

SENATE



SÉNAT

CANADA

Second Session  
Forty-first Parliament, 2013-14-15

---

*Proceedings of the Standing  
Senate Committee on*

SOCIAL AFFAIRS,  
SCIENCE AND  
TECHNOLOGY

*Chair:*

The Honourable KELVIN KENNETH OGILVIE

---

Wednesday, February 18, 2015  
Thursday, February 19, 2015

---

Issue No. 27

*Seventh and eighth meetings:*

Examine and report on the increasing  
incidence of obesity in Canada: causes,  
consequences and the way forward

---

WITNESSES:  
(See back cover)

Deuxième session de la  
quarante et unième législature, 2013-2014-2015

---

*Délibérations du Comité  
sénatorial permanent des*

AFFAIRES SOCIALES,  
DES SCIENCES ET DE  
LA TECHNOLOGIE

*Président :*

L'honorable KELVIN KENNETH OGILVIE

---

Le mercredi 18 février 2015  
Le jeudi 19 février 2015

---

Fascicule n° 27

*Septième et huitième réunions :*

Examiner, pour en faire rapport, l'incidence  
croissante de l'obésité au Canada : ses causes,  
ses conséquences et les solutions d'avenir

---

TÉMOINS :  
(Voir à l'endos)

STANDING SENATE COMMITTEE ON  
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND  
TECHNOLOGY

The Honourable Kelvin Kenneth Ogilvie, *Chair*

The Honourable Art Eggleton, P.C., *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Beyak	Merchant
* Carignan, P.C. (or Martin) Chaput	Munson Nancy Ruth Seidman
* Cowan (or Fraser) Enverga Frum	Stewart Olsen Wallace

\*Ex officio members

(Quorum 4)

*Changes in membership of the committee:*

Pursuant to rule 12-5, membership of the committee was amended as follows:

The Honourable Senator Beyak replaced the Honourable Senator Raine (*February 18, 2015*).

The Honourable Senator Frum was added to the membership (*February 9, 2015*).

The Honourable Senator Munson replaced the Honourable Senator Cordy (*February 6, 2015*).

The Honourable Senator Raine replaced the Honourable Senator Beyak (*February 5, 2015*).

COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES  
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET  
DE LA TECHNOLOGIE

*Président* : L'honorable Kelvin Kenneth Ogilvie

*Vice-président* : L'honorable Art Eggleton, C.P.

et

Les honorables sénateurs :

Beyak	Merchant
* Carignan, C.P. (ou Martin) Chaput	Munson Nancy Ruth Seidman
* Cowan (ou Fraser) Enverga Frum	Stewart Olsen Wallace

\* Membres d'office

(Quorum 4)

*Modifications de la composition du comité :*

Conformément à l'article 12-5 du Règlement, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit :

L'honorable sénatrice Beyak a remplacé l'honorable sénatrice Raine (*le 18 février 2015*).

L'honorable sénatrice Frum a été ajoutée à la liste des membres du comité (*le 9 février 2015*).

L'honorable sénateur Munson a remplacé l'honorable sénatrice Cordy (*le 6 février 2015*).

L'honorable sénatrice Raine a remplacé l'honorable sénatrice Beyak (*le 5 février 2015*).

**MINUTES OF PROCEEDINGS**

OTTAWA, Wednesday, February 18, 2015  
(60)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:15 p.m., in room 2, Victoria Building, the chair, the Honourable Kelvin Kenneth Ogilvie, presiding.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Chaput, Eggleton, P.C., Enverga, Frum, Merchant, Nancy Ruth, Ogilvie, Raine, Seidman, Stewart Olsen and Wallace (11).

*In attendance:* Sonya Norris, Analyst, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

*Also present:* The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Wednesday, February 26, 2014, the committee continued its study on the increasing incidence of obesity in Canada: causes, consequences and the way forward. (*For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 22.*)

**WITNESSES:**

*As individuals:*

Carolyn Gotay, Professor, School of Population and Public Health, University of British Columbia.

Laurie Twells, Associate Professor, Faculty of Medicine, School of Pharmacy, Memorial University of Newfoundland.

The chair made a statement.

Ms. Gotay and Ms. Twells each made a statement and, together, answered questions.

At 5:45 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

**ATTEST:**

OTTAWA, Thursday, February 19, 2015  
(61)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 10:28 a.m., in room 2, Victoria Building, the chair, the Honourable Kelvin Kenneth Ogilvie, presiding.

**PROCÈS-VERBAUX**

OTTAWA, le mercredi 18 février 2015  
(60)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 16 h 15, dans la pièce 2 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Kelvin Kenneth Ogilvie (*président*).

*Membres du comité présents :* Les honorables sénateurs Chaput, Eggleton, C.P., Enverga, Frum, Merchant, Nancy Ruth, Ogilvie, Raine, Seidman, Stewart Olsen et Wallace (11).

*Également présente :* Sonya Norris, analyste, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

*Aussi présents :* Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mercredi 26 février 2014, le comité poursuit son étude de l'incidence croissante de l'obésité au Canada : ses causes, ses conséquences et les solutions d'avenir. (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 22 des délibérations du comité.*)

**TÉMOINS :**

*À titre personnel :*

Carolyn Gotay, professeure, School of Population and Public Health, Université de la Colombie-Britannique.

Laurie Twells, professeure agrégée, faculté de médecine, École de pharmacie, Université Memorial de Terre-Neuve.

Le président ouvre la séance.

Mmes Gotay et Twells font chacune un exposé puis, ensemble, répondent aux questions.

À 17 h 45, le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

**ATTESTÉ :**

OTTAWA, le jeudi 19 février 2015  
(61)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 10 h 28, dans la pièce 2 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Kelvin Kenneth Ogilvie (*président*).

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Beyak, Eggleton, P.C., Enverga, Frum, Merchant, Nancy Ruth, Ogilvie, Seidman, Stewart Olsen and Wallace (10).

*In attendance:* Sonya Norris, Analysts, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

*Also present:* The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Wednesday, February 26, 2014, the committee continued its study on the increasing incidence of obesity in Canada: causes, consequences and the way forward. (*For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 22.*)

**WITNESSES:**

*Food and Consumer Products of Canada:*

Phyllis Tanaka, Senior Advisor, Food and Nutrition, Public and Regulatory Affairs.

*Restaurants Canada:*

Joyce Reynolds, Executive Vice-President, Government Affairs.

*Food Processing and Consumer Products Council:*

Sylvie Cloutier, President and CEO;

Annick Van Campenhout, Chief Executive Officer, Council for Food Progress Initiatives.

The chair made a statement.

Ms. Tanaka, Ms. Reynolds, Ms. Cloutier and Ms. Van Campenhout each made a statement and, together, answered question.

At 12:15 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

**ATTEST:**

*Membres du comité présents :* Les honorables sénateurs Beyak, Eggleton, C.P., Enverga, Frum, Merchant, Nancy Ruth, Ogilvie, Seidman, Stewart Olsen et Wallace (10).

*Également présente :* Sonya Norris, analyste, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

*Aussi présents :* Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mercredi 26 février 2014, le comité poursuit son étude de l'incidence croissante de l'obésité au Canada : ses causes, ses conséquences et les solutions d'avenir. (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 22 des délibérations du comité.*)

**TÉMOINS :**

*Produits alimentaires et de consommation du Canada :*

Phyllis Tanaka, conseillère principale, Alimentation et nutrition, Affaires publiques et réglementaires.

*Restaurants Canada :*

Joyce Reynolds, vice-présidente exécutive, Affaires gouvernementales.

*Conseil de la transformation agroalimentaire et des produits de consommation :*

Sylvie Cloutier, présidente-directrice générale;

Annick Van Campenhout, chef de la direction, Conseil des Initiatives pour le progrès en alimentation.

Le président ouvre la séance.

Mmes Tanaka, Reynolds, Cloutier et Van Campenhout font chacune un exposé puis, ensemble, répondent aux questions.

À 12 h 15, le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

**ATTESTÉ :**

*La greffière du comité,*

Jessica Richardson

*Clerk of the Committee*

**EVIDENCE**

OTTAWA, Wednesday, February 18, 2015

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:15 p.m. to examine and report on the increasing incidence of obesity in Canada: causes, consequences and the way forward.

**Senator Kelvin Kenneth Ogilvie** (*Chair*) in the chair.

[*English*]

**The Chair:** Honourable colleagues, I'm Kelvin Ogilvie, Chair of the Committee. I'm going to ask my colleagues to introduce themselves, starting on my left.

**Senator Eggleton:** Art Eggleton, Senator from Toronto and Deputy Chair of the Committee.

**Senator Merchant:** Pana Merchant from Saskatchewan.

**Senator Seidman:** Judith Seidman from Montreal, Quebec.

[*Translation*]

**The Chair:** Welcome to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.

[*English*]

I remind you, for the record, that we are continuing our study to examine and report on the increasing incidence of obesity in Canada: causes, consequences and the way forward. I am very pleased that we have two witnesses today appearing as individuals. I understand there is an order preferred so I invite Dr. Carolyn Gotay to present first.

**Carolyn Gotay, Professor, School of Population and Public Health, University of British Columbia, as an individual:** It's a pleasure to be here. I'm excited that the committee has taken on this challenge, because I think it's something that researchers, the public and all of us are faced with. I'm happy to tell you a little bit about some of my thoughts in this area.

One thing I do at UBC is direct a cancer prevention centre. I wanted to start out by answering a question: What do obesity and cancer have to do with each other and why care about this stuff? The reason is simple. Obesity is a strong risk factor for many cancers. In fact, following tobacco exposure, it's the second biggest factor for cancer. Certain cancers are heavily influenced by obesity, such as about one third of endometrial cancers, one quarter of kidney cancers and many others. In addition, obesity has a very important effect on recurrence and cancer mortality. As we know, obesity affects a lot of other diseases as well, diabetes, heart disease and lung disease among them. Certainly, with class II and class III obesity, we see quite a strong relationship with overall mortality as well. It's important for cancer and a lot of other diseases in addition.

**TÉMOIGNAGES**

OTTAWA, le mercredi 18 février 2015

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 16 h 15 afin d'examiner, pour en faire rapport, l'incidence croissante de l'obésité au Canada : ses causes, ses conséquences et les solutions d'avenir.

**Le sénateur Kelvin Kenneth Ogilvie** (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

**Le président :** Chers collègues, je m'appelle Kelvin Ogilvie et préside le comité. Je demanderai à mes collègues de se présenter, à partir de ma gauche.

**Le sénateur Eggleton :** Art Eggleton, sénateur de Toronto et vice-président du comité.

**La sénatrice Merchant :** Pana Merchant de la Saskatchewan.

**La sénatrice Seidman :** Judith Seidman de Montréal.

[*Français*]

**Le président :** Je vous souhaite la bienvenue au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

[*Traduction*]

Je vous rappelle que nous poursuivons notre examen, pour en faire rapport, de l'incidence croissante de l'obésité au Canada : ses causes, ses conséquences et les solutions d'avenir. Je suis très heureux d'accueillir aujourd'hui deux personnes qui témoignent à titre personnel. Selon l'ordre prévu, j'invite d'abord Mme Carolyn Gotay à présenter son exposé.

**Carolyn Gotay, professeure, School of Population and Public Health, Université de la Colombie-Britannique, à titre personnel :** Je suis contente d'être ici et que le comité se soit fixé ce défi, qui nous interpelle tous, autant les chercheurs, que le public. Et je suis heureuse de pouvoir vous présenter quelques-unes de mes idées sur cette question.

À l'Université de la Colombie-Britannique, je dirige un centre de prévention du cancer. Je commencerai par répondre à une question que l'on se pose : qu'est-ce que l'obésité a à voir avec le cancer et pourquoi s'en soucier? La raison en est simple. L'obésité est un important facteur de risque pour de nombreux cancers. En fait, c'est le deuxième facteur de risque après le tabac. Certains cancers — en fait environ un tiers des cancers de l'endomètre, un quart des cancers du rein et bien d'autres — sont influencés par l'obésité. En outre, l'obésité a un effet très important sur les rechutes et la mortalité liées à cette maladie. Comme nous le savons, l'obésité influe sur bien d'autres maladies, notamment le diabète, les maladies cardiaques et celles du poumon. Dans les classes II et III d'obésité, nous constatons un lien certain avec les taux de mortalité. Ce lien est en outre important pour le cancer et bien d'autres maladies.

I thought I'd start by talking about what's going on in Canada in terms of the prevalence of obesity if we look across the country. My team and I, a couple of years ago, published a paper where we looked at changes over the last decade or so in obesity rates by province and territory. We've updated that for the purpose of this committee meeting — you stimulated us to do that.

I can show you a couple of pictures that are projected for you. The data are from 2013. They come from the Canadian Community Health Survey. They're corrected for self-reporting because we know that people don't always report accurately compared to measured data. They show you colours that indicate what proportion of the population these different areas would be categorized as obese, based on BMI. You can see these are all for adults. As we look at the map, the darker colours are higher rates. In Nunavut and Newfoundland, we see more than 35 per cent of the population falls into the obese category.

If we look by sex, for women we see the dark red colours corresponding to Nunavut and Newfoundland and the high rates across the country. The only province where we see fewer than one in five women falling into the obese category is British Columbia. For the men, again we see the darkest colours for Newfoundland and Labrador, and some other darker colours in the Maritimes as well.

Obesity is a large problem for many parts of the country in particular, while it turns out much of the increase in obesity has happened since 2004. While there has been relative stability, rates are still going up in many parts of the country. The only place where we've seen a sustained decrease in the past few years is among women in British Columbia, where it's gone down about one percentage point a year during the last three years. It continues to be a problem. It's not going away.

I was interested to find out about other health behaviours. Do they also show this geographic gradient? Data available from this survey include physical inactivity, eating fruits and vegetables, smoking and binge drinking. Those are the four we have data on. As an overall conclusion, they follow the same pattern that we see for obesity in that B.C. is among the lowest on all these indicators, and Newfoundland and Nunavut are among the highest in all the indicators. It isn't only about obesity. It looks as though a lot of health behaviours follow a similar geographic gradient.

Even though B.C. fares relatively well in this comparison, there's a heck of a lot of room for improvement because fewer than 50 per cent of B.C. residents eat five or more servings of fruits and vegetables a day, which is what's recommended. There's a lot of room for improvement across the country.

What are some of the reasons why this might be happening? I think we need to look beyond Canada because these trends are global. It isn't just something that's happening in Canada. The

J'ai pensé commencer par vous parler de la prévalence de l'obésité dans l'ensemble du pays. Il y a quelques années, mon équipe et moi avons publié un document dans lequel nous examinons les changements survenus au cours des 10 dernières années dans les taux d'obésité par province et par territoire. Sachant que nous allions témoigner, nous avons fait une mise à jour des données.

Je peux vous commenter certaines des diapositives qui vous sont projetées. Les données sont de 2013 et proviennent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Elles ont été ajustées pour corriger la partialité des données déclarées volontairement. Les couleurs indiquent la proportion de la population que l'on catégorise comme obèse, selon l'indice de masse corporelle, dans les différentes régions. Toutes ces données concernent la population adulte. Plus la couleur est sombre sur la carte, plus les taux sont élevés. On constate par exemple qu'au Nunavut et à Terre-Neuve, plus de 35 p. 100 de la population est obèse.

Si l'on examine les données selon le sexe, nous voyons que pour les femmes, les couleurs rouges sombre correspondent au Nunavut et à Terre-Neuve et aux taux élevés dans le reste du pays. La seule province où moins d'une femme sur cinq est classée dans la catégorie des obèses est la Colombie-Britannique. Pour les hommes, les couleurs les plus sombres concernent encore Terre-Neuve-et-Labrador, ainsi que les Maritimes.

L'obésité est un grave problème dans de nombreuses régions du pays, mais il se trouve que c'est depuis 2004 que le problème s'est encore aggravé. Si l'on constate une certaine stabilité, les taux grimpent encore dans de nombreuses régions. La seule province qui connaît un déclin suivi du taux d'obésité, c'est la Colombie-Britannique où, chez les femmes, le taux a baissé d'un point par an au cours des trois dernières années. Loin de s'estomper, le problème demeure.

Je me suis donc intéressée à d'autres comportements en matière de santé. Suivent-ils le même gradient par rapport aux régions? Les données découlant de cette étude portent sur la sédentarité, la consommation de fruits et légumes, le tabagisme et la consommation excessive d'alcool. Ce sont sur ces facteurs que nous avons des données. On peut conclure de façon générale que ces facteurs suivent les tendances liées à l'obésité, puisque la Colombie-Britannique se classe au dernier rang par rapport à ces facteurs et que Terre-Neuve-et-Labrador et le Nunavut sont au premier rang. Il ne s'agit donc pas simplement d'obésité et il semblerait que nombre de comportements ont le même gradient par rapport aux régions.

Même si la Colombie-Britannique se classe relativement bien, beaucoup de progrès peuvent être encore faits puisque moins de 50 p. 100 de sa population consomme au moins les cinq portions de fruits et légumes par jour qui sont recommandées. Il y a donc dans tout le pays place à l'amélioration.

Qu'est-ce qui explique la situation? Il faut voir au-delà du Canada, car il s'agit de tendances mondiales. Cela fait longtemps qu'on constate l'augmentation des taux d'obésité dans les pays

increase in obesity rates has been found in the developed world for quite a long time and more recently in developing countries as well. More global influences have to be part of the reason for why we're seeing what we are, such as more processed food, more calorie-dense food, bigger servings, all coupled with inactivity. We're sitting looking at screens in both our work and our play, so those things are combined to produce a perfect storm with obesity being the wave.

