.

Là où je veux en venir avec ma question sur l'ICIS c'est que, par exemple, nous allons avoir un système de surveillance de la sclérose en plaques. Il existe d'autres systèmes qui nous permettent de recueillir des données sur certaines maladies. Est-ce que cela existe pour les troubles de l'alimentation? Connaissons-nous les chiffres? Savons-nous combien de temps les gens attendent pour recevoir un diagnostic ou des traitements, quels sont les intervalles entre les rechutes et quels sont les résultats de la prévention des rechutes?

Je serais reconnaissante si ces renseignements pouvaient être mis à la disposition au comité.

•(1625)

**La présidente:** Merci beaucoup, Madame Duncan.

Madame Bateman, vous avez cinq minutes.

**Mme Joyce Bateman (Winnipeg-Centre-Sud, PCC):** Merci beaucoup, madame la présidente.

Je remercie tous les témoins de leur présence. Cette étude est très importante.

J'aimerais préciser l'une des observations que vous avez formulées au tout début de la réunion, Monsieur Hutchinson. Une grande partie de votre préambule était axée sur la santé et non sur le poids. Je vous remercie d'avoir fait cette distinction parce que, dans le passé — j'ai une fille de 15 ans —, nous avons tous souvent pensé en terme de poids. Toutefois, dans le cadre d'une réponse à une question de Mme Ashton, vous avez dit que vous avez effectué des travaux sur la question du poids santé et que vous sensibilisez les gens à ce sujet.

Comment conjuguez-vous ces deux facteurs? Vous ne parlez pas du poids, mais plutôt de santé, puis vous dites: « En passant, votre poids santé est de  $x$ . » Comment vous en tirez-vous?

Je vous prie d'être bref, car je veux aussi poser des questions à d'autres témoins.

**M. Hasan Hutchinson:** D'accord.

Au cours des dernières années, tandis que nous nous concentrons sur la question du poids santé, soit l'embonpoint et l'obésité, nous avons déployé des efforts considérables pour ne parler ni de poids ni d'IMC comme tels. Cela dit, vous pouvez bien entendu vous rendre sur notre site Web pour consulter la mesure de l'IMC et calculer votre propre IMC pour savoir de quoi il s'agit.

Ce que nous tentons de faire avec tout cela, c'est d'en arriver au changement de comportement que nous souhaitons. Nous parlons de compétences alimentaires et d'essayer de développer de bonnes compétences alimentaires, qui s'appliqueraient concrètement à l'ensemble de la population canadienne, du moins aux gens qui ont de mauvaises habitudes alimentaires, qui font de l'embonpoint ou qui sont obèses.

Lorsque je parle de compétences alimentaires, je pense à l'essentiel: comprendre les lignes directrices en matière de nutrition, comprendre les étiquettes, acquérir des compétences en matière de planification et d'achat afin que, lorsque les gens sont au supermarché et tentent de planifier leurs repas...

**Mme Joyce Bateman:** Donc, je suppose que j'ai mal compris votre observation au sujet de l'accent mis sur le poids santé.

**M. Hasan Hutchinson:** Nous en tenons compte lors de l'élaboration de nos politiques et de nos programmes, mais ceux-ci ne sont pas axés sur le poids, sur l'IMC ou...

**Mme Joyce Bateman:** Sur des chiffres.

**M. Hasan Hutchinson:** ... ou sur des chiffres. Nous tentons d'aider les Canadiens à faire des choix alimentaires sains. Cela s'appliquerait à toute la population.

**Mme Joyce Bateman:** C'est une excellente chose.

Je m'adresse ici aux autres témoins. Il semble qu'une quantité croissante d'informations révèlent que ces troubles liés au poids et aux aliments sont en fait des problèmes de santé mentale ou sont souvent liés à des préoccupations relatives à la santé mentale. Est-il juste de... ?

Je suis seulement curieuse. Le principe qui veut que la santé mentale soit liée à l'image corporelle et aux habitudes en matière de saine alimentation, comme vient de nous le dire le témoin de Santé Canada, est-il relativement nouveau? Y a-t-il longtemps que les organismes de santé publique ont établi le lien entre la santé mentale et les troubles de l'alimentation?

Nous pourrions peut-être commencer par Mme Israel.

**Mme Marla Israel:** C'est une excellente question.

Je dirais que l'expertise de la Dre Johnson est probablement meilleure que la mienne en ce qui concerne les données probantes. Soit dit en passant, en ce qui concerne les problèmes de santé mentale dans leur ensemble, je dirais qu'il y a eu un changement radical au Canada relativement à notre compréhension, d'une part, et notre capacité à parler publiquement de ces problèmes, d'autre part.