There also may be some other factors that are at work. Socio-economic factors have definitely been shown in virtually all developed countries to be associated with obesity. People who have fewer resources tend to be more obese. In addition, social ties may have something to do with it as well. There's evidence that obesity can spread through social ties, and perhaps it may be when norms shift in a population. If everyone is overweight or obese, perhaps that becomes the norm and may reinforce some of the things we see in some regions of our country.

What do we do about it? When it comes to complicated and complex health problems like obesity, I find that the model called the social-ecological model is helpful, at least in structuring my thinking. The model really puts the individual in the context of social ties with family, friends, relatives, and then in social institutions like workplaces, churches, schools. They function in communities, and on top of that we have laws, regulations, taxes and things like that. All of those levels, going from the individual up to the highest level of governance, are needed if we're going to make a difference in addressing obesity. You can't do one piece and expect that it will have a profound and lasting impact.

The final thing I wanted to say was that this trend in obesity has happened in a pretty short period of time if you think about it. It has been several decades where we've seen such big changes. Something that happens that quickly has to be due to environmental causes. We haven't suddenly changed our human genome or anything like that. Things in the environment are making a difference. If something can be caused by the environment, then it can be reversed by the environment as well, which gives me hope that we can make a difference, get it under control and have healthier Canadians in the future.

**The Chair:** Thank you very much, doctor. I'll now turn to Dr. Laurie Twells, Associate Professor, Faculty of Medicine, School of Pharmacy, Memorial University of Newfoundland.

**Laurie Twells, Associate Professor, Faculty of Medicine, School of Pharmacy, Memorial University of Newfoundland:** I would also like to thank the committee for asking me to come and present today.

industrialisés et récemment, on constate la même tendance dans les pays en développement. Des influences mondiales expliquent en partie ce que nous sommes devenus. Partout, on constate davantage d'aliments traités, riches en calories, des portions alimentaires plus grosses, à quoi s'ajoute la sédentarité. Tant au travail que pendant nos loisirs, nous passons notre temps à regarder des écrans et tous ces éléments combinés constituent la recette parfaite pour une vraie catastrophe, recette dont le principal ingrédient est l'obésité.

Il y a peut-être d'autres facteurs en jeu. Dans pratiquement tous les pays développés, l'obésité est associée à des facteurs socio-économiques. Moins les gens ont de ressources, plus ils ont tendance à être obèses. De plus, les liens sociaux pourraient entrer en ligne de compte. Il est en effet prouvé que l'obésité peut se répandre par les liens sociaux, en fonction de l'évolution des normes. Si tout le monde est en surpoids ou obèse, peut-être que cela devient la norme et que cela renforce les tendances que nous constatons dans certaines régions du pays.

Que peut-on donc faire? Lorsqu'on a affaire à des problèmes de santé complexes comme l'obésité, je trouve que le modèle qu'on appelle socio-écologique peut être utile, au moins comme principe structurant. Le modèle place en effet l'individu dans le contexte de liens sociaux avec la famille, les amis, la parenté et, en deuxième lieu, dans le contexte des institutions sociales comme les lieux de travail, les églises et les écoles. Les gens fonctionnent en collectivité qui est par ailleurs régie par des lois, des règlements, des taxes, et cetera. Il faut s'intéresser à tous ces niveaux, du simple particulier au plus haut niveau de gouvernance, si nous voulons changer les choses. On ne peut se limiter à un seul facteur et s'attendre à ce qu'il y ait des répercussions profondes et durables.

Le dernier point que je veux soulever est que la tendance à l'obésité s'est manifestée en un temps relativement court. Cela fait des décennies que nous n'avions pas vu des changements aussi importants. Un phénomène aussi soudain doit avoir des causes environnementales. Le génome humain n'a pas changé du jour au lendemain. Des facteurs environnementaux ont modifié la situation. Si quelque chose peut être causé par l'environnement, on peut également s'en débarrasser par l'environnement, ce qui me donne espoir de pouvoir changer les choses, de contrôler la situation et d'améliorer la santé des Canadiens.

**Le président :** Merci beaucoup, madame. Je donne maintenant la parole à Mme Laurie Twells, professeur agrégée, faculté de médecine, École de pharmacie, Université Memorial de Terre-Neuve.

**Laurie Twells, professeure agrégée, faculté de médecine, École de pharmacie, Université Memorial de Terre-Neuve :** J'aimerais moi aussi remercier le comité de m'avoir invitée pour présenter un exposé.

Hearing Dr. Gotay's work, we obviously have two extremes here, the lowest rates of obesity in the country in B.C. and the highest rates in Newfoundland and Labrador. Hopefully we can come up with some solutions today.

My background is in epidemiology and clinical epidemiology, so I study and look at the health of populations, not individuals. Over the last 10 or 15 years I've been interested in looking at obesity, the epidemiology in Canada and globally, and more recently looking at bariatric surgery in terms of a treatment for obesity.

As you may know, obesity is defined as abnormal or excessive fat accumulation that may impair health. This is important to note. The concern here is not about size; it's about health. Obesity is most often measured using the body mass index that, as you know, is a person's weight in kilograms divided by their height in metres squared. There are other measures that measure body fat better than the body mass index, for example, MRI, DEXA scans and water weighing, but these are typically not used at a population level and even clinically not used. They're expensive resources and only used in clinical research studies. But we do know that body mass index has a strong correlation with body fat, a .7 or .8 correlation, so we're all comfortable in using the body mass index to measure body fat in individuals and then extrapolate it to population-level studies.

It's also equally well used for both sexes and all age groups. There are different cut-offs for the body mass index across different ethnic groups and for the Caucasian group we typically classify a body mass index greater than 30 as the obese category.

There's extensive empirical evidence that has elucidated the relationship between increasing body mass index as a major risk factor for cardiovascular disease, high blood pressure, cholesterol, Type 2 diabetes, musculoskeletal conditions such as osteoarthritis and some cancers, namely breast and colon. It significantly impairs quality of life and increases premature mortality, estimated between three and eight years.

The estimated annual economic burden of obesity evidenced by direct costs related to hospitalizations, medication use, physician and emergency room visits and indirect costs related to reduced work productivity and increased absenteeism is estimated to be between \$4.6 billion and \$7.1 billion in Canada alone.

As I said, the classifications of BMI help us understand the health risk associated with increasing BMI and I've provided a handout, which you can look at on the back page, figure 1. What I wanted to show you was a classification, which I'm sure you're familiar with on this committee, in terms of increasing BMI categories and increased health risk. That is the table below the

En entendant l'exposé de Mme Gotay, nous constatons évidemment que nous avons affaire à deux extrêmes, les taux les plus bas d'obésité au pays en Colombie-Britannique et les taux les plus hauts à Terre-Neuve-et-Labrador. Nous espérons pouvoir vous proposer aujourd'hui des solutions.

J'ai une formation en épidémiologie et en épidémiologie clinique, ce qui fait que j'étudie la santé des populations, plutôt que celle des particuliers. Depuis 10 ou 15 ans, je m'intéresse à l'épidémiologie de l'obésité au Canada et dans le monde et, dernièrement, au traitement de cette maladie par la chirurgie bariatrique.

Comme vous le savez peut-être, on entend par obésité l'accumulation anormale ou excessive de gras éventuellement nuisible à la santé. C'est un point important. Il n'est pas question ici de taille, mais bien de santé. L'obésité est le plus souvent mesurée à l'aide d'un indice de masse corporelle qui, comme vous le savez, se calcule à partir du poids en kilos, qu'on divise par la taille en mètres au carré. Il y a d'autres moyens plus efficaces que l'indice de masse corporelle pour mesurer la masse adipeuse, par exemple l'imagerie par résonance magnétique, l'absorptiométrie à rayons X en double énergie et la pesée d'eau, mais on ne s'en sert habituellement pas dans la population, ni même cliniquement. À cause de leur coût, elles ne sont utilisées que dans des études sur la recherche clinique. Mais nous savons que l'indice de masse corporelle a un lien assez étroit, dans un rapport de 0,7 ou 0,8, avec la masse adipeuse. Nous trouvons donc tout à fait acceptable de se servir de l'indice de masse corporelle pour mesurer la masse adipeuse chez des individus et d'extrapoler les résultats dans les études à l'échelle de la population.

Cette méthode convient également pour les deux sexes et tous les groupes d'âges. Il y a des seuils différents selon les groupes ethniques, mais pour les caucasiens, nous considérons qu'il y a obésité à partir d'un indice de masse corporelle supérieur à 30.

De nombreuses données empiriques ont prouvé le rapport entre l'indice de masse corporelle et les risques pour la santé. Un indice élevé constitue un facteur de risque majeur pour les maladies cardio-vasculaires, l'hypertension, le cholestérol, le diabète de type 2, les troubles musculo-squelettiques tels l'arthrose et certains cancers, notamment du sein et du colon. Un indice élevé détériore considérablement la qualité de vie et augmente de trois à huit ans les probabilités de décès prématuré.

Le fardeau économique annuel de l'obésité est calculé en fonction des coûts directs liés à l'hospitalisation, à la consommation de médicaments et aux visites aux médecins et aux urgences, ainsi qu'en fonction des coûts indirects liés à la perte de productivité au travail et à la hausse de l'absentéisme. Au Canada, ce fardeau est estimé entre 4,6 et 7,1 milliards de dollars.

Comme je l'ai dit, les catégories d'indice de masse corporelle nous aident à comprendre les risques associés à un indice élevé. Je vous renvoie à ce sujet à la figure 1, à la dernière page du document qu'on vous a remis. Dans le classement que je vous montre, et qui vous est sans doute familier, plus haute est la catégorie et plus élevés sont les risques pour la santé. C'est ce



figure, which shows you that after a BMI of 30, your health risk for all the comorbid conditions I've mentioned start to increase quite dramatically. The figure above is one of many. This one in particular is from a study that was done, but it has been replicated many times, showing the relationship between increasing BMI and the relative risk of mortality in women. The curve would look the same for men.

The key thing to note here is that the curve is U-shaped or J-shaped in the sense that low BMIs also have the increased health risks associated with being underweight, whether related to eating disorders or terminal illness where there has been weight lost, but after a BMI of 30 or 31, the risk increases exponentially.

There's often a lot of media talk around the obese Class I. The risk is substantially lower than obese BMIs that hit 35 and up. The risk for comorbid conditions like Type 2 diabetes and cardiovascular risk increase dramatically after a BMI of 35.

As Dr. Gotay said, over the last three to four decades the prevalence of obesity has increased globally with a higher prevalence in developed countries, although the rate of increase in developing countries is concerning, where both obesity and malnutrition are population health challenges.

In Canada, obesity affects an estimated 20 to 25 per cent of adults on average, with significant regional variations as was just shown. From a low of 15 per cent in British Columbia to a high of closer to 30 or 35 per cent in Newfoundland and the Atlantic region, obesity tends to be lowest in the West and highest in the East. Having said that, Saskatchewan and Manitoba have rates that are quite similar to the Atlantic region as well.

In the last decade Canada has experienced a 200 per cent increase in obesity, from 5 per cent in 1985 to almost 20 per cent in 2011. The figure on the back of that page also shows some work that I published last year looking at Canadian rates of obesity since 1985.

The top graph is just showing you the prevalence rates, and this is using self-reported data from Statistics Canada surveys that hasn't been corrected for bias, as was just mentioned. These typically tend to be underestimating the rates by about 7 or 8 per cent, but they show you the prevalence. The bottom figure shows you what's most concerning, which is that disproportionate increase in the BMIs over 35 and 40. As such, the prevalence is a lot lower, and that's the increase we're seeing in both males and females, those top classes of obesity.

For example, once those increases occur, a lot of those comorbid conditions are very refractory to medical treatment and lifestyle intervention. In that particular group of people, the people that then look to access something like bariatric surgery,

qu'indique le tableau suivant la figure, dans lequel on constate qu'avec un indice supérieur à 30, les affections comorbides commencent à augmenter de façon spectaculaire. La figure que vous voyez n'est pas la seule. Elle provient d'une étude particulière, qui a été reproduite à maintes reprises, et qui montre le lien entre un indice élevé et un risque relatif de mortalité chez les femmes. La courbe serait la même pour les hommes.

Le point principal à noter est que la courbe est en forme de U ou en forme de J. En effet, de bas indices de masse corporelle comportent eux aussi l'augmentation des risques à la santé associés à un déficit en poids causé soit par des troubles de l'alimentation soit par une maladie en phase terminale. Mais, à partir d'un indice de 30 ou 31, le risque augmente de façon exponentielle.

Les médias parlent souvent d'obésité de catégorie I. Pour les gens dans cette catégorie, le risque est considérablement moindre que ceux dont l'indice est supérieur à 35. Le risque d'affections comorbides telles que le diabète de type 2 et les troubles cardiovasculaires augmente de façon spectaculaire lorsque l'indice dépasse 35.

Comme l'a indiqué Mme Gotay, au cours des trois à quatre dernières décennies, la prévalence de l'obésité a augmenté mondialement, mais surtout dans les pays développés. Mais on s'inquiète de la voir également augmenter dans les pays en développement où l'on fait face à la fois à l'obésité et à la malnutrition.

Au Canada, l'obésité touche environ 20 à 25 p. 100 des adultes avec des écarts régionaux importants, dont nous venons de vous parler. Passant d'un taux inférieur à 15 p. 100 en Colombie-Britannique à un taux supérieur qui approche les 30 ou 35 p. 100 à Terre-Neuve et dans la région de l'Atlantique, la prévalence est plus élevée dans l'Est et plus faible dans l'Ouest. Cependant, la Saskatchewan et le Manitoba affichent des taux de prévalence similaires à ceux des provinces atlantiques.

Durant la dernière décennie, le Canada a connu une augmentation de 200 p. 100 de la prévalence de l'obésité, qui est passée de 5 p. 100 en 1985 à près de 20 p. 100 en 2011. La figure à la dernière page du document montre des données que j'ai publiées l'an dernier sur les taux d'obésité au Canada depuis 1985.

Le graphique supérieur montre les taux de prévalence à partir de données autodéclarées provenant de sondages de Statistiques Canada, données qui, comme on vient de le dire, n'ont pas été corrigées. Ces données autodéclarées tendent à sous-estimer les taux d'environ 7 ou 8 p. 100, mais montre quand même la prévalence. Le graphique inférieur témoigne de ce qui nous inquiète le plus, à savoir une augmentation disproportionnée des indices supérieurs à 35 et 40. De cette façon, la prévalence est bien inférieure, et l'augmentation concerne les hommes et les femmes qui se trouvent dans la catégorie supérieure d'obésité.

Une fois ces augmentations atteintes, par exemple, de nombreuses affections comorbides sont très réfractaires aux traitements médicaux et au changement dans les styles de vie. Dans ce groupe, où les gens cherchent à recourir à la chirurgie

for example, all the lifestyle interventions, whether it has been diet or increased physical activity, pharmacological therapy, nothing works in these patients and it's that particular group of people who are then needing to access some sort of treatment.

This particular group, if you look at the next page, is made up of about 1.2 million people in Canada. The map on figure 3 shows you just obese Class II and III in a report that was published by CIHI last year on bariatric surgery in Canada. It shows you a rate that goes from about 3 per cent in B.C. to 8 per cent in New Brunswick and Nova Scotia, accounting for about 1.2 million people in Canada in that obese Class II and III.

Again, the graph underneath is also showing you the number of bariatric surgeries that are taking place in Canada. This is also increasing exponentially, as you can see, based on the demand. In 2006-07, only 1,500 bariatric surgeries were performed in Canada and now, by 2012-13, we're seeing 6,000, so an increase of about 300 per cent in bariatric surgeries as well.

I'm not aware of any success stories demonstrating that efforts focused on prevention and management of obesity at a population level have been effective in decreasing obesity prevalence, although there are some signs epidemiologically that there may be some slowing down or levelling off in some countries, as well as in some childhood obesity rates. This demonstrates the complexity of the issue. It is both the environment and our biology working together that make weight gain very easy and weight loss very difficult to sustain. Human biology is difficult to change, but the development of new medical treatments may be helpful.

Our global environment has been described by the World Health Organization as obesogenic, as it supports weight gain through passive overconsumption due to increases in access, availability and affordability of food, larger food portions, calorie-dense foods, processed foods, increases in sugar-sweetened beverages, and the marketing of junk food to children, especially at a young age, as well as a decrease in activities of daily living due in part to the sedentary nature of our work, technology, changing forms of transport and urbanization.

Obesity and its health consequences is a national and global health challenge that will require a collaborative approach, with leadership and action from governments and policy-makers. Thank you.

**The Chair:** Thank you both very much. I'm now going to open up the floor to my colleagues for questions.

**Senator Eggleton:** Let me start, Dr. Twells, with your charts and your commentary about BMI. We're hearing that obesity has always been with us, but in the last 30 years or so there has been quite an acceleration of it. Then there's some suggestion it has levelled off and may be starting to take off again. I'm not quite clear. Your chart indicates a bit of levelling off, but I'm getting

bariatric, par exemple, toutes les interventions relatives aux modes de vie, qu'il s'agisse de régimes, d'activité physique ou de traitements pharmacologiques, rien ne marche pour eux, qui ont pourtant besoin d'être traités.