Il n'y a pas si longtemps, les gens étaient même réticents à parler de bien-être mental, même au sein des organismes. Je dirais que c'est une question de santé publique qui est encore relativement nouvelle. Nous collaborons avec les infirmières de la santé publique et d'autres intervenants communautaires pour situer ces problèmes dans une perspective de santé publique, du point de vue des interventions en amont qui nous permettraient de prévenir les effets à long terme, et ainsi faire en sorte que les gens n'aient pas besoin de traitement.

Sans vouloir évidemment diminuer l'importance du travail des provinces et des territoires en ce qui concerne les problèmes systémiques en cause, en matière de santé publique, nous nous

intéressons à comprendre beaucoup de maladies et de troubles comme ceux-ci et à réaliser les bonnes interventions pour prévenir l'apparition de problèmes plus tard.

Cela comprend une image saine de soi, la confiance en soi et le respect de soi, la prévention des mauvais traitements infligés aux enfants et la prévention des agressions sexuelles. C'est-à-dire tous les facteurs de risque qui, comme l'a dit la Dre Johnson, contribuent à l'apparition de ce genre de troubles plus tard dans la vie.

• (1630)

**La présidente:** Merci.

[Français]

Madame Sellah, vous avez la parole. Vous disposez de cinq minutes.

**Mme Djaouida Sellah (Saint-Bruno—Saint-Hubert, NPD):** Merci, madame la présidente.

Je remercie tous les témoins qui sont présents parmi nous aujourd'hui, bien que les gens de Condition féminine Canada n'aient pas encore pris la parole.

Ma question sera surtout axée sur la santé mentale et il est libre à chacun d'y répondre.

La Dre Johnson a dit au départ qu'il y a tout un éventail de troubles alimentaires, par exemple l'anorexie nerveuse. Ce sont des maladies chroniques, complexes et multidisciplinaires. Cela fait partie de la santé mentale.

[Traduction]

D'après ce que nous avons compris, la Commission de la santé mentale du Canada a élaboré une stratégie nationale il y a deux ans, mais celle-ci n'a pas encore été mise en oeuvre. Est-il toujours question de mettre en place une stratégie en matière de santé mentale? Dans l'affirmative, comment les progrès de cette mise en place sont-ils mesurés?

[Français]

**Mme Marla Israel:** Je vais commencer.

Vous avez raison. Il y a un an et demi, la Commission de la santé mentale du Canada a annoncé la mise sur pied d'une stratégie en matière de santé mentale. Il était très important que les provinces et les territoires fassent partie de cette stratégie. La commission a mené plusieurs consultations à cet égard. Il y a aussi des sous-ministres qui font partie de la commission. La commission a dit clairement que la stratégie en matière de santé mentale pour le Canada ne relevait pas seulement du gouvernement, mais également d'autres secteurs.

[Traduction]

Je pense que l'une des choses que la commission a entreprises est une série d'initiatives pour veiller à faire un suivi auprès des provinces et des territoires afin de mesurer efficacement la progression de la mise en oeuvre. En effet, comme d'autres intervenants l'ont souligné, la santé mentale ne tourne pas seulement autour des services, qui relèvent évidemment de la compétence des provinces et des territoires. Il y a aussi d'autres facteurs qui sont de compétence fédérale.

C'est pourquoi la principale orientation stratégique adoptée par l'Agence de la santé publique du Canada consiste à promouvoir la sensibilisation à la santé mentale. Nous examinons toutes les recommandations de la stratégie dans le but de déterminer quelles mesures nous pouvons mettre en oeuvre.

[Français]

**Mme Djaouida Sellah:** Ai-je encore du temps à ma disposition, madame la présidente?

**La présidente:** Il vous reste deux minutes.

**Mme Djaouida Sellah:** Vous avez dit que certains ministres s'étaient retirés de la commission. Ai-je bien compris?

[Traduction]

**Mme Marla Israel:** Il y a des sous-ministres territoriaux et provinciaux qui siègent au conseil d'administration de la Commission de la santé mentale du Canada.

[Français]

**Mme Djaouida Sellah:** Ce sont des sous-ministres. Y a-t-il un problème? Pourquoi les gens se retirent-ils des travaux de cette commission? Il s'agit d'une stratégie nationale et, en principe, elle devrait toucher tout le monde.

**Mme Marla Israel:** Me demandez-vous qui fait partie de la...

**Mme Djaouida Sellah:** Je n'ai pas besoin de savoir qui, mais pourquoi.

**Mme Marla Israel:** Pourquoi?

**La présidente:** Pouvez-vous répéter votre question, s'il vous plaît?

**Mme Djaouida Sellah:** Vous avez dit que des assistants de ministres s'étaient retirés de cette commission. Est-ce qu'on pourrait savoir pourquoi?

**Mme Marla Israel:** Je n'ai rien dit concernant les...

**Mme Djaouida Sellah:** C'est ce que j'ai entendu de l'interprétation.

**Mme Marla Israel:** Je n'ai pas dit que des personnes...

• (1635)

**Mme Djaouida Sellah:** J'ai peut-être mal compris.

**Mme Marla Israel:** J'ai dit qu'elles appartenaient...

**Mme Djaouida Sellah:** Elles se sont retirées?

**Mme Marla Israel:** Elles ne se sont pas retirées. Elles sont toujours...

**Mme Djaouida Sellah:** Elles sont toujours à la commission?

**Mme Marla Israel:** Oui.

**Mme Djaouida Sellah:** D'accord.

**Mme Marla Israel:** Je n'avais pas bien compris, je m'excuse.

**Mme Djaouida Sellah:** J'ai mal compris.

**Mme Marla Israel:** Moi aussi j'ai mal compris.

**Mme Djaouida Sellah:** Le Dr Hutchinson a parlé d'une étude qui a été menée aux États-Unis concernant les troubles alimentaires. J'aimerais savoir si une étude similaire a été faite ici, au Canada.

**La présidente:** Docteur Johnson, voulez-vous répondre à cette question?

[Traduction]

**Dre Joy Johnson:** Je pense que la question concerne les taux d'anorexie et la qualité des données que nous recueillons à ce sujet.

Je pense que Marla Israel a fourni des données qui datent de 2006. Nous ne disposons pas de données plus récentes au Canada. Marla Israel pourra peut-être me corriger, mais je pense que, au Canada, nous recueillons plutôt des données sur la santé des enfants et des

jeunes. Nous espérons disposer de meilleures données sur l'anorexie à l'avenir.

Je pense que c'est un élément important que nous ne devons pas perdre de vue à mesure que nous progressons et c'est pourquoi j'ai utilisé des données américaines.

**Mme Marla Israel:** Les dernières données disponibles datent de 2006, mais un rapport sera publié en 2013 ou en 2014. Je dois confirmer ce renseignement. Il s'agit de la prochaine étude de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, qui contiendra un chapitre sur la santé mentale. Certaines de mes statistiques sont simplement celles qui ont été déjà publiées, mais des données additionnelles à jour seront disponibles l'année prochaine. On m'a déjà dit que les chiffres demeurent les mêmes.

[Français]

**La présidente:** Il y a une chose qui pique ma curiosité. Dans l'étude mentionnée par Mme Johnson, on décrit également comment cette condition affecte les jeunes garçons et les hommes. L'étude canadienne comprend-elle également cet aspect?

**Mme Marla Israel:** Oui, c'est le cas. Selon le rapport de 2006, les femmes étaient plus susceptibles...

[Traduction]

... Je vais le lire en anglais si cela ne pose pas de problème.

**La présidente:** C'est d'accord.

**Mme Marla Israel:** Je suis incapable de traduire en direct, alors je m'en excuse.

Les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de déclarer un trouble de l'alimentation: 0,8 % contre 0,2 %.

Plus de femmes que d'hommes satisfaisaient aux critères correspondant à un problème d'attitude à l'égard de l'alimentation. Il y a 1,5 % des femmes qui ont indiqué avoir un trouble de l'alimentation et, au cours de leur vie, 3 % des femmes présenteront ce genre de trouble.

[Français]

**La présidente:** D'accord.

[Traduction]

**Mme Marla Israel:** Cependant, la frénésie alimentaire touche davantage les garçons que les filles.

[Français]

**La présidente:** Je vous remercie beaucoup de ces précisions.

Nous passons maintenant à Mme Ambler, qui dispose de cinq minutes.

[Traduction]

**Mme Stella Ambler (Mississauga-Sud, PCC):** Merci, madame la présidente.

Merci beaucoup à tous les témoins de leur présence aujourd'hui.

Si je peux commencer par vous, docteur Johnson, ma question concerne votre expérience en tant que professeure à l'école des sciences infirmières. Cela m'intéresse parce que, la semaine dernière, un témoin nous a dit qu'on n'enseignait à peu près rien aux étudiants en médecine à ce sujet. Je n'arrive pas à retrouver mes notes, mais si je me souviens bien, le témoin disait que l'étude des troubles alimentaires compte pour à peu près deux heures sur les trois ans que les étudiants passent à l'école de médecine.