Si vous regardez à la page suivante, ce groupe particulier représente environ 1,2 million de personnes au Canada. À la figure 3, la carte indique la prévalence de l'obésité de catégorie II et III, selon un rapport publié l'an dernier par l'ICIS sur la chirurgie bariatrique au Canada. On voit que le taux passe d'environ 3 p. 100 en Colombie-Britannique à 8 p. 100 au Nouveau-Brunswick et en Nouvelle-Écosse, pour un total d'environ 1,2 million d'obèses de catégorie II et III au Canada.

Le graphique situé en dessous indique le nombre de chirurgies bariatriques faites au Canada. En fonction de la demande, ce chiffre a augmenté de façon exponentielle, comme vous pouvez le voir. En 2006-2007, on n'a procédé qu'à 1 500 de ces chirurgies alors qu'aujourd'hui, en 2012-2013, on en fait 6 000, soit une augmentation d'environ 300 p. 100.

À ma connaissance, aucune des actions en prévention et en gestion de l'obésité à l'échelle de la population n'a encore réussi à faire baisser le taux de prévalence de l'obésité, quoique certaines indications montrent un ralentissement ou une stabilisation dans certains pays, notamment chez les enfants. La situation révèle la complexité de la question : notre environnement et notre biologie mis ensemble font que nous prenons du poids très facilement et que nous avons beaucoup de mal à ne pas reprendre le poids perdu. On peut difficilement modifier la biologie humaine, mais les nouveaux traitements médicaux peuvent aider.

L'Organisation mondiale de la santé a décrit notre environnement sur terre comme obésogène, car il favorise la prise de poids par une surconsommation passive attribuable à l'amélioration de l'accès à la nourriture, de sa disponibilité et de son abordabilité, à la taille accrue des portions, à la haute teneur calorique des aliments, aux aliments transformés, à la montée des boissons avec sucre ajouté et au marketing de la « malbouffe » surtout auprès des enfants très jeunes ainsi qu'à la diminution des activités quotidiennes, entre autres à cause de la sédentarité du travail, de la technologie, des nouveaux modes de transport et de l'urbanisation.

L'obésité et ses effets sur la santé constituent un problème de santé national et international, qui nécessite une approche collaborative, assortie d'initiative et de prise de mesures, de la part des gouvernements et des décideurs. Merci.

**Le président :** Je vous remercie infiniment toutes les deux. Je vais maintenant céder la parole à mes collègues afin qu'ils posent des questions.

**Le sénateur Eggleton :** Permettez-moi, docteur Twells, de commencer par vos graphiques et vos observations à propos de l'IMC. Nous entendons les gens dire que l'obésité a toujours existé, mais qu'elle s'est accentuée au cours des quelque 30 dernières années. Puis, on semble laisser entendre qu'elle s'est stabilisée, mais qu'elle commence peut-être à augmenter de

conflicting comments from various witnesses about whether it is levelling off and, if it is, why it is levelling off. I would like both of you to answer that.

**Ms. Twells:** There have been some global reports published recently that have suggested there is some levelling off in some countries. Canada was not one of them. The U.K. was one, as were some Western European countries.

One of the things we need to be careful about is what we're talking about when we talk about obesity. Obesity, defined by the Body Mass Index about, is a BMI over 30. Once you break it down into different categories, different things are happening. There is some suggestion that the Obese Class I group, which is the BMI between 30 and 35, is sort of levelling off and not increasing as much as it was. It's the sort of higher levels, the bigger people, let's say, that actually those numbers are increasing and they're continuing to increase exponentially in both men and women.

**Senator Eggleton:** But you say not in the U.K. What is the U.K. doing differently, or is it just the way the measurement is done?

**Ms. Twells:** The measurement will be done the same. I think there may be some evidence that some things are happening that are working.

**Senator Eggleton:** Like what? So we can do it here.

**Ms. Twells:** One of the things I would comment on looking at European and the U.K. strategies is that they're national in nature. For example, even in the U.K., where it's a country of 65 million people, a national policy rolls out across the country.

**Senator Eggleton:** They don't have provinces.

**Ms. Twells:** One of the things we highlighted in this paper around obesity rates was regional differences. Coming from Newfoundland, I think about what's going on here. When health is a provincial jurisdiction, every province can do its own thing. As much as we all may have a focus on obesity, depending on the resources that are available in those provinces and the focus on prevention, management or treatment, there can be different things happening. For example, bariatric surgery is a treatment that is not offered in every province and only started being offered in Newfoundland in 2011. There are probably some regional differences as well and there will be some socio-economic differences, but I can't talk to what is working.

**Senator Eggleton:** Maybe we need to explore that a little more. Do you have any thoughts on this, Dr. Gotay?

nouveau. Ce n'est pas très clair dans mon esprit. Votre graphique indique un léger nivellement, mais les opinions des témoins divergent à ce sujet, ainsi qu'au sujet des raisons de ce nivellement. J'aimerais que vous répondiez toutes les deux à cette question.

**Mme Twells :** Des rapports mondiaux publiés récemment semblent indiquer que l'obésité s'est légèrement stabilisée dans certains pays, mais le Canada ne faisait pas partie de ces pays qui comprenaient le Royaume-Uni, ainsi que certains pays de l'Europe de l'Ouest.

Nous devons faire attention à ce que nous entendons par obésité lorsque nous en parlons. Lorsqu'on utilise l'indice de masse corporelle pour la définir, on parle d'un IMC supérieur à 30. Lorsque l'on classe les cas d'obésité dans différentes catégories, on observe différents phénomènes. Les données semblent indiquer que l'obésité de classe I, soit un IMC oscillant entre 30 et 35, est un peu en train de se stabiliser ou qu'elle n'augmente pas autant que par le passé. Ce sont en quelque sorte les statistiques des classes supérieures, des gens plus lourds, disons, qui augmentent, et ce, de façon exponentielle tant chez les hommes que les femmes.

**Le sénateur Eggleton :** Mais vous dites que ce n'est pas le cas au Royaume-Uni. Qu'est-ce que le Royaume-Uni fait différemment, ou ce résultat est-il simplement imputable à la façon dont l'obésité est mesurée là-bas?

**Mme Twells :** L'obésité est mesurée de la même façon. Je pense que les faits montrent peut-être que certaines des mesures prises là-bas fonctionnent.

**Le sénateur Eggleton :** Quelles seraient ces mesures, afin que nous puissions les appliquer ici?

**Mme Twells :** Je ferais observer, entre autres, que les stratégies européennes et britannique sont de nature nationale. Par exemple, même au Royaume-Uni, où la population s'élève à 65 millions de personnes, une politique est mise en œuvre à l'échelle nationale.

**Le sénateur Eggleton :** Le Royaume-Uni n'a pas de provinces.

**Mme Twells :** Dans notre document portant sur les taux d'obésité, nous soulignons, entre autres, les différences régionales. Comme je suis originaire de Terre-Neuve, je songe à ce qui se passe là-bas. Lorsque la santé relève des provinces, chacune d'elles peut prendre ses propres mesures. Bien que nous portions tous notre attention sur l'obésité, selon les ressources disponibles dans chaque province et l'accent mis sur la prévention, la gestion et le traitement de l'obésité, les résultats peuvent être différents. Par exemple, la chirurgie bariatrique est un traitement qui n'est pas offert dans toutes les provinces. À Terre-Neuve, il n'est offert que depuis 2011. En outre, il y a probablement quelques différences régionales ainsi que des différences socioéconomiques, mais je ne peux pas parler des mesures qui fonctionnent.

**Le sénateur Eggleton :** Nous devons peut-être enquêter un peu plus sur ces mesures. Madame Gotay, avez-vous des réflexions à nous communiquer à cet égard?

**Ms. Gotay:** As far as rates going up or not, the big changes we've seen in Canada were earlier on. Now, whether they're levelling off or going up a little bit, we're not seeing the same increase that we saw early on. The specific numbers vary from year to year, and for some of it we have relatively small numbers. Some of the smaller provinces and the territories are seen to be bouncing around a little bit. I think that's just error of measurement, so it's hard to tell what's going on there.

I think there's much more public awareness. I would attribute some of the changes, if there have been real changes, to the fact that people are talking about it. We hear about children getting Type 2 diabetes that they didn't used to get. I think there's more awareness. It takes a while for that to actually make a difference, but I think people are concerned. It has got their attention, and that's a first step in making a difference.

**Senator Eggleton:** What do you think, Dr. Gotay, the federal government could do to help push that along? People are beginning to realize it.

One of the examples we've had here is that, yes, maybe people are reading nutrition labels much more, but they're not sure what they're reading. They're kind of confusing. It's not very difficult. The U.K. uses a red light/green light kind of thing. One of my colleagues has suggested animals. He'll talk about that.

What should the federal government be doing? You mentioned processed food. Again, what do you think we should be doing about things like that?

**Ms. Gotay:** It's interesting. Dr. Twells and I met at lunch today, so this is a good opportunity for us to develop connections as well. We talked about the light system. It could make a difference. We don't think the evidence is out there to show that it does make a difference, so I guess we're not positive that's the way to go. I think I can speak for her in saying we favour clear information that's easily interpreted that could help consumers make rational choices. That's a good thing.

If I look at tobacco as being in a way similar but in a way different to what we're facing here, the biggest single factor that made a difference was taxation. Really, what made a difference was the kind of comprehensive approach that I think both Dr. Twells and I have said is necessary. If I had to pick just one

**Mme Gotay :** En ce qui concerne l'augmentation ou non des taux, les changements importants que nous avons observés au Canada sont survenus plus tôt. Que les taux se stabilisent ou qu'ils augmentent encore un peu, nous n'observons pas la même hausse dont nous avons été témoins au début. Les chiffres particuliers varient d'une année à l'autre, et certains d'entre eux sont relativement faibles. On remarque que les chiffres de quelques-unes des plus petites provinces ou des territoires fluctuent légèrement. Je pense qu'il s'agit simplement d'une erreur de mesure. Par conséquent, il est difficile d'expliquer ce qui se passe là-bas.

Je crois que le public est beaucoup plus sensibilisé au problème. Si de réels changements sont survenus, j'attribuerais certains d'entre eux au fait que les gens parlent du problème. Nous entendons parler d'enfants qui développent le diabète de type 2, ce qui ne se produisait pas auparavant. Je pense que la population est plus sensibilisée au problème. Il faut du temps avant que cette sensibilisation ait un effet bénéfique, mais je crois que les gens sont inquiets. Cette question a attiré leur attention, et c'est la première étape requise pour que les choses changent.

**Le sénateur Eggleton :** Madame Gotay, que pensez-vous que le gouvernement fédéral pourrait faire pour contribuer à favoriser ce mouvement? Les gens commencent à se rendre compte du problème.

Par exemple, oui, nous avons remarqué que les gens lisaient peut-être davantage les étiquettes nutritionnelles, mais ils ne sont pas sûrs de comprendre ce qu'ils lisent. Ces étiquettes sont un peu déroutantes. Ce problème n'est pas très difficile à régler. Au Royaume-Uni, ils utilisent un genre de feu rouge ou de feu vert. L'un de mes collègues a suggéré l'emploi d'animaux. Il va nous en parler.

Qu'est-ce que le gouvernement fédéral devrait faire? Vous avez mentionné les aliments transformés. Je le répète : quelles mesures pensez-vous que nous devrions prendre à propos de facteurs comme ceux-là?

**Mme Gotay :** Cette discussion est intéressante. Dre Twells et moi nous sommes rencontrées aujourd'hui pendant l'heure du dîner. Cette comparution nous offre donc une excellente occasion de nouer également des relations. Nous avons parlé du système des feux de circulation. Il pourrait avoir un effet bénéfique, mais nous ne croyons pas que les faits le prouvent. Par conséquent, je suppose que nous ne sommes pas certaines que ce soit la voie à suivre. Je pense que je peux dire en son nom que nous privilégions des renseignements clairs et faciles à interpréter qui pourraient aider les consommateurs à faire des choix rationnels, ce qui serait une bonne chose.

Si je compare le problème auquel nous faisons face à celui du tabac, qui est à la fois semblable et différent à certains égards, je constate que le principal facteur à avoir eu un effet bénéfique est la taxation. En réalité, ce qui a eu un effet positif, c'est l'adoption d'une approche globale que Dre Twells et moi avons toutes deux

piece, taxation makes a difference. I do think some of the other witnesses have suggested maybe sin taxes.

**Senator Eggleton:** Carrot and stick approach? Up the taxes, down the taxes?

**Ms. Gotay:** It's possible. We are economic creatures and that is something to think about.

**Senator Eggleton:** I have one more question on BMIs. Dr. Twells, you used a lot of references to BMI. Here again, not everybody thinks that's the best method. I'm beginning to wonder about it myself. My height and weight have stayed the same, but my stomach has gotten a little bit bigger. Wouldn't the circumference concept of dealing with the stomach as opposed to this combination of weight and height be better?

You mentioned there are other things that could be done, but you mentioned all those expensive things like MRIs and stuff like that. Isn't there something simpler but more accurate in dealing with the question of what is obese and what is not obese than this BMI index?

**Ms. Twells:** I would agree with you. Many researchers and people I work with could sit at either ends of the table and debate the BMI. I could sit on the other side as well, but the reality is that it's what we have, what we're using and it's not going away.

The American Obesity Society has just endorsed BMI and our own clinical practice guidelines on prevention of management of obesity, which were published in the CMJA just a couple of weeks ago have said that the use of BMI is as good as it gets — not in terms of it being the best measure, because location of fat is very important. At a clinical level, you wouldn't expect to go in and see a physician and for them to diagnose you with obesity based on your BMI. There's no two ways about it. You would not expect that to happen. Individually, you're going to be doing your waist circumference and blood work. If you happen to be a bigger person but you don't have high cholesterol and high blood pressure, that's great.

The body mass index is an easy measure and the population understands it. It's relatively strongly correlated to body fat, point 7 or point 8, which is quite good. In terms of population surveillance, I don't see it going away any time soon. The question is whether we just sort of accept that and use it for these types of particular studies and measures. Again, clinically and individually there need to be other measures.

déclarée nécessaire, je pense. Si je devais choisir une seule mesure, je dirais que la taxation a un effet positif. Je crois que d'autres témoins ont suggéré la possibilité d'imposer des taxes sur les vices.

**Le sénateur Eggleton :** L'approche de la carotte et du bâton? On augmente les taxes d'une part, et on les réduit d'autre part?

**Mme Gotay :** C'est possible. Nous sommes des créatures influencées par nos finances, et c'est une idée à laquelle nous devrions réfléchir.

**Le sénateur Eggleton :** J'ai une autre question à vous poser à propos des IMC. Docteur Twells, vous faites souvent allusion aux IMC. Je le répète, tous ne considèrent pas l'index comme la meilleure mesure. Je commence à m'interroger moi-même à propos de cette mesure. Bien que ma taille et mon poids soient restés les mêmes, mon abdomen s'est élargi. Par conséquent, la notion de circonférence de la région abdominale ne serait-elle pas supérieure à cette combinaison du poids et de la taille?

Vous avez indiqué qu'il y avait d'autres façons de mesurer l'obésité, mais vous n'avez mentionné que des méthodes coûteuses comme l'IRM. N'y a-t-il pas des façons plus simples, mais plus exactes que l'IMC de déterminer si quelqu'un est obèse?

**Mme Twells :** Je suis d'accord avec vous. De nombreux chercheurs et bon nombre de mes collègues pourraient s'asseoir à n'importe quel bout de cette table et débattre de l'IMC. Je pourrais le faire moi-même, mais, en réalité, c'est la mesure dont nous disposons, celle dont nous nous servons, et elle ne va pas disparaître.

L'American Obesity Society vient d'appuyer l'IMC et notre propre guide de pratique clinique pour la prévention et la gestion de l'obésité, qui a été publié par l'ACSM il y a quelques semaines seulement, indique que l'utilisation de l'IMC est le mieux que nous puissions faire — non pas que ce soit la meilleure mesure, car l'emplacement de la graisse corporelle est très important. En clinique, on ne s'attendrait pas à consulter un médecin et à ce qu'il déclare qu'on souffre d'obésité seulement en tenant compte de l'IMC. Il ne fait aucun doute que l'on ne s'attendrait pas à cela. Le médecin mesurera le tour de taille de chaque patient et demandera des analyses sanguines. Si vous avez le malheur d'être une personne corpulente, mais que votre taux de cholestérol et votre tension artérielle ne sont pas élevés, alors tout ira bien.

L'index de masse corporelle est une mesure facile à calculer que la population comprend. Sa corrélation avec l'adiposité corporelle est relativement élevée, soit point 7 ou point 8, ce qui est très satisfaisant. Je ne pense pas qu'elle sera éliminée de sitôt comme moyen de surveiller la population. Il reste à savoir si nous allons nous contenter de l'accepter et de l'utiliser pour les études et les mesures de ce genre. Toutefois, je répète que, du point de vue clinique, d'autres mesures individuelles doivent être employées.

**Ms. Gotay:** It is what it is. It can be replicated consistently. It has that kind of validity and we can look over time. But it's the interpretation that is the thing where it may fall down. As far as an indication of what's happening in populations and comparing us with the world, I think it's not too bad.

**Senator Seidman:** Actually, I was going to ask you some questions about the BMI, if we could just finish the BMI issue. When did we begin to use BMI as a measure of population health?

**Ms. Twells:** Well, thinking back, was it the early 1900s? BMI was developed by Ancel Keys. The measure has been around for quite a long time. It's been batted around with other things, like waist-to-hip ratio and weight in kilograms divided by meters cubed trying to get an estimate of weight while adjusting for height. It's used globally and is a measure we all understand. There are some differences in ethnicity cutoffs, which show you there is still debate.