Je me demande si les infirmières en formation, les étudiantes en sciences infirmières, étudient davantage ce problème. J'imagine aussi qu'elles constituent le personnel de première ligne quant au diagnostic des troubles alimentaires, ou du moins au triage des cas. Je me demande si cela fait partie de ce que vous enseignez ou si vous pensez qu'il est important que cela fasse partie du programme de sciences infirmières au Canada.

**Dre Joy Johnson:** Je pense que si nous parcourions le pays pour examiner les programmes de sciences infirmières, nous constaterions probablement que la situation est assez semblable à celle qui a été décrite pour les programmes de médecine. On s'apercevrait probablement qu'environ deux heures sont consacrées à ces troubles dans l'ensemble du programme. C'est l'un des problèmes: quel que soit le sujet, le temps est limité et il est très difficile de se battre pour obtenir un créneau pour des sujets précis dans les programmes.

Cela dit, je pense que c'est une question importante. Le gens doivent comprendre le problème. Les professionnels de la santé — les médecins, les infirmières et les travailleurs sociaux — doivent tous comprendre l'importance des mauvaises habitudes alimentaires.

Je dirais que, sur le terrain, nous devons aussi continuer de collaborer avec les médecins qui fournissent les soins primaires ainsi qu'avec d'autres intervenants du système, afin de veiller à poursuivre leur formation sur le terrain. De très bons programmes ont été élaborés pour fournir de l'information sur le dépistage, la prévention, etc. À certains égards, c'est pour cela que je suis vraiment satisfaite de la stratégie de recherche axée sur le patient. Grâce au réseau de la santé mentale chez les jeunes, nous espérons mettre les meilleures données probantes en pratique et offrir aux chercheurs et aux cliniciens de meilleures chances de travailler ensemble pour commencer à changer les choses dans la pratique.

Je pense donc que la formation des étudiants est importante, mais la formation pratique l'est aussi. Il est aussi très important de rassembler les chercheurs et les praticiens.

• (1640)

**Mme Stella Ambler:** Autrement dit, il n'est pas trop tard. Ce n'est pas grave si les médecins et les infirmières ne savent pas tout à ce sujet à la fin de leurs études. Il existe des moyens pour leur enseigner, par la suite, comment aborder ce problème compliqué de santé mentale.

**Dre Joy Johnson:** C'est très important. Je ne voudrais pas exercer mon métier en fonction des notions que j'ai apprises en 1981. Il incombe à tous les professionnels de la santé de poursuivre leur formation pour s'améliorer et comprendre les problèmes actuels. La science évolue. Il est très important de ne pas oublier que la pratique doit changer et évoluer, et que nous devons soutenir cette évolution.

**Mme Stella Ambler:** Merci beaucoup.

Monsieur Hutchinson, puis-je vous demander si, à titre de docteur en naturopathie, vous pensez que les médecins traitent les troubles de l'alimentation au Canada d'une façon différente à celle qui serait préconisée par un docteur en naturopathie? Savez-vous quelque chose à ce sujet? Je ne veux pas vous mettre dans l'embarras, mais je pensais que vous pourriez...

**M. Hasan Hutchinson:** Je ne veux vraiment pas m'aventurer sur ce terrain, pour être tout à fait honnête. Je n'ai jamais vraiment pratiqué à titre de docteur en naturopathie parce que j'ai commencé à travailler pour le gouvernement fédéral tout de suite après mes études. Après l'école de médecine, je voulais travailler dans le domaine de la santé publique.

**Mme Stella Ambler:** Dans le cadre des fonctions que vous occupez à Santé Canada, peut-être que vous avez déjà entendu parler de traitements d'homéopathie ou de naturopathie pour les troubles de l'alimentation dont vous avez pris connaissance, ou que vous connaissez de tels traitements?

**M. Hasan Hutchinson:** Non, certainement pas depuis que je travaille à Santé Canada. Je ne m'aventurerais pas...

**Mme Stella Ambler:** J'étais tout simplement curieuse, puisque je suis très favorable à la médecine douce. Je me demandais s'il y avait des façons différentes de faire les choses.

**M. Hasan Hutchinson:** Là où je crois que cela recoupe ce que nous faisons à Santé Canada, c'est en ce qui concerne la prévention et les lignes directrices fondamentales sur l'alimentation saine. La naturopathie met beaucoup l'accent là-dessus, et c'est aussi enseigné — quoique de manière très limitée — dans les cours de médecine traditionnelle.

**Mme Stella Ambler:** C'est une question de bien-être et de prévention en général, cela va de soi.

**M. Hasan Hutchinson:** De prévention en général, oui. J'aime bien que l'accent soit mis là-dessus dans certaines autres branches de la médecine, mais nous devons nous assurer que cela soit conforme aux données probantes acceptées en médecine traditionnelle. Je suis aussi généticien, spécialiste de la biologie moléculaire, et j'ai un doctorat. J'aime bien que les concepts reposent sur des données solides.

**Mme Stella Ambler:** Bien entendu.

**M. Hasan Hutchinson:** Et c'est ce que nous...

**Mme Stella Ambler:** Quand je parle des médecins, j'inclus les deux côtés.

**M. Hasan Hutchinson:** À Santé Canada, nous veillons à partir des meilleures données qui existent pour produire des messages qui vont contribuer à changer les habitudes alimentaires des gens. C'est parfois plus un art qu'une science, mais nous nous efforçons de nous fonder sur les données les plus fiables. Nous collaborons avec les chercheurs, par exemple ceux des IRSC, pour faire en sorte que notre travail soit constamment évalué et que nous puissions apporter les correctifs nécessaires et alimenter les données disponibles.

**La présidente:** Merci beaucoup. C'est important d'avoir toute l'information.

Madame Ashton, vous avez cinq minutes.

**Mme Niki Ashton:** Merci beaucoup. J'aimerais que les représentants de Condition féminine Canada participent à la discussion. Le Comité de la condition féminine n'hésite jamais à faire des recommandations directement à la ministre et au ministère. Je vois bien que tout le monde est intervenu dans les discussions d'aujourd'hui, sauf les représentants de Condition féminine Canada, ce qui est troublant. L'enjeu fondamental ici est l'impact disproportionné sur les femmes.

Quels sont les programmes et les initiatives de Condition féminine Canada qui sont directement liés aux troubles, maladies ou problèmes de santé mentale qui touchent surtout les femmes, comme les troubles de l'alimentation?

•(1645)

**Mme Linda Savoie (directrice générale, Programme de promotion de la femme et des opérations régionales, Condition féminine Canada):** J'aimerais tout d'abord dire qu'il n'est pas particulièrement surprenant que Condition féminine Canada ne se penche pas nécessairement sur les maladies et les troubles qui touchent les femmes de manière disproportionnée. Tous les ministères tiennent compte de l'ensemble de la population canadienne lorsqu'ils élaborent leurs programmes et leurs politiques. Ce n'est pas nécessairement notre rôle de nous substituer à eux à cet égard.

Je ne peux me prononcer sur les programmes extérieurs à Condition féminine Canada qui pourraient porter sur le sujet. Je dirais par contre que ce n'est pas un domaine d'intérêt pour nous. Condition féminine Canada n'a pas de programme directement lié à cet enjeu.

**Mme Niki Ashton:** Je vous remercie pour cette réponse. Je crois que la deuxième partie va nous aider à cerner les lacunes. Je comprends ce que vous dites; vous devez tenir compte de l'ensemble de la population canadienne.

Nous avons entendu le témoignage du Dr Woodside, un spécialiste du domaine, la semaine dernière. Il a demandé si, d'une part, le fait que ce sont surtout les femmes qui sont touchées par les troubles de l'alimentation et, d'autre part, le peu d'attention accordée à ce grave problème, l'absence d'une stratégie nationale et les lacunes sur le plan de la sensibilisation relèvent de la simple coïncidence. Il a même expliqué que le nombre de personnes atteintes du cancer de la prostate — des hommes, bien entendu — est à peu près équivalent au nombre de personnes qui souffrent de troubles de l'alimentation. Pourtant, il y a beaucoup de recherches qui se font relativement au cancer de la prostate et énormément de sensibilisation; qu'on pense seulement à la campagne Movember. Or, les troubles de l'alimentation sont loin de recevoir le même genre d'attention.

Cela nous amène à nous poser des questions sur les conditions qui font que les femmes sont plus susceptibles de souffrir de troubles de l'alimentation, des conditions comme le patriarcat ou les inégalités. Votre équipe pourrait peut-être nous parler des liens entre les inégalités entre les hommes et les femmes et la mesure disproportionnée dans laquelle les troubles de l'alimentation ou d'autres maladies touchent les femmes.

**Mme Linda Savoie:** Je ne crois pas avoir grand-chose à ajouter. Je comprends vos préoccupations à propos des problèmes qui touchent les femmes de manière disproportionnée. De notre côté, nous nous attardons surtout à la violence faite aux femmes, aux inégalités économiques et à la faible représentation féminine dans les postes de direction.