For example, in Asian populations, the BMI cutoff of obesity is 27 or 25 because they have a predisposition to more body fat, which increases their health risk earlier. There is always some debate around the cutoffs. In Canada, an obese BMI was 27 about 10 or 15 years ago. That was actually increased a little while ago as well. It's not perfect, but it is a useful measure. It tells us what's happening in the population.

We can look at average BMIs across the population, as well. We know, for example, that in Canada 20 years ago an average population BMI was 22 and it's now more like 25 or 26. We're moving into the overweight BMI range. We're all getting bigger. That whole population distribution is shifting to the right. As Dr. Gotay said, it tells us a lot about what's happening, so it's good for surveillance.

**Senator Seidman:** Indeed, both of you talked about the fact that you're using population health data, so we're not talking about clinical data but about population health data, which is critical to understand. I guess I'd like to ask you about the possible built-in biases in interpreting population health data. There is no question that risks are involved — potential compounding issues, accuracy, biases, measurement issues and difficulties comparing. Could you give us some indication of what those potential problems are in using population health data to extrapolate?

**Ms. Gotay:** I guess maybe the biggest one that I deal with is the fact that the best and most comprehensive data we have are obtained by asking people questions about how much they weigh and how tall they are. We know right away from studies done that

**Mme Gotay :** Cette mesure est ce qu'elle est. Elle peut être reproduite de façon constante. Elle possède ce genre de validité, et elle peut être étudiée sur une certaine période. Toutefois, son talon d'Achille est peut-être son interprétation. Je pense qu'en tant qu'indication de l'état des populations et de moyen de comparer notre situation avec celle d'autres pays du monde entier, cette mesure n'est pas trop médiocre.

**La sénatrice Seidman :** En fait, si nous pouvions simplement finir de discuter de la question de l'IMC, je vous poserais quelques questions à ce sujet. Quand avons-nous commencé à utiliser l'IMC pour évaluer la santé de la population?

**Mme Twells :** Eh bien, en y réfléchissant bien, je crois que c'était au début des années 1900? L'IMC a été conçu par Ancel Keys. La mesure existe depuis longtemps. Elle a fait l'objet de discussions, comme d'autres mesures, telles que le rapport taille-hanches et le poids en kilogrammes divisé par des mètres cubes pour tenter d'obtenir une estimation du poids en fonction de la taille. L'IMC est utilisé à l'échelle mondiale, et c'est une mesure que tous comprennent bien. Toutefois, certains seuils d'obésité varient selon l'ethnicité, ce qui prouve que la mesure fait toujours l'objet de débats.

Par exemple, le seuil d'obésité de l'IMC pour les populations asiatiques s'élève à 27 ou 25, parce que les Asiatiques sont plus enclins à accumuler des graisses corporelles, lesquelles accroissent plus tôt leur risque de maladies. Les seuils font toujours l'objet de débats. Au Canada, le seuil d'obésité de l'IMC s'élevait à 27 il y a environ 10 à 15 ans. Ce seuil a également été haussé il y a quelque temps. La mesure n'est pas parfaite, mais elle est utile. Elle nous indique ce qui se passe dans la population.

Nous pouvons aussi examiner les IMC moyens par rapport à l'ensemble de la population. Nous savons, par exemple, qu'il y a 20 ans l'IMC moyen de la population canadienne se chiffrait à 22. Aujourd'hui, il oscille plutôt entre 25 et 26. Notre IMC moyen est en train d'entrer dans la fourchette de l'embonpoint. Le poids de tous les Canadiens augmente. La distribution de l'ensemble de la population se déplace vers la droite. Comme Mme Gotay l'a indiqué, l'IMC nous en dit long sur l'évolution de la situation.

**La sénatrice Seidman :** En effet, vous avez toutes deux mentionné le fait que vous utilisiez des données sur la santé de la population. Par conséquent, nous ne parlons pas de données cliniques, mais plutôt des données sur la santé de la population, ce qu'il est essentiel de comprendre. Je suppose que j'aimerais vous demander quelles distorsions l'interprétation des données sur la santé de la population pourrait entraîner. Il ne fait aucun doute qu'elle comporte des risques — des problèmes éventuels d'accentuation, d'exactitude, de distorsion, de mesure et de comparaison des résultats. Pourriez-vous nous donner une idée des problèmes que pourrait entraîner l'utilisation des données sur la santé de la population à des fins d'extrapolation?

**Mme Gotay :** Je suppose que le problème le plus important avec lequel je dois composer, c'est peut-être le fait que les données les plus détaillées que nous possédons sont obtenues en interrogeant les gens à propos de leur poids et de leur taille.

women tend to underestimate their weight and men tend to overestimate their height, which means that everybody is underestimating their BMI a bit. Those are biases. Health Canada and other people around the world have done a very nice job of identifying those biases by having measured data compared to self-report data. That's why when I report I adjust according to what Health Canada recommends. That bias can be adjusted to some degree.

The BMI does not suit certain people, who have a musculature of a certain range. As you pointed out, ethnically it may not be perfect. Those are biases that affect the interpretation.

I would not generalize what I would be looking at to non-population health applications either, because, as Dr. Twells said, in a clinical situation you're talking a completely different ball game.

**Senator Seidman:** You can't make any causal statements about population health data. Is that correct?

**Ms. Twells:** I think you probably can — you mean just body mass index and health risk. We know the epidemics of diabetes and obesity and the chronic disease sort of epidemics. They're all occurring at the same time.

**Senator Seidman:** They're correlations. They're not causal relationships.

**Ms. Twells:** In terms of clinical data, for example, I can speak quite clearly to this in terms of bariatric surgery patients. When patients come in with BMIs of 40 or 45 with five or six comorbid conditions, such as hypertension, high cholesterol, diabetes, within that first year of losing between 50 and 100 pounds, those conditions go away. There's no doubt that there's a clear link between high body weight and chronic comorbidities.

**Senator Seidman:** Okay. Can I just ask you something about the Fraser Institute and OECD? You're probably familiar with the reports they have put out recently. They clearly say in the Fraser report that measurements of overweight and obesity among Canadian population from Statistics Canada suggests that the contemporary Canadian situation largely lacks a negative or disconcerting trend. They say that among Canadian adults, there's been no statistically significant change in the rate of overweight using body mass index among the population between 2003 and 2012. Among Canadian adult males, it has stabilized or even begun to decrease. However, for females there's been a

D'après des études menées dans le passé, nous savons d'emblée que les femmes ont tendance à sous-estimer leur poids et que les hommes ont tendance à surestimer leur taille, ce qui veut dire que tous les gens sous-estiment légèrement leur IMC. Voilà certaines des distorsions observées. Santé Canada et d'autres personnes du monde entier ont fait un excellent travail de documentation de ces distorsions, en comparant les données déclarées aux données mesurées. C'est la raison pour laquelle, je rajuste les résultats en fonction des recommandations de Santé Canada avant de les rapporter. Cette distorsion peut être modifiée dans une certaine mesure.

Par ailleurs, l'IMC ne convient pas aux personnes qui possèdent une certaine musculature et, comme vous l'avez signalé, la mesure peut représenter imparfaitement certaines ethnies. Voilà les distorsions qui peuvent influencer sur l'interprétation.

Je n'étendrais pas non plus l'utilisation des mesures examinées à des applications non liées à la santé de la population, car, comme Dre Twells l'a indiqué, les choses se passent tout à fait différemment dans une situation clinique.

**La sénatrice Seidman :** Vous ne pouvez établir des liens de cause à effet à partir des données sur la santé de la population, n'est-ce pas?

**Mme Twells :** Je pense qu'on peut — vous voulez dire entre l'index de masse corporelle et les risques pour la santé. Nous sommes conscients de l'épidémie de diabète et d'obésité ainsi que de la quasi-épidémie de maladies chroniques. Elles surviennent toutes en même temps.

**La sénatrice Seidman :** Une corrélation existe entre elles, mais non des liens de cause à effet.

**Mme Twells :** En m'appuyant sur les données cliniques, par exemple, je peux parler très clairement des causes de la chirurgie bariatrique. Lorsque des patients se présentent avec un IMC de 40 ou 45 et 5 ou 6 affections concomitantes, comme l'hypertension, un taux de cholestérol élevé et le diabète, et qu'après avoir perdu de 50 à 100 livres dans l'année qui suit la chirurgie, ces affections disparaissent, il est aisé de tirer des conclusions. Il ne fait aucun doute qu'un lien évident existe entre un poids corporel élevé et des affections concomitantes chroniques.

**La sénatrice Seidman :** D'accord. Puis-je vous poser simplement une question à propos de l'Institut Fraser et de l'OCDE? Vous êtes probablement au courant des rapports qu'ils ont publiés récemment. Le rapport de l'Institut Fraser indique clairement que les mesures d'embonpoint et d'obésité, tirées des statistiques sur la population canadienne recueillies par Statistiques Canada, ne semblent révéler presque aucune tendance négative ou déconcertante dans la situation canadienne contemporaine. Le rapport indique que, de 2003 à 2012, le taux d'embonpoint de la population adulte canadienne, calculé à l'aide de l'indice de masse corporelle, n'a connu aucun

steady increase in the prevalence of obesity since 2003. For youth aged 12 to 17, the rates are largely unchanged between 2005 and 2012.

The OECD, by the way, puts forward a very similar statement that the rates have grown very modestly in Canada, Korea and Spain in the past years.

I guess I'm putting forward the same kind of confusion that Senator Eggleton put forward to you, that when you look at these issues, you're not certain how to understand the concept of a growing epidemic of obesity, which is what we keep hearing.

**Ms. Gotay:** I don't know what data they're using as I'm not familiar with that report so I can't speak to it; but it does not reflect what I've observed. Actually, on a population basis, even an increase of about 1 per cent is statistically significant, which is a term that they've used. When you have very large sample sizes, things become statistically significant; so I don't think that's completely accurate. The 12 to 17 age-group data are very confusing, because it's difficult to pull out overweight from obese in those data. I would suggest looking at obese would be more significant than overweight, but I have not been able to find any source that allows me to do that. So a couple of things in there raise questions for me.

It would be really interesting maybe to have a roundtable of everyone who has looked at these to see where there are differences. You have a table of data in your packet that we prepared for the last three years. You can see that there certainly isn't a trend going down in men or up in women. That's actually not what we observed in these data for the last three years, much less the last 10. I don't quite know what to say.

**The Chair:** Do her comments or quotes reflect your experience?

**Ms. Twells:** I'm not sure what data they're using, although I suspect it's Canada Health Survey data, because we don't have any other data in this country that you can use, but they're drawing different conclusions.

The rate of increase I would say has sort of slowed down, but doesn't mean there isn't an increase. The latest global report, one of which I have here, has said that in Canada there's still a rate of increase. It may have slowed down a bit, but it's still increasing.

changement statistiquement significatif. Le taux d'embonpoint des hommes canadiens d'âge adulte s'est stabilisé ou a même commencé à reculer. Cependant, la prévalence de l'obésité chez les femmes augmente constamment depuis 2003. En ce qui concerne les taux des jeunes de 12 à 17 ans, ils sont demeurés pratiquement inchangés de 2005 à 2012.

Soit dit en passant, l'OCDE affirme, de façon très semblable, que les taux ont augmenté très modestement au Canada, en Corée et en Espagne au cours des dernières années.

Je suppose que je vous fais part du même genre de confusion que celle manifestée par le sénateur Eggleton. En effet, lorsqu'on examine ces enjeux, on ignore comment interpréter le concept d'épidémie croissante d'obésité, dont on ne cesse d'entendre parler.

**Mme Gotay :** Je ne sais pas quelles données ils utilisent, étant donné que ce rapport ne m'est pas connu. Je ne peux donc pas en parler. Cependant, il ne rend pas compte des faits que j'ai observés. En fait, une augmentation d'un point de pourcentage de la population est statistiquement significative, une expression à laquelle ils ont fait allusion. Lorsque la taille des échantillons est énorme, toute fluctuation devient statistiquement significative. Par conséquent, je ne crois pas que leurs conclusions soient complètement exactes. La fourchette d'âges de 12 à 17 ans est très déroutante parce qu'il est difficile de distinguer les cas d'embonpoint des cas d'obésité dans ces données. Je soutiens que l'examen des données liées à l'obésité serait plus significatif que celui des données liées à l'embonpoint, mais je n'ai pas été en mesure de trouver des sources de données qui me permettent d'établir cette distinction. Par conséquent, certaines affirmations dans ces rapports m'amènent à me poser des questions.

Il serait probablement très intéressant de rassembler autour d'une même table tous ceux et celles qui étudient ces concepts pour en établir les différences. Il y a un tableau de données dans votre documentation, que nous avons préparé et qui présente les données des trois dernières années. On peut constater qu'il n'y a clairement pas de tendance à la baisse chez les hommes ou à la hausse chez les femmes. Ce n'est pas ce que nous observons dans les données des trois dernières années, encore moins des dix dernières. Je ne sais pas vraiment quoi vous dire.

**Le président :** Est-ce que ses observations correspondent à ce que vous avez observé aussi?

**Mme Twells :** Je ne sais pas trop quelles données ils utilisent, mais je présume qu'elles viennent de l'enquête de Santé Canada, parce qu'il n'y a pas d'autres données qu'on puisse utiliser au Canada, sauf qu'ils en tirent des conclusions différentes.

Je dirais que l'augmentation ralentit un peu, mais cela ne signifie pas qu'il n'y en a pas. Selon le dernier rapport mondial, que j'ai ici, les taux du Canada seraient toujours à la hausse. Ils montent peut-être un peu moins vite qu'avant, mais ils continuent de monter.



In terms of men and women, men tend to be more overweight and women tend to be more obese, but when you look at overweight you have to be a little bit careful. In the graph that's in your packet as well, you also have to understand that people move through these categories. Overweight looks like it never changes, but the prevalence of normal weight in this country is going down. People move into overweight and then they move on to the next category. There are some very good statistics that show the movement through our longitudinal data, which is one thing that is important to keep up. I know they're reducing that, but it's actually following people through the life cycle.

We know quite clearly that less than 10 per cent of people, once they reach overweight, ever go back to normal weight in terms of adults, but people move through the categories. So, if you're overweight you move into obese Class I, and then Class II and III. So the overweight looks like it's not moving, but it's the category that people come through.

The overweight category is probably the largest predictor for them becoming obese, so it depends how you interpret the data, I suspect.

We've seen the biggest increases in the last 10 years. The rate might be slowing down, but it's still increasing and is of concern just because of the number of people that are obese.

**Senator Stewart Olsen:** Thank you for your presentations. They're just adding to my overall saying that I don't know what's going on here, but you made one interesting statement. You said that the real increase in female overweight rates happened quite some time ago and has levelled off a bit now. So what was the cause? What did people attribute as the cause to that big increase at that time? My question is that right now we're citing a whole bunch of things, like more processed foods, et cetera, whereas I don't know if they were available at that first stage. Do you have any data on what would have caused the big increase at first?

**Ms. Gotay:** I did put that in my written remarks with some trepidation.

**Senator Stewart Olsen:** It gave me hope.

**Ms. Gotay:** In 1977, the U.S. released new guidelines for low-fat foods, citing that fat was a significant concern, and I think that resulted in changes in the food industry and low fat. It really was low-fat food, but the problem was that it was high in carbohydrates. That may have been part of what went on to have that spike as those regulations and new food formulations came into effect.

Pour ce qui est des différences entre les hommes et les femmes, les hommes ont surtout tendance à faire de l'embonpoint, alors que les femmes ont tendance à être obèses, mais si l'on regarde de plus près les chiffres sur l'embonpoint, il faut faire attention. Quand on regarde le graphique qui se trouve dans la documentation, il faut comprendre que les gens passent d'une catégorie à l'autre. Le taux d'embonpoint n'a pas l'air de changer, mais la prévalence du poids normal au pays est à la baisse. Les gens entrent dans la catégorie de l'embonpoint, puis ils passent à la catégorie suivante. Il y a d'excellentes statistiques qui illustrent ce mouvement dans nos données longitudinales, et c'est important de suivre cette tendance. Je sais qu'on le fait de moins en moins, mais il faut suivre les gens pendant tout le cycle de vie.

Nous savons assez clairement que moins de 10 p. 100 des adultes qui commencent à faire de l'embonpoint retrouvent éventuellement un poids normal et que les gens changent plutôt de catégorie. Du coup, une personne qui fait de l'embonpoint passera à la catégorie d'obésité I puis à la catégorie II et III. Il ne semble donc pas y avoir de changement dans la catégorie de l'embonpoint, mais c'est la catégorie d'entrée.

L'embonpoint est probablement le plus fort indicateur d'obésité futur, donc je présume que tout dépend de la façon d'interpréter les données.

Nous avons observé les augmentations les plus fortes au cours des 10 dernières années. Les taux n'augmentent peut-être plus aussi vite aujourd'hui, mais ils continuent tout de même d'augmenter, ce qui est préoccupant compte tenu du nombre de personnes obèses.

**La sénatrice Stewart Olsen :** Je vous remercie de vos exposés. Ils ne font que renforcer mon impression de ne pas vraiment comprendre ce qui se passe, mais vous avez fait une affirmation intéressante. Vous avez dit que la véritable augmentation du taux des femmes souffrant d'embonpoint a eu lieu il y a déjà quelque temps, puis qu'il s'est un peu stabilisé. Quelle en était la cause? À quoi avait-on attribué cette forte augmentation à l'époque? On évoque aujourd'hui toutes sortes de facteurs, comme la popularité grandissante des aliments transformés, mais je ne sais pas s'il y en avait déjà autant lorsque les taux se sont mis à grimper. Avez-vous des données sur ce qui aurait causé cette forte augmentation au départ?

**Mme Gotay :** J'étais un peu inquiète lorsque j'ai écrit ce passage dans mon mémoire.

**La sénatrice Stewart Olsen :** Il m'a donné de l'espoir.

**Mme Gotay :** En 1977, les États-Unis ont publié de nouvelles lignes directrices sur les aliments faibles en gras parce que le gras était jugé très nocif, et je pense que cela a engendré toutes sortes de changements dans l'industrie alimentaire et le secteur des aliments faibles en gras. On préconisait vraiment des aliments faibles en gras, mais le problème, c'est qu'ils étaient riches en glucides. Cela explique peut-être en partie la forte hausse qui a suivi l'entrée en vigueur de ces règlements et l'arrivée de ces nouvelles formulations alimentaires.

It seems since that time people have re-examined some of the evidence that led to those recommendations and it wasn't as strong as had been thought at the time. You're asking me to go out on a limb and I'm not comfortable being there, but it may have been the implementation of new food formulations that had an immediate effect and it has kept on going since that time, but I don't know about that.

**Ms. Twells:** I think you're right. One of the things we need to keep putting in context is that the rates of obesity started to increase globally almost at exactly the same time, through the 1970s and 1980s. We can't look at any one country or any one place. It was a global issue and, if you read the reports written about global drivers — and there was a nice series done in *The Lancet* a couple of years ago — there is more and more pointing to the global food supply, whether it's access and affordability, processed foods, high-calorie-but-low-nutrient foods.

The availability of food just kind of skyrocketed. That is one thing going on, as well as the other issue around low fat, which has really come up against major debate now. There are a number of papers and scientists looking back at that research saying it was all related to high fat causing cardiovascular events, but the more they have looked at that data, in fact, that wasn't true. So it was a whole move in the global food industry that moved to low fat and that's hard to get out of people's psyche.

Supermarkets are still full of low-fat/high-calorie foods. We took fat out of the diet and put in carbohydrates, primarily sugar. The sugar debate is a big one right now as to whether that is helping people gain weight quite easily. It's not that we're eating more food, but we're eating a different composition of food.

**Senator Stewart Olsen:** You understand my trepidation. This is the latest thing that we're saying is bad for you, and 10 years down the road I wonder what that will be.

I have one short question on the bariatric surgery. It's really kind of new to have this number of bariatric surgeries, but do you have any data as to the success rates of the surgery versus other lifestyle change?

**Ms. Twells:** When it comes to surgery for the treatment of morbid obesity versus anything else, there is nothing else. I can provide you with a lot of data. In Canada, as you can see from the numbers, they're just picking up. In other countries, bariatric surgery has been around quite a long time. Certainly in the Scandinavian countries it has been 20 or 30 years and in the U.S. a lot longer as well.

Il semble depuis qu'on ait révisé les données qui avaient mené à ces recommandations et qu'elles n'étaient pas aussi fortes qu'on le croyait à l'époque. Vous me demandez ici d'oser me prononcer, et je ne suis pas à l'aise de le faire, mais il se pourrait que les nouvelles formulations alimentaires offertes à l'époque aient eu un effet immédiat qui se fasse encore ressentir depuis, je ne sais pas.

**Mme Twells :** Je pense que vous avez raison. Il faut mettre en contexte le fait que les taux d'obésité ont commencé à augmenter un peu partout dans le monde presque exactement à la même époque, pendant les années 1970 et 1980. On ne peut pas pointer du doigt un seul pays ou un seul endroit. Dès le début, cela a été un enjeu mondial, et si on lit les articles qui ont été écrits sur les causes de ce problème dans le monde — et il y a une très belle série d'articles qui a été publiée dans *The Lancet* il y a quelques années —, les chercheurs sont de plus en plus nombreux à mentionner l'approvisionnement alimentaire mondial, soit l'accès et l'abordabilité, les aliments transformés, les aliments à forte teneur en calories mais à faible teneur en nutriments.

La disponibilité alimentaire a atteint des sommets. C'est l'un des facteurs, et il y a aussi toute la question des aliments faibles en gras, qui fait actuellement l'objet d'un énorme débat. Il y a beaucoup d'articles et de scientifiques qui analysent les recherches selon lesquelles les incidents cardiovasculaires seraient directement causés par le gras, et on se rend compte en y regardant de plus près que ce n'est pas vrai. Il y a donc eu tout un mouvement dans l'industrie alimentaire mondiale en faveur des aliments faibles en gras, et il est difficile de sortir cette rhétorique de l'esprit des gens.

Les épiceries présentent encore aujourd'hui une foule d'aliments très caloriques à faible teneur en gras. Nous avons éliminé le gras de notre alimentation pour le remplacer par des glucides, principalement par du sucre. On parle beaucoup du sucre en ce moment et l'on se demande s'il contribue beaucoup à la prise de poids. Ce n'est pas que nous mangeons plus, mais les aliments que nous mangeons n'ont pas la même composition qu'avant.

**La sénatrice Stewart Olsen :** Vous comprenez mon inquiétude. C'est l'aliment à proscrire du jour, mais je me demande quel sera l'aliment à proscrire dans 10 ans.

J'ai une petite question à vous poser sur la chirurgie bariatrique. C'est assez nouveau qu'il y ait autant de chirurgies bariatriques, mais avez-vous des données sur le taux de succès de la chirurgie par rapport à celui d'un changement de mode de vie?

**Mme Twells :** Pour le traitement de l'obésité morbide, c'est la chirurgie ou rien. Je peux vous fournir beaucoup de données. Au Canada, vous pouvez voir que les chiffres ne cessent d'augmenter. Dans d'autres pays, la chirurgie bariatrique existe depuis longtemps. Dans les pays scandinaves, en tout cas, on la pratique depuis 20 ou 30 ans, et on la pratique depuis bien plus longtemps aux États-Unis.

But in terms of being able to lose weight with the surgery and then not gain weight back, with lifestyle and intervention, most people — again you'd only be talking about 5 to 10 per cent of the population — might lose 5 to 10 per cent of their body weight or 3 to 5 kilos, and most will gain even that back, apart from maybe one in 20.

With bariatric surgery, you will be losing 30 per cent of your body weight, so 100 pounds in a year would be quite normal, and even with some of that weight regained, you are still averaging out at 70 or 80 pounds lost after surgery, if not more. The weight loss is not comparable. This particular group of patients is one that I feel quite strongly about and advocate for because this is a group of patients that needs to be treated.

We also have to understand that we're not necessarily going to decrease the prevalence of obesity by treating these patients, but we will reduce the burden on the health system substantially because this is the group of patients accessing the system a lot more than even a regular obese population.

**Senator Enverga:** Thank you for the presentations. I'm looking at all the statistics and graphs, and it looks like there's not much difference from your stats on this one. I can see that in B.C. there are fewer and then if you go to New Brunswick or the Maritimes, there are more obese people.

I was just thinking, and perhaps you might have considered this, could it be that the people have just naturally adjusted to the cold weather? Maybe it's a climate change that's causing these things? The colder it is, the more fat you need to make it hotter for you. Don't you think it could be one of the causes? Have we evolved into a different kind of person as we grow? It doesn't grow that much, but if we look at the demographics and the geographical location, would it be something that we could look into?

**Ms. Gotay:** I think many people believe we are in a climate of global warming, which would work opposite to your hypothesis if that was the case. I don't know how that fits in. The problem is we're seeing increased diseases as well. It's not something that's adaptive and healthy. It's not that people in Newfoundland are doing really well even though they're larger. There are higher rates of all cancers and many other health conditions. I don't think from the health perspective it's something that's adaptive and healthy.

**Ms. Twells:** No. That's one of the things I'd like to understand because, in a country that prides itself on being a developed country, having such large regional variations is a bit concerning. There hasn't been a lot of research done on the interprovincial variations, which is something I think would be useful to do. There's quite a difference in the make-up of the ethnicity. Newfoundland is 99.9 per cent White Caucasian. So we don't have a large mix of ethnicities, which can be less likely predisposed to obesity.

Mais pour ce qui est de perdre du poids avec la chirurgie et de ne pas le reprendre, grâce à un changement de mode de vie et à diverses interventions, la plupart des gens — et encore une fois on ne parle que d'environ 5 à 10 p. 100 de la population — perdront peut-être 5 à 10 p. 100 de leur masse corporelle ou de 3 à 5 kilos, mais vont les reprendre, sauf peut-être 1 personne sur 20.

Avec la chirurgie bariatrique, la personne perdra 30 p. 100 de sa masse corporelle, si bien qu'il serait assez normal qu'elle perde 100 livres en un an, et même si elle reprend un peu de poids ensuite, elle maintiendra en moyenne une perte de poids de 70 ou 80 livres, sinon plus, après la chirurgie. La perte de poids n'est donc pas comparable. J'ai beaucoup d'empathie pour ce groupe de patients en particulier et je revendique leur accès à la chirurgie parce que ce groupe de patients doit être traité.

Il faut aussi comprendre qu'on ne va pas nécessairement faire diminuer la prévalence de l'obésité en traitant ces patients, mais qu'on va réduire beaucoup le fardeau qu'ils représentent pour le système de santé parce que ce groupe de patients nécessite beaucoup plus de soins que même une population obèse ordinaire.

**Le sénateur Enverga :** Je vous remercie de ces exposés. Je regarde toutes ces statistiques et ces graphiques, et ils ne me semblent pas très différents de vos propres statistiques sur le sujet. Je peux voir qu'il y a moins de personnes obèses en Colombie-Britannique qu'au Nouveau-Brunswick ou dans les Maritimes.

Je me pose une question, et vous vous l'êtes peut-être posée vous aussi : se pourrait-il que les gens se soient naturellement adaptés au froid? Il y a peut-être un changement climatique qui cause le phénomène? Plus il fait froid, plus le corps a besoin de gras pour se réchauffer. Ne croyez-vous pas que ce pourrait être l'une des causes? Avons-nous évolué avec le temps? La différence n'est peut-être pas énorme, mais si l'on analyse les données démographiques à la lumière des données géographiques, y aurait-il des corrélations à faire?

**Mme Gotay :** Je pense qu'il y a beaucoup de gens qui croient que nous vivons un réchauffement climatique mondial, ce qui irait à l'encontre de votre hypothèse. Je ne vois pas trop le lien. Le problème, c'est qu'on observe aussi une prévalence accrue de maladies. Ce n'est pas un signe d'adaptation et de santé. Ce n'est pas comme si les gens de Terre-Neuve se portaient très bien, même s'ils sont plus gros. Les taux de tous les cancers et de beaucoup d'autres problèmes de santé ont augmenté. Je ne crois pas que cela témoigne d'une adaptation et de la santé de la population.

**Mme Twells :** Non. C'est une chose que j'aimerais comprendre parce qu'il est un peu consternant qu'il y ait de telles variations d'une région à l'autre dans un pays qui s'enorgueillit d'être un pays développé. Il n'y a pas beaucoup de recherches effectuées sur les écarts entre les provinces, et je pense qu'il serait utile de les étudier. Il y a des différences notables dans la composition ethnique. À Terre-Neuve, la population est d'origine blanche caucasienne à 99,9 p. 100. Il n'y a donc pas de grande diversité ethnique là-bas, alors que la diversité peut faire diminuer la prédisposition à l'obésité.

There are cultural differences. There are differences between rural and urban regions as well, as rural regions tend to have higher rates of obesity versus the urban areas in Newfoundland.

But even that is all questionable. It's not clear why even in a country you have those big variations, but then again, even comparing Canada to the U.S. and the U.K. in places, there are differences as well. I don't think we really understand why, whether there's some genetic predisposition, which could be possible.

**Senator Enverga:** Talking about ethnicity, many provinces get a lot of immigrants. I'm wondering if you considered ethnicity. Some people are a little bit wider. Some people are not as wide. Have you considered that in your statistics?

**Ms. Gotay:** It would be wonderful if part of our national data collection exercises included ethnicity as part of a data element. It's hardly ever collected. It really ties our hands to examine questions like that. There are some special studies in some areas with regional variations, but ethnicity is simply not one of the things that's collected in virtually any data set, including the tumour registry, which is something I work with, which really impedes our progress to understand some of the causes of cancer. It would be a wonderful idea, but it would mean a change in how we collect data in Canada.

**Senator Merchant:** In much of what we study here, we point out education as one tool to help us make advances. It seems to me that there's a plethora of information. Every magazine you pick up says something about dieting. The newspapers have people who are concerned with food. There are articles everywhere. The television is constantly about diets. I'm not sure what sort of education we are talking about when we are talking about obesity. What kind of thing can we do? Every container has information about calories on it. Restaurants have introduced menus with reduced calories. You're experts in this. What kind of education do we talk about?

**Ms. Gotay:** Education is just one piece. I think that's part of the whole puzzle, but it's not going to do it by itself. You're getting, on one hand, advertisements about diet and, on the other hand, advertisements about the best new doughnuts out there. We are bombarded with conflicting pieces of information and I think it's hard to sort those things out.

People have sometimes so much information they don't know what to do with it. A lot of the labels on the side, I agree, are there, but they aren't necessarily expressed in terms you can understand. With serving size, when I try to figure out the calories

Il y a des différences culturelles. Il y a aussi des différences entre les régions rurales et urbaines, puisque les taux d'obésité sont généralement plus élevés en région rurale qu'en région urbaine à Terre-Neuve.

Mais même cela, c'est discutable. Pourquoi y aurait-il de si grandes variations à l'intérieur d'un même pays, ce n'est pas clair; même quand on compare le Canada aux États-Unis et au Royaume-Uni, il y a des différences. Je ne crois pas qu'on comprenne vraiment pourquoi, s'il y a des prédispositions génétiques, ce qui serait possible.

**Le sénateur Enverga :** Au sujet de l'ethnicité, beaucoup de provinces accueillent beaucoup d'immigrants. Je me demande si vous avez étudié l'ethnicité. Certaines personnes sont un peu plus grasses. D'autres le sont moins. En tenez-vous compte dans vos statistiques?

**Mme Gotay :** Il serait fantastique de recueillir des renseignements sur l'ethnicité dans nos exercices de collecte de données nationales. On n'en prélève pratiquement jamais. Cela nous empêche totalement de nous pencher sur ce genre de questions. Il y a quelques études spéciales dans certaines régions où il y a des variations régionales, mais les caractéristiques ethniques ne font tout simplement pas partie des données habituellement recueillies, même pour le registre sur les tumeurs, avec lequel je travaille, et cela nous empêche vraiment d'avancer dans nos efforts pour comprendre les causes du cancer. Ce serait une super idée, mais il faudrait alors changer notre façon de recueillir des données au Canada.

**La sénatrice Merchant :** Pour une grande partie des enjeux étudiés ici, on cite l'éducation comme outil d'avancement. Il me semble pourtant y avoir une multitude de renseignements disponibles. À peu près tous les magazines présentent de l'information sur les régimes amaigrissants. Les journaux publient des textes sur l'alimentation. Il y a des articles de ce genre partout. On parle constamment des régimes alimentaires à la télévision. Je ne sais pas trop de quel genre d'éducation on parle lorsqu'on parle d'obésité. Qu'est-ce qu'on peut faire? Tous les emballages présentent des renseignements sur les calories. Les restaurants commencent à présenter des menus à calories réduites. C'est vous, les expertes. De quel genre d'éducation parlons-nous?

**Mme Gotay :** L'éducation n'est qu'un élément. Je pense que ce n'est qu'un morceau du casse-tête, mais que ce n'est pas le seul. Il y a d'une part toute la publicité sur les régimes, mais d'autre part, toutes les publicités sur les meilleurs beignes possible. Nous sommes bombardés de renseignements contradictoires, et je pense qu'il est difficile d'y voir clair.

Les gens ont parfois tellement d'information qu'ils ne savent plus trop où donner de la tête. Je suis d'accord avec vous, il y a beaucoup d'information sur les étiquettes, mais elle n'est pas nécessairement présentée de façon compréhensible. Prenons

in a bag of chips, it turns out it's like one and two thirds servings, or something like that. How many chips is that? I don't think it's communicated as clearly as it could be.

Health literacy is not super-high in our population. I don't know that people necessarily understand as much as they might. Maybe it needs to start at an early age and continue throughout our lives.

**Ms. Twells:** I'd agree, actually. Years ago, there would have been much less choice. We both have children. You can't get more educated than us. We find these things difficult. Certainly, marketing to children, fruit roll-ups and things that call themselves 100 per cent juice and this and that, if you look at the ingredients you can't pronounce any of them because they're all chemicals. This is what kids are eating and they're bringing to school.

The education piece is difficult. I think the health literacy piece is going to be a challenge. Labelling the calories is a simple one, and there has been some evidence and research to show that when people go in and see the calories, they still eat out, but they're making different choices. You always used to purchase some sort of pasta. You didn't know how many calories it had. You find out it has 1200, then you see a different one that has less; you're actually more likely to choose the one that has less. It's not stopping people from going out, but they're making informed choices.

There's also talk about a walkability index, which seems to have a little bit less success and a bit of debate. Instead of calories on a menu, it tells you how long you would have to walk to actually burn off what you've just eaten. Of course, as most people know, to burn off 1,000 calories you would have to walk 10 miles. You're probably thinking that's not going to happen.