Le domaine de la santé n'est pas un de nos secteurs d'intérêt. Je crois toutefois qu'on peut comparer ce que vous avez dit à propos du cancer de la prostate avec ce qui se fait dans la lutte contre le cancer du sein. Il y a des programmes fantastiques qui portent sur des enjeux typiquement féminins et qui sont menés de main de maître par les personnes en charge. Comme nous ne sommes pas des experts en la matière, je crois qu'il serait plutôt inapproprié que nous commençons à dire quoi faire à ceux qui font déjà de l'excellent travail.

Je crois que tous les organismes représentés ici aujourd'hui possèdent une solide capacité d'analyse comparative entre les sexes. Tous seraient bien mieux placés que nous pour évaluer si leurs politiques et leurs programmes ne satisfont pas aux critères de comparaison entre les sexes. Il faut regarder au-delà de l'opposition

masculin-féminin, n'est-ce pas? Il faut examiner les femmes dans leur ensemble et les hommes dans leur ensemble.

Ce n'est pas un secteur d'expertise pour nous. Nous ne sommes pas actifs dans ce secteur. Ce serait vraiment difficile pour nous de devenir un joueur important dans ce domaine.

**Mme Niki Ashton:** Très bien, merci pour votre réponse.

Combien de temps me reste-t-il?

**La présidente:** Tout va bien pour le moment. Merci beaucoup.

•(1650)

**Mme Niki Ashton:** Merci.

**La présidente:** C'est maintenant le tour de M. Young pour cinq minutes.

**M. Terence Young (Oakville, PCC):** Merci, madame la Présidente.

Madame Israel, vous avez dit que vous aviez fait faire une étude comportant un chapitre sur les troubles de l'alimentation. Est-ce que cette initiative a donné des résultats pour aider les patients?

**Mme Marla Israel:** Je suis désolée, je n'ai pas entendu la fin de votre question.

**M. Terence Young:** Vous avez dit que vous aviez fait faire une étude dont un des chapitres portait sur les troubles de l'alimentation. Est-ce que cette étude a débouché sur des résultats pour aider les patients?

**Mme Marla Israel:** Pour aider les patients?

**M. Terence Young:** Y a-t-il eu des résultats concrets?

**Mme Marla Israel:** Cette étude portait sur la santé mentale au sens large et cherchait à comprendre les comportements des jeunes. Voilà pourquoi nous recueillons cette information...

**M. Terence Young:** C'est donc plus général...

**Mme Marla Israel:** Oui, c'est une étude de portée générale, et les participants doivent faire une déclaration volontaire, ce qui est extrêmement important.

**M. Terence Young:** Merci.

Est-ce que votre agence a pris des mesures qui ont donné des résultats concrets pour les patients jusqu'à maintenant?

**Mme Marla Israel:** Eh bien, pourriez-vous être un peu plus précis?

**M. Terence Young:** Nous avons entendu que les patients ne reçoivent pas les services dont ils ont besoin, qu'il y a des maladies complexes, que c'est difficile... nous avons entendu parler de patients en attente d'être soignés. Nous avons entendu que les médecins de famille ne savent pas quoi faire d'eux. Avez-vous réussi à faire quelque chose pour améliorer la situation?

**Mme Marla Israel:** Oui, j'oserais dire que plusieurs activités menées par l'Agence de santé publique entraînent une minimisation des effets sur le système de soins de santé. C'est son objectif: mettre l'accent sur la prévention pour éviter que les Canadiens s'en remettent au système de santé, avec tous les coûts que cela suppose, et donc...

Je peux donner un exemple précis. Examinons les investissements qui sont faits en amont. Une foule de données montrent que les investissements faits en amont minimisent les effets sur le système de soins de santé.

**M. Terence Young:** « En amont »? Qu'est-ce que cela signifie?

**Mme Marla Israel:** En amont veut dire...

**M. Terence Young:** À l'hôpital?

**Mme Marla Israel:** Non, le contraire.

**M. Terence Young:** C'est quoi le contraire d'à l'hôpital?

**Mme Marla Israel:** Rester loin de l'hôpital.

**M. Terence Young:** Mais où sont faits les investissements?

**Mme Marla Israel:** On investit à l'échelle communautaire, comme par exemple pour aider les enfants et les parents à risque. On investit dans les centres qui oeuvrent pour éduquer et sensibiliser les gens, leur donner des outils et changer leurs comportements. Cela a un effet, par exemple...

**M. Terence Young:** D'accord, merci.

**Mme Marla Israel:** Je vais vous donner un exemple très concret: nos programmes de nutrition prénatale. Sans ces programmes, on verrait probablement un grand nombre de mères — des adolescentes-mères, par exemple — aboutir à l'hôpital avec des bébés ayant une insuffisance pondérale ou souffrant de déficiences congénitales multiples.

Même si les investissements en question ne sont pas énormes, nos données montrent que les bébés qui ont été visés par nos programmes sont en meilleure santé que la moyenne de la population...