These are some of the experiments that we're now working with, how to educate people, but the whole population, not just the super-educated. Everybody needs to be able to understand. These are the experiments that we're now running with the labelling, the traffic light system, and there might be something better.

**Senator Merchant:** On the other hand, who is in charge of managing a person? Is it your family doctor who suddenly tells you that you need to do a variety of things? Are doctors educated in our medical schools in a manner that gives a lot of emphasis to this one very concerning epidemic? Are there many other changes that we need to make?

l'exemple de la taille d'une portion, si j'essaie de comprendre combien il y a de calories dans un sac de croustilles, il se trouve qu'il en contient une portion et deux tiers, quelque chose du genre. À combien de croustilles cela correspond-il? Je ne pense pas que l'information soit communiquée le plus clairement possible.

La littératie en santé n'est pas très élevée dans notre population. Je ne suis pas sûre que les gens comprennent nécessairement tout ce qu'ils devraient. Il faudrait peut-être commencer l'éducation à un très jeune âge et continuer toute la vie durant.

**Mme Twells :** Je suis d'accord. Il y a des années, il y avait beaucoup moins de choix. Nous avons toutes les deux des enfants. Il n'y a pas plus instruites que nous. Nous trouvons pourtant cela difficile. Il y a toute la commercialisation destinée aux enfants, les rouleaux aux fruits et tous les produits qu'on présente comme composés à 100 p. 100 de jus de fruits, par exemple, puis si on regarde la liste des ingrédients, il n'y en pas un qu'on arrive à prononcer parce que ce sont tous des produits chimiques. C'est ce que les jeunes mangent et apportent à l'école.

L'éducation n'est pas chose facile. Je pense que la littératie en santé va constituer tout un défi. Il est assez simple d'inscrire le nombre de calories sur les étiquettes, mais il y a des études qui montrent que lorsque les gens regardent combien il y a de calories dans un aliment, ils mangent quand même, mais ils font des choix différents. Si une personne a toujours acheté la même sorte de pâtes, qu'elle ne sait pas combien de calories elles contiennent et qu'elle se rend compte qu'elles en contiennent 1 200, puis qu'elle voit qu'il y a une autre sorte de pâtes qui en contient moins, elle pourrait être plus susceptible de choisir la boîte qui en contient le moins. Cela n'empêche pas les gens de sortir, mais ils font des choix éclairés.

Il y a ensuite l'indice du potentiel de marche, qui semble connaître un succès moindre et mitigé. Plutôt que d'associer un nombre de calories à un repas, on vous dira combien de temps vous devez marcher pour dépenser toute l'énergie que vous venez d'ingurgiter. Bien sûr, comme la plupart des gens le savent, pour brûler 1 000 calories, il faut marcher six kilomètres. Vous vous dites probablement que cela n'arrivera pas.

C'est le genre d'expérience qui se fait en ce moment. Nous nous demandons comment sensibiliser les gens, toute la population et non seulement les gens ultra-éduqués. Tout le monde doit pouvoir comprendre. C'est le genre d'expérience qu'on fait en ce moment avec l'étiquetage, le système des feux de circulation, et il pourrait y avoir quelque chose de mieux.

**La sénatrice Merchant :** En même temps, à qui incombe la responsabilité de gérer une personne? Est-ce le médecin de famille qui est responsable et qui viendra vous dire que vous devez faire ceci ou cela? Les médecins sont-ils formés, dans les écoles de médecine, de manière à accorder beaucoup d'importance à cette épidémie inquiétante? Y a-t-il beaucoup d'autres changements que nous devrions apporter?

When do you start? How do you start out? How can we help people, not just with labels, but even professionals? How can we channel people in a manner that they know that they need to go and get some help, and where do they go?

**Ms. Gotay:** I don't think physicians get a lot of information about this in training, and they don't get a lot of reinforcement in payment for doing this kind of work as part of their everyday activity. Some do it anyway because they think it's very important. If I had to pick one thing they need to focus on, it would be smoking. If they can only do one thing, talk about smoking with their patient, but obesity would probably be following soon after.

Probably you need to have a health care team. There need to be the nurses and the other people who are part of that team. This can't all rest on the physician's shoulders, because they simply don't have the time. But I do think our health care system is not oriented toward prevention and lifestyle modification as much as it is treating a disease or injury.

I completely am in favour of what you say, but I think it would take a reorientation of the way we think about health care to make it really health care as opposed to illness care.

**The Chair:** We have to get real here. Getting access to a family physician for a serious problem is not easy in much of this country. The idea that they're going to manage your lifestyle is beyond belief at this point. This concept of turning the health care from treatment to prevention is a bigger ship than a continent. I think we have to keep those things in perspective as we look at realistic possibilities.

**Senator Raine:** Thank you very much for your presentations.

Honourable chairman, I have to say that what you just said is kind of like throwing in the towel.

**The Chair:** It happens to be the truth.

**Senator Raine:** It happens to be the truth. I agree; this is probably not a job for the doctors. But in our health care system, who should be doing this? If somebody doesn't do this prevention-type of lifestyle counselling, it will just keep getting worse.

That would be my first question. What is the difference between British Columbia and Newfoundland in terms of how health care prevention, perhaps, is being delivered, where there are some differences being shown?

**Ms. Gotay:** I'm not sure that it's about health care. The differences between British Columbia and Newfoundland have been around for quite a long time and have something to do with

Quand commencer? Par quoi commencer? Comment peut-on aider les gens, pas seulement avec les étiquettes, mais même les professionnels? Comment peut-on orienter les gens de manière à ce qu'ils sachent qu'ils doivent aller chercher de l'aide et où aller en chercher?

**Mme Gotay :** Je ne crois pas que les médecins reçoivent beaucoup d'information à ce sujet pendant leur formation, et ils ne sont pas vraiment récompensés financièrement pour ce genre de travail dans le cadre de leurs activités quotidiennes. Certains le font quand même parce qu'ils l'estiment important. Si je devais cibler un seul élément sur lequel ils devraient mettre l'accent, ce serait l'usage de la cigarette. S'il n'y avait qu'une chose qu'ils pourraient faire, ce serait de parler du tabagisme avec leurs patients, mais l'obésité suivrait probablement de près en ordre d'importance.

Il faut probablement une équipe de soins de santé. Il doit y avoir des infirmières et d'autres professionnels au sein de cette équipe. Tout ne peut pas dépendre que du médecin, parce que les médecins n'ont tout simplement pas le temps. Cela dit, je pense que notre système de santé n'est pas axé sur la prévention et le changement de mode de vie autant que sur le traitement des maladies ou des blessures.

Je suis totalement en faveur de ce que vous dites, mais je pense qu'il faudrait pour cela revoir toute la façon dont nous concevons les soins de santé, pour en faire véritablement des soins de santé plutôt que des soins de maladie.

**Le président :** Il ne faut pas se leurrer non plus. Dans la plupart des régions du pays, il est difficile d'avoir accès à un médecin de famille pour un problème grave. Il est très improbable dans l'état actuel des choses de penser que le médecin va gérer le style de vie de la personne. L'idée d'axer les soins de santé sur la prévention plutôt que sur le traitement représente une tâche gargantuesque. Je pense qu'il faut garder les choses en perspective et envisager des possibilités réalistes.

**La sénatrice Raine :** Je vous remercie beaucoup de vos témoignages.

Honorable président, je dois vous dire que ce que vous venez de dire revient à jeter la serviette.

**Le président :** Il se trouve que c'est la vérité.

**La sénatrice Raine :** Il se trouve que c'est la vérité. Je suis d'accord : ce n'est probablement pas du ressort des médecins. Mais dans notre système de santé, qui devrait s'en occuper? Si personne n'offre de conseils sur le style de vie en prévention, les choses ne vont qu'empirer.

C'est l'objet de ma première question. Qu'est-ce qui distingue la Colombie-Britannique de Terre-Neuve pour ce qui est de la prévention en matière de santé, où les différences s'observent-elles?

**Mme Gotay :** Je ne suis pas certaine que ce soit le système de santé qui est en jeu. Il y a des différences entre la Colombie-Britannique et Terre-Neuve depuis longtemps, et cela dépend

people who choose to live in these environments as well. People move to British Columbia who want to climb mountains and ski and good stuff like that. I think there is some choice for people who are already more interested in a healthy lifestyle to locate in British Columbia.

Health care system-wise, of course, there are differences between B.C. and other places, but I'm not sure that the emphasis on prevention has been at the front and centre of what's done. They go together, though — non-smoking, physical activity, people who like to bike, bike lanes and all of those kinds of things together create the atmosphere. I've been to Newfoundland and thought it was wonderful, but I can't speak to what Newfoundland's health care system might have.

**Ms. Twells:** I'm sure they're not that different in terms of access. I don't think any of our system is oriented towards prevention, as many of us know, especially in a fee-for-service physician model. There's not time. Certainly, some initiatives are under way to get physicians to buy into starting the conversation — even, for example, going through a sort of process of asking a patient whether they'd like to talk about their weight and then weighing them. Sometimes that can be a wake-up call. There has been research to show that people who have gained weight over time don't realize they've gained that much weight. Sometimes a wake-up call says, "I need to get back to what I was doing;" or "I've stopped doing what I was doing and I need to start again." That can be helpful.

I half agree in the sense that the health care system cannot look after 60 per cent to 70 per cent of the population — it's just not feasible — in terms of overweight and obesity. Other things have to come forward in terms of government intervention, policy, programs and initiatives.

I live in Newfoundland. It's an active place; so it's a mystery. There are as many people outdoors doing things in Newfoundland as in many other provinces. Again, the idea that you think that potentially people who have higher rates aren't doing anything is probably a myth. Often how we see obese patients is that they're not actually doing anything. In fact, that's not true.

Again, it's hard to know. Some of it may be cultural. Some of it is based on a resource-based economy, such as fishing and farming, and pulp and paper, where people traditionally probably eat more and could eat more. Some of it is access to activities.

You often talk about winters and cold, but Australia has some of the highest rates of obesity in the world as well; and they have a fabulous climate. What's going on there?

Again, I don't think there are simple answers to what's happening in the differences.

aussi du type de personnes qui choisissent de vivre dans ces environnements. Les gens qui déménagent en Colombie-Britannique veulent conquérir des montagnes, faire du ski et toutes sortes de bonnes choses du genre. Je pense qu'il y a là du choix pour les gens déjà attirés par un mode vie sain, qui peut les inciter à s'établir en Colombie-Britannique.

Bien sûr, il y a des différences entre le système de santé de la Colombie-Britannique et les autres, mais je ne suis pas sûre que la prévention soit à l'avant-plan. Cela dit, tous ces éléments vont de pair : le fait de ne pas fumer, de faire de l'activité physique, d'aimer le vélo, de rechercher les pistes cyclables et tout ce qui crée cette atmosphère propice. Je suis déjà allée à Terre-Neuve, et j'ai trouvé que c'était très beau là-bas, mais je ne peux pas vraiment vous parler du système de santé de Terre-Neuve.

**Mme Twells :** Je suis certaine que l'accès aux soins de santé n'y est pas très différent. Je pense qu'il n'y a aucun de nos systèmes de santé qui soit axé sur la prévention, nous sommes nombreux à le savoir, surtout quand on utilise un modèle dans lequel le médecin est rémunéré à l'acte. Il n'y a pas de temps. Bien sûr, il y a des initiatives en cours pour convaincre les médecins d'ouvrir le dialogue, ne serait-ce que pour demander au patient, par exemple, s'il aimerait parler de son poids, puis pour le peser. Parfois, cela peut réveiller la personne. Il y a des études qui montrent que les gens qui prennent du poids au fil du temps ne se rendent pas compte qu'ils en ont pris autant. Il est parfois utile de secouer un peu la personne pour qu'elle se dise : « Je dois recommencer à faire ce que je faisais » ou « J'ai arrêté de faire ceci et je dois recommencer ». Cela peut aider.

Toutefois, je suis à moitié d'accord parce que le système de santé ne peut pas s'occuper de 60 à 70 p. 100 de la population pour lutter contre l'embonpoint et l'obésité, ce n'est tout simplement pas faisable. Il doit y avoir d'autres formes d'intervention du gouvernement, des politiques, des programmes et des initiatives.

Je vis à Terre-Neuve, et c'est un milieu actif. La situation est donc un mystère. Il y a autant de gens qui font des activités à l'extérieur chez nous que dans bien d'autres provinces. Comme j'ai dit, c'est probablement un mythe de penser que les gens associés à une plus forte prévalence de l'obésité ne font rien. On pense souvent que les personnes atteintes d'obésité ne bougent pas, mais c'est faux.

Encore une fois, la raison est difficile à déterminer. Il se peut que la culture entre en ligne de compte, ou encore que ce soit attribuable à une économie fondée sur les ressources, comme la pêche, l'agriculture ou les pâtes et papiers, des secteurs où les gens ont probablement l'habitude de manger davantage. C'est aussi parfois une question d'accès aux activités.

Vous parlez souvent de l'hiver et du froid, mais l'Australie présente elle aussi un des taux d'obésité les plus élevés au monde malgré son climat fort agréable. Que se passe-t-il donc?

Encore une fois, je doute qu'on puisse expliquer simplement ce qui cause les différences.

**Senator Raine:** I agree with your observations. Do you think that we should be moving to regulate against the advertising of all food and beverages to children 16 years and under?

**Ms. Twells:** Yes, I would be in agreement with that.

**Ms. Gotay:** I don't see the downside, so yes.

[Translation]

**Senator Chaput:** As you know, our committee is currently studying the increasing incidence of obesity, and we have heard from a number of witnesses on this issue. We have heard conflicting evidence regarding the link between obesity and health, as well as regarding the definition of obesity. Witnesses have told us that the Public Health Agency of Canada should promote healthy living rather than focus on body weight.

In your view, what should the focus of these messages be? How should the Public Health Agency focus its messages, and what should its strategy be? Should certain people be targeted? How can we make Canadians accountable? Ultimately, it is a question of personal choice and individual responsibility. So what should the message be?

[English]

**Ms. Gotay:** On your final comment, it is personal choice and responsibility. Each one of us decides what we're going to eat; but it isn't always completely up to us in terms of what we have available and what we can afford. There are a lot of pressures in our social environment. It's not about the individual alone. Certainly, we want to do things to allow that person to live as healthy a life as he or she can.

A great deal of information indicates that people who have a very high BMI, especially the class II and class III, are not going to be able to benefit from just public health messages without taking account of their weight. Some people can be very healthy at a very large BMI, but that's more unusual.

Targeting public health messages to people who are apt to have problems because they're too heavy to take advantage of many of the opportunities others have is a reasonable public health strategy. While knowing just about every public health message, I can say that they don't apply to every single person in the population but to most of them. It seems that we should make sure that people understand that having a healthy weight is an important way for them to improve and maintain their health.

**Senator Chaput:** Who would you target if you were responsible for the message? What would you put in that message, and to whom would it be targeted?

**La sénatrice Raine :** Je suis d'accord avec vous. Croyez-vous que nous devrions interdire la publicité d'aliments et de boissons qui cible les enfants de 16 ans et moins?

**Mme Twells :** Oui, je suis d'accord.

**Mme Gotay :** Oui, je n'en vois aucun aspect négatif.

[Français]

**La sénatrice Chaput :** Comme vous le savez, notre comité étudie présentement l'incidence croissante de l'obésité, et nous avons entendu plusieurs témoins à ce sujet. Nous avons entendu des témoignages contradictoires en ce qui concerne le lien entre l'obésité et la santé, ainsi que des témoignages contradictoires sur la définition de l'obésité. Des témoins nous ont dit que l'Agence de la santé publique du Canada devrait promouvoir un mode de vie sain au lieu de se concentrer sur le poids corporel.

J'aimerais connaître votre avis sur la façon dont ces messages devraient être orientés. Comment l'Agence de la santé publique devrait-elle orienter ses messages, et quelle devrait être sa stratégie? Est-ce qu'on devrait viser une certaine clientèle? Comment le faire pour que les Canadiens et les Canadiennes se responsabilisent? Finalement, c'est une question de choix et de responsabilité individuelle. Alors, quel devrait être le message?

[Traduction]

**Mme Gotay :** En réponse à votre dernière remarque, c'est bel et bien un choix personnel et une responsabilité individuelle. Chacun d'entre nous décide ce qu'il mange; or, nous ne sommes pas toujours complètement libres, en fonction des aliments qui sont offerts et que nous avons les moyens d'acheter. Nous subissons beaucoup de pressions de notre milieu social. Ce n'est donc pas une décision exclusivement individuelle. Nous voulons certainement faire en sorte que les gens vivent le plus possible en santé.

Une foule de données indiquent que les gens dont l'indice de masse corporelle, ou IMC, est très élevé, surtout s'ils souffrent d'obésité sévère ou morbide, ne pourront pas profiter de simples messages d'intérêt public sur la santé, si ces messages ne tiennent pas compte de leur poids. Certaines personnes peuvent être en grande forme malgré un IMC très élevé, mais c'est plutôt inusité.

Une stratégie raisonnable en matière de santé publique pourrait être de diffuser des messages à l'intention de personnes qui ont peut-être des problèmes parce que leur poids est trop élevé, de façon à ce qu'ils puissent profiter des nombreuses occasions qui se présentent aux autres. Puisque je connais à peu près tous les messages d'intérêt public sur la santé, je peux dire qu'ils ne s'appliquent pas à tout le monde, mais à la plupart des gens. Nous devons nous assurer, il me semble, que les gens comprennent qu'un poids santé est un bon moyen d'améliorer sa santé ou de demeurer en santé.

**La sénatrice Chaput :** Si vous étiez responsable du message, qui cibleriez-vous? Que dirait le message, et à qui s'adresserait-il?



**Ms. Gotay:** I think it has to be targeted to the population. If we're going to make a difference, we can't target the message to, let's say, the obese adolescent without having his or her parents involved. We can't really talk to the wife without knowing what the husband is doing at work. I see it as interconnected. I would rather have broader messages that everybody can find themselves in. We're all in it together. We don't have to segment people as much as we have to realize it's an issue that affects everybody, one way or another.

**Ms. Twells:** I would agree. The messaging is difficult to target from a public health perspective. Clinically, the severe obese group is a totally different group of population. We're talking about a group of people that need treatment; so you're not targeting them for lifestyle change. They actually need medical treatment, whatever that might be. Right now it's surgery. At some point in time there might be some pharmacological treatments as well.

One thing I notice when I go to conferences is that different provinces are taking a different tack in terms of their strategic health plans. For example, some provinces are specifically targeting obesity reduction plans or obesity strategic health plans. Many other provinces are aimed at healthy living, so all the behaviors, for example. I know B.C.'s plan is more about healthy living and behaviors. Newfoundland's is actually more about healthy living and behaviours. Other provinces, like Alberta, are aimed at obesity reduction because it's an outcome that's measurable.

Obesity is the consequence of behaviours and lifestyle. We have to target those behaviours and lifestyles with initiatives that will then hopefully result in a reduction in body weight. If they don't, they will still result in an improvement in health, because we know that physical activity levels will impact health regardless of body weight.

The physical activity guide, for example, is something that I don't think many Canadians know about, the fact that children should be active at least one hour a day and adults should be active 150 minutes a week. We hear that all the time because we live and breathe in this world, but when I speak to colleagues and friends of mine who don't work in these fields, they've never heard of that. Maybe it's some of the translation of the evidence we already have and getting it out there in the public health messaging, whether it's advertising on TV or campaigns, but generally at the broad population is better than individual groups.

**Senator Chaput:** Is it possible?

**Ms. Twells:** Broad population? I think it is. Other countries are doing it. The United Kingdom has broad public health messaging on TV. I've seen some nice, animated commercials around active

**Mme Gotay :** Je pense que le message doit cibler la population. Si nous voulons avoir une incidence, nous ne pouvons pas viser un adolescent obèse, disons, sans nous adresser à ses parents. Nous ne pouvons pas vraiment nous adresser à la femme sans connaître le comportement de son mari au travail. Je considère que tous ces éléments sont interreliés. Je préférerais diffuser des messages plus généraux dans lesquels tout le monde peut se retrouver. Nous sommes tous dans le même panier. Nul besoin de segmenter les gens autant que nous l'avons fait pour réaliser que le problème touche tout le monde, d'une façon ou d'une autre.

**Mme Twells :** Je suis d'accord. Il est difficile de cibler le message sur le plan de la santé publique. D'un point de vue clinique, les personnes souffrant d'obésité sévère sont complètement différentes. Puisqu'elles ont besoin d'un traitement, nous n'allons pas les inciter à modifier leur style de vie. Ces personnes ont vraiment besoin d'un traitement médical, quel qu'il soit. Pour l'instant, on parle d'une chirurgie, mais il pourrait un jour s'agir de traitements pharmacologiques aussi.

Lorsque j'assiste à des conférences, je remarque notamment que les angles des plans stratégiques en matière de santé des provinces sont quelque peu différents. Par exemple, certaines provinces optent pour des plans de réduction de l'obésité ou pour un plan stratégique en matière de santé axé sur l'obésité. Bien d'autres ciblent un mode de vie sain, qui comprend les comportements, par exemple. Je sais que le plan de la Colombie-Britannique est davantage axé sur un mode de vie et des comportements sains. En fait, celui de Terre-Neuve aussi. D'autres provinces, comme l'Alberta, visent plutôt la réduction de l'obésité, puisqu'il s'agit d'un résultat quantifiable.

L'obésité est la conséquence de comportements et d'habitudes de vie. Nous devons donc cibler ces volets au moyen d'initiatives qui, peut-on espérer, entraîneront une diminution du poids corporel. Dans le cas contraire, ils permettront tout de même d'améliorer la santé, puisque nous savons que l'activité physique a une incidence sur la santé indépendamment du poids.

Par exemple, les lignes directrices en matière d'activité physique sont un outil que peu de Canadiens connaissent. Elles indiquent que les enfants devraient être actifs au moins une heure par jour, et les adultes, 150 minutes par semaine. Nous entendons constamment cette information puisque nous travaillons au cœur du milieu, mais lorsque je discute avec des collègues et amis qui travaillent ailleurs, je remarque qu'ils n'en ont jamais entendu parler. Peut-être faudrait-il traduire une partie du matériel que nous avons déjà et le diffuser sous forme de message d'intérêt public sur la santé, à l'aide de publicités télévisuelles ou de campagnes. Quoi qu'il en soit, il est habituellement préférable de s'adresser à l'ensemble de la population qu'aux différents groupes.

**La sénatrice Chaput :** Est-ce possible?

**Mme Twells :** De s'adresser à la masse? Je crois que oui. D'autres pays le font. Le Royaume-Uni diffuse à la télévision un vaste message d'intérêt public sur la santé. J'ai vu de jolies

living and getting children and parents active. I think the sort of broad public health messaging is possible.

**Senator Chaput:** Can you evaluate the impact of such a message?

**Ms. Twells:** Evaluation will come with the changing figures over time.

**Senator Frum:** Dr. Twells, can I ask you about your chart on the bariatric procedures in Canada? You say there's a 300 per cent increase from 2006 to 2013, and that represents 5,989 procedures.

I'm interested to know about the general accessibility of these procedures across Canada province to province. Are they fully publicly funded? You spoke about them being a net benefit to the overall public health system, so that it's in the larger term interest of the whole population. Everybody who needs one of these procedures gets one. Is that what's happening? Does that number represent full service?

**Ms. Twells:** No. If you looked at that map above here, it would show you the eligible population that could potentially access surgery. In Canada, that would be 1.2 million people. The criteria for bariatric surgery are a BMI over 35 with comorbidities or BMI over 40. Approximately 60 to 70 per cent of that 1.2 million will have comorbid conditions. Not everybody, but the vast majority will. At this point in Canada, probably the eligible population is about 1 per cent.

For example, the average wait time for bariatric surgery across Canada is five to seven years. In Newfoundland, for example, it's seven years. In Nova Scotia, I think it's about 12. Other provinces have some shorter wait times. They've increased investment into bariatric surgery, but the wait times are fairly substantial.

We've just had a case recently where if the average age of bariatric surgery across the country is about 45, you will have people in their 50s and 60s who can benefit immensely. If you come in looking for bariatric surgery at 65 and you have to wait for seven years, the question is: Is it worth it? Surgeons are asking themselves if it is worth doing surgery on older people because they have to wait so long.

Many of these patients are then accessing bariatric surgery elsewhere, in Mexico and Thailand. There are paying for it. There are some private clinics in the country, but then there are issues with follow-up back in their home province. In Ontario, that was an issue recently, and they invested more money to solve that problem of people going south or elsewhere and then coming back to be looked after. There can be complications, and

publicités animées sur la vie active, qui incitent les enfants et les parents à bouger. Je pense que ce genre de grand message d'intérêt public sur la santé est possible.

**La sénatrice Chaput :** Pouvez-vous évaluer les répercussions d'un tel message?

**Mme Twells :** Le résultat sera mesurable par l'évolution des statistiques au fil du temps.

**La sénatrice Frum :** Madame Twells, puis-je vous poser une question à propos de votre tableau sur les chirurgies bariatriques au Canada? Vous avez parlé d'une augmentation de 300 p. 100 entre 2006 et 2013, ce qui représente 5 989 chirurgies.

J'aimerais connaître l'accessibilité générale de ces procédures dans les différentes provinces canadiennes. Sont-elles entièrement financées par l'État? Vous avez dit qu'elles représentent un bénéfice net pour l'ensemble du système de soins de santé publique, et qu'elles sont donc dans l'intérêt de l'ensemble de la population, à long terme. Tous les Canadiens qui ont besoin d'une telle procédure en reçoivent une, n'est-ce pas? Ce chiffre représente-t-il l'ensemble des patients?

**Mme Twells :** Non. Si vous regardez la carte précédente, vous y verrez la population qui pourrait être admissible à la chirurgie. Au Canada, on parle de 1,2 million de personnes. Les critères d'une telle chirurgie sont un IMC supérieur à 35 accompagné d'une maladie concomitante, ou un IMC supérieur à 40. Quelque 60 ou 70 p. 100 de ces 1,2 million de personnes contracteront une maladie concomitante. Ce n'est pas tout le monde, mais ce sera le cas pour la vaste majorité d'entre eux. Pour l'instant, il y a probablement 1 p. 100 de la population canadienne qui est admissible à la chirurgie.

À titre indicatif, le temps d'attente moyen d'une chirurgie bariatrique au Canada est de cinq à sept années. À Terre-Neuve, par exemple, on parle de sept ans. En Nouvelle-Écosse, je crois que le délai est d'environ 12 ans. D'autres provinces présentent des temps d'attente plus courts. Elles ont investi davantage dans le secteur, mais les délais demeurent importants.

Il vient d'y avoir un cas particulier. Même si l'âge moyen de la chirurgie bariatrique au pays est d'environ 45 ans, des gens dans la cinquantaine et la soixantaine pourraient eux aussi en profiter immensément. Si un patient demande une chirurgie bariatrique à 65 ans et qu'il doit attendre sept ans, on peut se demander si le traitement en vaut la peine. Les chirurgiens se demandent s'il vaut la peine d'opérer des personnes plus âgées compte tenu du temps d'attente interminable.

Bon nombre de ces patients décident alors de recevoir la chirurgie ailleurs, comme au Mexique et en Thaïlande. Ils paient pour la procédure. Il existe des cliniques privées au pays, mais il y a ensuite des problèmes de suivi lorsque le patient est de retour dans sa province. La province de l'Ontario a eu un ennui semblable récemment, et elle a investi davantage afin de cibler les gens qui vont dans le sud ou ailleurs, de façon à ce qu'ils puissent

sometimes there needs to be revisions or changes with bands and things like that. I would say there's a very inadequate provision in Canada for bariatric surgery.

**Senator Eggleton:** Sugar and salt also get a fair bit of attention in this subject matter, particularly in regard to processed foods being more the villain than the bowl of sugar on the table or the salt shaker. We've heard about the bliss point, where the manufacturer of these processed foods tries to get it to a stage where you're not going to have that only one chip but you'll go back and have the second and third and on and on. How much is that a part of this whole problem?

Given that there have been some "efforts" by the industry to rein some of this in — I don't think any of that succeeded at all, although they're coming tomorrow to tell us how wonderful they are — should we be making it compulsory? Should we have compulsory guidelines to reduce the amount of sugar and salt in processed foods?

**Ms. Twells:** Simple answer: Yes, from me.

**Ms. Gotay:** I think so. I'm not a nutritionist who could give you what those levels would be. I think that would be one of the challenges, to know what that cut point would be. But if people can agree on that and they're empirically validated, yeah, I think so.

**Senator Enverga:** My question is more in regard to my last question. You compare B.C. and Newfoundland, and you mentioned too that it's sort of worldwide. It's a global issue. Have you looked at the differences between Asian countries, Taiwan or Korea, and the European countries, or even Canada? Have you made any comparison with the BMI index?

**Ms. Twells:** Globally, you can see the figures. They are published every couple of years through the WHO or OECD. For those countries, their prevalence rates are much lower, but they're still going up. In terms of why, I wouldn't know. The diets are quite different. I wouldn't know what was going on between the differences. I don't know if you would.

**Senator Enverga:** Would it be genetics? How much genetics are we having here?

**Ms. Twells:** The genetics are not strong. There are a few specific cases of genetic mutations and defects that cause obesity. There are a few syndromes. I'm familiar with and know a few people working in this field. There are 300 or 400 genes associated with obesity. There is not specifically one or two genes. I'm not a geneticist. It's more multifactorial. There's a lot more going on than one gene causing obesity.

recevoir des soins à leur retour. Il peut y avoir des complications, et il arrive que des modifications, des ajustements avec bandes ou ce genre de choses soient nécessaires. Je dirais qu'il y a de grandes lacunes au Canada en ce qui a trait à la chirurgie bariatrique.

**Le sénateur Eggleton :** On accorde aussi beaucoup d'attention au sucre et au sel dans le cadre du sujet à l'étude, et on pointe du doigt davantage les aliments transformés que le bol de sucre ou la salière sur la table. Nous avons entendu parler du point de satiété, où le fabricant des aliments transformés tente d'inciter le consommateur à ne pas manger qu'une croustille, mais à retourner en chercher une deuxième, puis une troisième, et ainsi de suite. Dans quelle mesure cela contribue-t-il à l'ensemble du problème?

Puisque l'industrie affirme avoir déployé des « efforts » pour freiner le phénomène — je doute qu'elle ait réussi, même si les représentants viennent nous dire demain à quel point ils sont merveilleux —, devrions-nous rendre les mesures obligatoires? Devrions-nous mettre en place des lignes directrices obligatoires visant à réduire la quantité de sucre et de sel que contiennent les aliments transformés?

**Mme Twells :** La réponse est simple : je crois que oui.

**Mme Gotay :** Je pense que oui. Puisque je ne suis pas une nutritionniste, je ne pourrais pas vous dire le seuil à imposer. Je pense qu'une des difficultés serait de déterminer où fixer la limite. Mais si les gens se mettent d'accord et que la décision s'appuie sur des données empiriques, je serai d'accord.

**Le sénateur Enverga :** Ma question se rapporte plutôt à ma dernière intervention. Vous comparez la Colombie-Britannique et Terre-Neuve, et dites également que la situation touche en quelque sorte le monde entier. C'est un problème mondial. Vous êtes-vous attardées aux différences qu'il existe entre les pays asiatiques, Taïwan ou la Corée et les pays européens, ou même le Canada? Avez-vous comparé les IMC?

**Mme Twells :** Vous pouvez consulter les chiffres sur la situation mondiale. Ils sont publiés tous les deux ans par l'Organisation mondiale de la Santé ou l'Organisation de coopération et de développement économiques. Dans ces pays, la prévalence de l'obésité est bien plus faible, mais elle augmente tout de même. J'ignore toutefois quelle est la cause. Les habitudes alimentaires sont bien différentes. Je ne saurais dire ce qui explique ces variations. J'ignore si on peut le savoir.

**Le sénateur Enverga :** Est-ce une question de génétique? Dans quelle mesure cet aspect entre-t-il en ligne de compte?

**Mme Twells :** Les aspects génétiques sont peu importants. Il existe quelques cas précis de mutations et de tares génétiques qui causent l'obésité. Il y a quelques syndromes. Je suis bien au courant du domaine et connais quelques personnes qui y travaillent. Quelque 300 ou 400 gènes sont associés à l'obésité. On ne parle donc pas d'un ou deux gènes particuliers. Je ne suis pas généticienne, mais je sais que le problème est plutôt multifactoriel. Il y a beaucoup plus de choses à l'œuvre qu'un seul gène responsable de l'obésité.

**The Chair:** Just as a quick comment on that, I saw a report that in China, where there's been major change in the last while, the obesity rates are much higher as affluence goes up, which is kind of interesting because there's often the thought about lower socio-economic effects, but there it's due to apparently very dramatic changes in normal lifestyle.

**Senator Merchant:** You made mention of another prong, and that is to indicate to people the activity level that it would take to lose *X* amount of weight. Instead of doing that, what happened to a program we had a few years ago called ParticipACTION? Instead of trying to figure out how many calories you can walk off in five or ten minutes, why not introduce a program that people can understand? Just get active. What happened to that? Was that not a successful program? Why has it been dropped?

**Ms. Twells:** It's still there.

**Senator Merchant:** I don't see any ads on television. But it's still there?

**The Chair:** On that one, our understanding is ParticipACTION is coming back, and we're going to hear from them in the session. I think probably we had better just wait for that, if that's okay, senator.

**Senator Merchant:** That's fine. I didn't know that.

**The Chair:** That's why we're doing this study.

**Senator Eggleton:** We had a little bit of dialogue earlier with my colleagues on this whole question of focusing on reduction of body weight versus just healthy lifestyle, healthy living, weight-focused or lifestyle-focused. I'm not quite clear what the difference is. If you're going to improve your lifestyle or health, you might have to lose some weight. It seems to me the two are quite inter-linked here. Do you see any difference in the two?

I'll make this a two-part question. The second part of it is that you talked about public health and public health messaging. We have an entity here we haven't heard from recently called the Public Health Agency of Canada. Would you have any thoughts about them being the leader on this kind of an endeavour?

**Ms. Twells:** Well, the second question, absolutely. With the Public Health Agency of Canada, I would expect that would be one of their roles. Health promotion and health of the country falls under the Public Health Agency of Canada. Health is a provincial jurisdiction, but the health promotion piece is meant to be national. When we deal with epidemics and that type of thing,

**Le président :** J'ai une petite remarque à ce sujet. J'ai vu un rapport dans lequel on disait qu'en Chine, où un changement majeur s'opère depuis un certain temps, la prévalence de l'obésité augmente au fur et à mesure que les gens s'enrichissent. C'est assez intéressant puisqu'on pense souvent que l'obésité est un effet des couches moins favorisées de la société, mais il semble qu'elle soit attribuable là-bas à des changements spectaculaires du mode de vie.