**M. Terence Young:** Merci.

J'aimerais poser quelques autres questions, alors je vais vous demander d'en rester là. Merci.

Je voudrais aborder la question des causes psychosociales. Nous savons que le milieu de la mode et du vêtement est obnubilé par les mannequins minces, artificiellement minces. Nombre de ces mannequins suivent des diètes rigoureuses pour pouvoir faire leur chemin dans ce monde où la compétition est féroce. Certaines fument des cigarettes ou consomment de la cocaïne ou de l'héroïne pour rester minces.

J'ai été ébahi d'apprendre, il y a environ huit ans, que les mannequins qu'on voit sur les photos des magazines pour filles sont maquillées pour qu'elles aient l'air de prendre de la cocaïne ou de l'héroïne. Une sorte de style, si on veut.

J'étais sans doute un peu naïf, mais j'ai découvert — il y a des années, là aussi — que certaines boutiques de vêtements pour femmes ne vendent que les tailles les plus petites. J'ai trouvé cela plutôt méchant. Cette absence d'égards pour la santé mentale et l'estime de soi de clientes éventuelles traduit une grande insouciance. Ces vêtements de grandes marques sont peut-être très jolis, mais si votre indice de masse corporelle est supérieur à la moyenne, vous ne pouvez pas les acheter.

Avez-vous des idées ou des conseils que nous pourrions formuler aux magazines ou au secteur de la mode à propos de mesures qu'ils pourraient prendre conjointement? Les responsables de ces secteurs ont peut-être des êtres chers qui souffrent de troubles de l'alimentation, et ils pourraient vouloir leur venir en aide. Que pourraient-ils faire pour essayer de réduire l'influence négative artificielle qu'ils ont sur les jeunes filles relativement à l'idée qu'elles se font de leur corps?

**Mme Linda Savoie:** Au cours des dernières années, nous avons travaillé sporadiquement avec des groupes qui ont porté cet enjeu à notre attention. Nous avons financé quelques projets pour aider ces groupes à amener le milieu de la mode, par exemple, à établir des normes et à s'autoréglementer.

**M. Terence Young:** Est-ce que cela a donné de bons résultats?

• (1655)

**Mme Linda Savoie:** Des résultats mitigés, parce que personne ne veut être le premier à bouger, étant donné que cela peut entraîner un désavantage concurrentiel par rapport aux autres marques. Évidemment, nos projets ont une envergure limitée. Nous essayons, dans certains cas, d'enrichir les connaissances et de cibler des mesures qui pourraient fonctionner.

**La présidente:** Merci beaucoup.

Merci, monsieur Young. C'était une question très intéressante. Peut-être que d'autres réponses vont nous permettre d'aller au fond des choses.

Madame Duncan, vous avez cinq minutes.

**Mme Kirsty Duncan:** Merci, madame la présidente.

Docteure Joy, pourriez-vous nous parler des données sur les défis posés par les diagnostics, les traitements et la prévention des rechutes ici au Canada?

**Dre Joy Johnson:** Je crois que c'est un problème intéressant, parce que personne ne veut que les études dorment sur les tablettes. J'ai moi-même été coupable de me dire, après avoir publié un article, que mon travail était terminé. Je pense que nous convenons tous que nous devons trouver une nouvelle façon de faire de la recherche en réunissant les praticiens et les chercheurs dès le début. Nous pourrions ainsi inciter davantage de praticiens à faire de la recherche et à en mettre les résultats en pratique et à prendre part au processus dès le début. C'est un aspect.

Mais d'autres décideurs jouent aussi un rôle très important...

**Mme Kirsty Duncan:** Désolée de vous interrompre, docteure Johnson, mais est-ce que je... cette recommandation devrait figurer dans le rapport. Nous savons que dans d'autres... vous réunissez les cliniciens et les chercheurs. Est-ce que cette recommandation devrait se trouver dans le rapport?

**Dre Joy Johnson:** Je crois que ce serait une recommandation extraordinaire. D'une certaine manière, il y a là un outil pour la Stratégie de recherche axée sur le patient. Je sais que j'y reviens sans cesse, mais c'est important, parce que nous savons que c'est un énorme problème actuellement au Canada.

**Mme Kirsty Duncan:** Je suis bien d'accord. J'aime les stratégies axées sur les personnes et le fait de réunir les cliniciens et les chercheurs. Voilà donc deux recommandations.

Et qu'en est-il des défis posés par les diagnostics, les traitements et la prévention des rechutes au Canada?

**Dre Joy Johnson:** Je pense que nous sommes conscients — et je pense que l'expert que vous avez entendu précédemment a dit la même chose — que les fournisseurs de soins de première ligne ne sont pas là pour faire du dépistage. Ils n'ont ni les outils, ni la formation nécessaires.

Nous pourrions mieux diffuser et utiliser l'information disponible. Nous pourrions établir des partenariats avec, par exemple, l'Association médicale canadienne et l'Association des infirmières et infirmiers du Canada pour trouver des façons de diffuser l'information aux praticiens sur le terrain.

Au moins ils demandent aux patients s'ils ont perdu du poids dans la dernière année et si leur poids a fluctué.

Nous pourrions parler aux parents des habitudes alimentaires de leurs enfants. Tout cela fait partie des lignes directrices que nous avons élaborées. Je crois qu'elles sont assez simples et pourraient être utilisées.

**Mme Kirsty Duncan:** Bien.

Donc, comme troisième recommandation, on pourrait parler de la diffusion des lignes directrices au moyen de partenariats. C'est bien cela?

**Dre Joy Johnson:** C'est un des meilleurs mécanismes qui soient.

Je ne peux parler au nom de ces organismes, mais ils ont le mandat de fournir aux professionnels de la documentation et des lignes directrices inspirées des meilleures pratiques. Je pense qu'il y a là de la matière et que nous pourrions trouver des façons de travailler en partenariat avec ces organismes.

**Mme Kirsty Duncan:** Je vous remercie. Tout cela est fort utile.

Pouvez-vous nous parler des défis posés par les traitements et de ce que nous pourrions faire mieux? Il y a des Canadiens qui souffrent, il ne faut pas l'oublier.

**Dre Joy Johnson:** Le plus triste, c'est que la plupart d'entre nous ont croisé ces gens.

Je suis entièrement d'accord; la situation est grave. Mais elle a beau être grave à Toronto, tentez d'obtenir des services de santé mentale à Fort McMurray. Nous devons aussi réfléchir aux défis que pose la géographie.

Je crois qu'on reconnaît que, de façon générale, les services de santé mentale destinés aux enfants et aux adolescents laissent à désirer au Canada. Voilà pourquoi il faut trouver des moyens d'améliorer l'accès aux traitements et de fournir des services.

Il n'est pas nécessaire que ce soit toujours par l'entremise de services hautement spécialisés. Nous savons que certaines personnes ont besoin de ceux-ci, mais il faut penser à un ensemble de services, à commencer par le dépistage des symptômes précoces... Il semble que la thérapie comportementale et cognitive donne d'excellents résultats dans le cas de certains troubles de l'alimentation. Il faut former les gens et rendre ces thérapies accessibles. Rien ne dit qu'elles doivent toujours être suivies dans le cadre de rencontres. Faisons appel aux nouvelles technologies. Nous devrions y penser, faire des essais, voir si elles sont efficaces et nous efforcer de les perfectionner.

Comme nous l'avons signalé, l'un des plus gros défis concerne les mandats du fédéral, des provinces et des territoires en matière de prestation de soins de santé. Dans ce dossier, il faut travailler avec les provinces.

● (1700)

**Mme Kirsty Duncan:** Si je puis me permettre? Je veux simplement m'assurer de faire écho à vos recommandations. La géographie présente son lot de défis; les jeunes aussi. Vous proposez l'utilisation de nouvelles technologies pour offrir des thérapies autrement. Vous avez parlé de l'épineux dossier de la santé — du fédéral, des provinces et des territoires.

Avons-nous besoin d'une stratégie permettant de rassembler les provinces, les territoires et l'ensemble des intervenants, afin d'améliorer les méthodes de diagnostic, de traitement et de prévention?

**La présidente:** En deux mots, docteur Johnson.

**Dre Joy Johnson:** Je ne suis pas spécialiste des changements de politique. À mon avis, bien des stratégies dorment dans des tiroirs.

Je tiens à me montrer très prudente concernant la formulation de recommandations à cet égard. Je crois qu'il existe de nombreuses initiatives modestes, mais excellentes, qu'il serait possible de développer afin de commencer à s'attaquer sans détour à ce problème.

**La présidente:** Je vous remercie infiniment.

[Français]

Je voudrais remercier tous les témoins et profiter également de l'occasion pour remercier les interprètes, les analystes, le personnel de soutien, la greffière ainsi que tous les membres du Comité permanent de la condition féminine.

La prochaine réunion aura lieu en janvier. Nous vous informerons de l'horaire et de la composition du comité.

Je vous souhaite de joyeuses Fêtes ainsi qu'une très bonne et heureuse année 2014.

Merci beaucoup.

La séance est levée.







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.

---

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.

---

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