**La sénatrice Merchant :** Vous avez mentionné un autre volet, qui serait d'informer les gens sur les efforts physiques à déployer pour perdre un nombre de kilos donné. Plutôt que de procéder ainsi, qu'est-il arrivé au programme ParticipACTION qui était offert il y a quelques années? Plutôt que d'essayer de calculer le nombre de calories qui sont brûlées en marchant cinq à dix minutes, pourquoi ne pas mettre en place un programme que les gens peuvent comprendre? Il leur suffit de bouger. Qu'est-il arrivé à cette stratégie? Le programme n'a-t-il pas atteint son objectif? Pourquoi l'a-t-on laissé tomber?

**Mme Twells :** Le programme existe toujours.

**La sénatrice Merchant :** Je ne vois aucune publicité à la télévision. Mais vous dites qu'il existe encore?

**Le président :** À ce sujet, il semble que le programme ParticipACTION va revenir, et nous allons d'ailleurs entendre le témoignage des responsables au cours de la session. Si vous êtes d'accord, madame la sénatrice, nous ferions probablement mieux d'attendre ce moment.

**La sénatrice Merchant :** D'accord. Je n'étais pas au courant.

**Le président :** C'est la raison pour laquelle nous réalisons l'étude.

**Le sénateur Eggleton :** Mes collègues et moi avons un peu discuté tout à l'heure de la grande question : faut-il mettre l'accent sur la perte de poids, ou simplement sur un mode de vie sain et de bonnes habitudes de vie; faut-il concentrer les efforts sur le poids ou sur le mode de vie? Je ne comprends pas bien la différence. Pour améliorer son mode de vie ou sa santé, il peut falloir perdre du poids. Je trouve que les deux volets sont plutôt interdépendants. Voyez-vous une distinction entre les deux approches?

Ma question comporte deux volets. Vous avez parlé de santé publique et de message d'intérêt public sur la santé. Le Canada possède un organisme du nom d'Agence de la santé publique du Canada, ou ASPC, dont nous n'avons pas eu de nouvelles récemment. Que penseriez-vous du fait que l'ASPC soit à la tête de ce genre d'initiative?

**Mme Twells :** Eh bien, en réponse à votre deuxième question, je serais tout à fait d'accord. Je présume d'ailleurs que c'est un des rôles de l'ASPC, qui est responsable de la promotion de la santé et de la santé au pays. La santé est de compétence provinciale, mais le volet promotionnel de la santé est censé relever du fédéral. L'ASPC est pleinement opérationnelle lorsque nous sommes

they're in full force. For prevention and healthy active living, I would have thought it would fall under their remit, but I don't know if it does or not.

In terms of the activity piece versus the weight, you raised a good point and this is where some of the debate and confusion sometimes comes from. You will get health benefit from just increasing your activity levels; forget weight altogether. We already know that if obese people — not really big people because it's difficult for them to do much — increase their activity levels, their cardiac risk factors will go down, health risks will diminish and they can be healthier than a normal weight person who does nothing. The idea is that in some ways you can be fat and thin in terms of health risks.

You may not lose weight though. You may just become more fit. That shouldn't stop us from giving the message that we need to be more active. What you'll find is that in populations where groups — whether this is friends and they've shown it with some clustered activities — become more active, other behaviours change as well.

In the short term you may only see some physical health benefits, but as people become healthier their stress level goes down, they sleep better, and they make different food choices. There is a whole bunch of activities that go with making one or two choices to do something different.

You don't find people who are healthy and active who are smokers. They don't eat out at fast food all the time. They don't have less sleep. They're not stressed. There's healthy active living you would do that could be the cluster of activities, and all those benefits would accrue from those activities.

**The Chair:** Do you have anything to add to that?

**Ms. Gotay:** I agree with that, but sometimes people need a place to start. That's what I find often when we talk to community groups. They have a multiple issues. They're overweight, they're not physically active, they're smoking and sometimes it helps to start with something and get that under control, then the other health benefits ensue. Sometimes if you try to tackle everything at once that can be overwhelming.

**Senator Raine:** I want a point of clarification on this table here. These are the average BMIs for the different age groups?

**Ms. Gotay:** Yes.

**Senator Raine:** So this percentage shouldn't be there in that top? I think these are average BMIs.

**Ms. Gotay:** Yes.

frappés par une épidémie et ce genre de choses. J'aurais cru qu'elle était responsable de la prévention et de la promotion d'un mode de vie sain et actif, mais j'ignore si c'est le cas.

Pour ce qui est de concentrer les efforts sur l'activité physique ou sur le poids, vous avez soulevé un bon point, qui est parfois à l'origine de débats et de confusion. Le seul fait d'augmenter le niveau d'activité physique entraîne des effets bénéfiques sur la santé; oublions carrément la question du poids. Nous savons déjà que si les personnes atteintes d'obésité — peut-être pas les plus grosses d'entre elles, puisqu'elles ont du mal à faire quoi que ce soit — augmentent leurs activités physiques, leurs facteurs de risque de maladies cardiaques vont diminuer, de même que les risques pour la santé auxquels elles s'exposent, et elles peuvent même être en meilleure santé qu'une personne de poids normal qui ne bouge pas. Le fait est que sur le plan des risques pour la santé, peu importe si une personne est grasse ou mince, d'une certaine façon.

Il est toutefois possible que la personne ne perde pas de poids, mais améliore tout simplement sa forme physique. Ce fait ne doit pas nous arrêter de dire qu'il faut être plus actif. Vous constaterez que dans les populations où des groupes deviennent plus actifs, d'autres comportements changent aussi — il peut s'agir d'amis qui le prouvent à l'aide d'un regroupement d'activités.

À court terme, vous ne constaterez peut-être que des bienfaits pour la santé physique, mais à mesure que la santé des gens s'améliore, leur niveau de stress diminue, ils dorment mieux et font des choix alimentaires différents. Toutes sortes de comportements peuvent accompagner une ou deux décisions d'agir autrement.

Les gens qui sont en santé et actifs ne fument pas. Ils ne mangent pas constamment dans les restaurants-minute. Ils n'abrègent pas leurs nuits de sommeil. Ils ne sont pas stressés. Une mode de vie sain et actif peut englober un groupe d'activités, et tous ces bienfaits en découlent.

**Le président :** Avez-vous quelque chose à ajouter?

**Mme Gotay :** Je suis d'accord, mais les gens ont parfois besoin d'un point de départ. C'est souvent ce que j'observe lorsque nous échangeons avec des groupes communautaires. Les problèmes sont multiples. Ils souffrent d'embonpoint, ne sont pas actifs physiquement et fument; il est donc parfois utile de commencer par redresser un aspect seulement de la situation, après quoi les autres bienfaits sur la santé s'ensuivent. Lorsqu'on tente de s'attaquer à tous les volets en même temps, on ne sait parfois plus où donner de la tête.

**La sénatrice Raine :** J'aimerais obtenir un éclaircissement concernant ce tableau-ci. Ces chiffres indiquent-ils l'indice de masse corporelle (IMC) moyen pour les différents groupes d'âge?

**Mme Gotay :** Oui.

**La sénatrice Raine :** Ce pourcentage ne devrait-il donc pas figurer en haut? Je crois qu'il s'agit de la moyenne des IMC.

**Mme Gotay :** Oui.

**Senator Raine:** So that percentage on the top header —

**Ms. Gotay:** I see what you mean. Yes.

**Senator Raine:** Okay. That's clarification.

**The Chair:** Is that clarified, Senator Raine?

**Senator Raine:** Yes.

**The Chair:** I would like to ask you a question related to testimony we had with a previous witness. If I recall it correctly, it was roughly the following: Obese people have a higher risk of disease in the categories that you've outlined, but this individual said they have better overall outcomes in those disease categories.

I know you're not necessarily studying these particular issues. Do either of you have any experience where you could comment on that? Dr. Twells?

**Ms. Twells:** I think what this individual was referring to is potentially something called the obesity paradox, and that would be in relation specifically to cardiac issues, no other chronic disease that I know of. If you've had diabetes forever, you're not doing well compared to someone else who has not, because you're dealing with glaucoma, kidney disease, amputations and things like that.

The obesity paradox related to cardiac conditions is a controversial area under study. I don't have a strong view on it and I don't think many people do. The research is still a little bit out. The jury is out. People are looking at the data and trying to piece through it to see if that's happening or if we have a selection bias going on here in terms of people we're studying.

In recent presentations I saw last fall in Boston, there was a lot of skepticism around the obesity paradox. I don't think it's something to focus on from a public health perspective, choosing that 1, 2 or 3 per cent that might do better. They may have the genes for doing better, just like your grandmother who smoked a pack a day and lived to 98. I don't think it's something that people should get caught up in. If anything, it is an interesting research area to potentially elucidate or examine closer, but it's not something that should influence a public health debate to say there's a small group of individuals, from a small group, who might do better.

**The Chair:** I agree with you, but it was an interesting —

**Ms. Twells:** People like to raise it.

**The Chair:** It was an interesting set of curves he was presenting and I just wanted to ask because you've been very frank with your comments.

I want to go back to the BMI issue. All the things I have read in this area over a number of years indicate roughly what you and all the experts say. They say it's not the ideal perfect situation to

**La sénatrice Raine :** Donc, ce pourcentage à l'en-tête...

**Mme Gotay :** Je vois ce que vous voulez dire.

**La sénatrice Raine :** D'accord. Je comprends.

**Le président :** A-t-on répondu à votre question, madame la sénatrice Raine?

**La sénatrice Raine :** Oui.

**Le président :** J'aimerais vous poser une question sur les propos d'un témoin précédent. Si je me souviens bien, grosso modo, il a dit que les personnes obèses courent un risque plus élevé de contracter une maladie parmi les catégories que vous avez mentionnées, mais il a aussi dit qu'elles obtiennent de meilleurs résultats sur le plan des effets globaux, concernant ces catégories de maladies.

Je sais que vous ne vous êtes pas nécessairement penchées sur ces questions. Avez-vous de l'expérience qui vous permettrait de dire quelque chose à ce sujet? Madame Twells?

**Mme Twells :** À mon avis, ce témoin parlait probablement de ce qu'on appelle le paradoxe de l'obésité. Que je sache, cela ne s'applique à aucune autre maladie chronique que les maladies cardiaques. Si vous avez toujours été diabétique, vous n'allez pas bien comparativement à quelqu'un d'autre qui ne l'est pas, parce que vous courez des risques de glaucome, de maladie du rein et d'amputations, entre autres.

Le paradoxe de l'obésité lié aux problèmes cardiovasculaires est un sujet controversé à l'étude en ce moment. Je n'ai pas particulièrement d'opinion à ce sujet et je ne crois pas faire exception. Les études sont encore en cours. On ne peut donc encore rien dire. Les chercheurs essaient de voir si c'est bien vrai ou si l'échantillon des gens qu'on étudie est biaisé.

Selon des exposés que j'ai entendus l'automne dernier, à Boston, le paradoxe de l'obésité inspire beaucoup de scepticisme. À mon avis, du point de vue de la santé publique, il ne faut pas mettre l'accent sur ce 1, 2 ou 3 p. 100 des personnes qui ont peut-être une meilleure santé. Peut-être qu'elles ont de meilleurs gènes, tout comme c'était le cas de votre grand-mère, qui fumait deux paquets de cigarettes par jour et qui a vécu jusqu'à l'âge de 98 ans. Je ne pense pas qu'on devrait s'attarder à des cas comme ceux-là. Tout au plus, c'est un sujet de recherche intéressant que l'on pourrait élucider ou étudier de plus près, mais il ne devrait pas influencer le débat sur la santé publique, étant donné que cela représente seulement un tout petit groupe de personnes.

**Le président :** Je suis d'accord avec vous, mais c'était un point intéressant...

**Mme Twells :** Les gens aiment bien le soulever.

**Le président :** Il a présenté des graphiques intéressants et je voulais simplement poser la question parce que vous répondez très franchement.

J'aimerais revenir à la question des IMC. Tout ce que j'ai lu depuis un certain nombre d'années dans le domaine appuie en gros ce que vous dites et ce que tous les experts disent : ce n'est

deal with each individual, but, as you have clearly said here today, it has a very high correlation factor. Therefore, as a first cut it is an excellent way to look at it. But then, when you get to the individual out of that 100,000 people, you have to look at it on the basis of the actual character and health of that one individual.

It is a useful first-cut evaluation and a useful generalization category. Is that a fair summary of what you have clarified today?

**Ms. Twells:** I think so.

**Ms. Gotay:** The comparative value of it over time, over countries and so forth is something that helps a great deal in understanding what's happening.

**The Chair:** Exactly. That's the point I was trying to make.

You both would know far better than I, but from my reading of the issue, education in people's behaviour is suggested to be highly overrated in terms of its impact. On the other side of the issue, there are some general observations that if people can quickly discern significant differences in things they're dealing with — in this case we're talking about food — and easily distinguish a character of foods in a category, they will be influenced by that.

Now I'm speaking from my own observation. The problem is that if I walk into a grocery store and begin to look at the things on the shelves, it is absolutely not going to happen that I'm going to spend lots of time reading all of those labels on the back unless I'm looking for one specific indicator, a particular component, something hazardous or something of that nature. To expect the general population to do that is simply, in my opinion, not on.

This idea, whether it's mice to elephants or a stoplight system where on the front of the package there is a little bar label with things like sugar and salt that are quickly discernible, and there's a red, orange, or green light below that in a general character, in my opinion, people will see that very quickly.

Having said that, I recognize all of the issues that are being brought out before us as to how you can genuinely label a particular food green, orange and red, but from your experience, do you believe that the simpler and more easily identified the label with regard to transferring a significant piece of information like that is far more important than where we're moving to, which are very complex tables? The labelling being proposed for beverage issues will require us to have a box with all the label on it and somehow the 500 millilitres of beverage contained within that large box. Can you comment on the question of the importance of the clarity, simplicity and quickness of identity of the label, or do you feel it should be much more complex?

pas la manière idéale d'aborder des cas individuels d'obésité, mais, comme vous l'avez clairement dit ici aujourd'hui, il existe un facteur de corrélation très élevé entre l'IMC et l'obésité. C'est donc une excellente façon d'envisager les choses au départ. Cependant, quand il est question d'une seule personne sur 100 000, il faut examiner les caractéristiques et la santé de cette personne en particulier.

L'IMC représente un bon point de départ et une généralisation utile. Est-ce que je résume bien ce que vous nous avez dit aujourd'hui?

**Mme Twells :** Je pense que oui.

Mme Gotay : Les valeurs d'IMC permettent d'établir des comparaisons au fil du temps et entre divers pays, entre autres, ce qui nous aide beaucoup à comprendre comment les choses évoluent.

**Le président :** Exactement. Voilà ce que j'essayais de dire.

Vous en savez beaucoup plus que moi, mais, d'après ce que je comprends, certains disent qu'on surévalue de beaucoup les répercussions de la sensibilisation sur le comportement des gens. D'autres font valoir que si les gens pouvaient rapidement déceler d'importantes différences entre les choix qui s'offrent à eux — dans ce cas-ci, les aliments — et facilement distinguer les catégories d'aliments, cela influencerait sur leurs décisions.

Le problème, c'est qu'à l'épicerie, je ne vais certainement pas passer beaucoup de temps à lire les étiquettes nutritionnelles de tous les produits sur les tablettes, à moins que je cherche une indication ou un ingrédient en particulier, ou que je veux repérer quelque chose de dangereux. À mon avis, il est tout simplement déraisonnable de s'attendre à ce que la population le fasse.

J'aime bien l'idée de mettre un symbole sur le devant des emballages — qu'il s'agisse de souris ou d'éléphants ou d'un système de feux de circulation — qui indique la quantité de sucre et de sel de façon rapidement discernable, par exemple, en mettant un feu rouge, orange ou vert. Cela permet aux gens de voir rapidement ce qui en est.

Cela dit, je reconnais tous les problèmes liés à l'étiquetage définitif d'un produit comme étant vert, orange ou rouge; des témoins nous en ont parlé. Toutefois, d'après votre expérience, serait-il beaucoup plus important d'avoir une étiquette simple qui transmet mieux des informations importantes comme celles-là, plutôt que d'aller dans le sens où nous allons et d'ajouter ces tableaux très complexes? Les étiquettes proposées pour les boissons nuisibles à la santé seraient si grandes que nous serions obligés d'en emballer 500 millilitres dans un grand contenant. Pensez-vous qu'une étiquette devrait être claire, simple et rapidement comprise, ou beaucoup plus complexe?

**Ms. Twells:** You said a lot of things there. I agree with you about education. Education is not going to solve the problem. Purchasing food and eating food often comes down to habits, so we have to try to subliminally change those habits.

I think the simpler the message, the better. The thing with labelling that I agree with is the accountability to the food industry. They need to be honest about what's going into the foods. Sugar is never produced on a label; we don't know how much sugar is in products. I think that is important. Having said that, I don't think that's what consumers are going to be looking at. I won't, just like you. But I will go in and if I can trust a source, whether it's the traffic light or the little checkmark, and that is a source that I've been educated to know is trustworthy in terms of low levels of sugar or high levels of fibre, there are standards that we know we can look at that would be on the label, but if that checkmark is easy and it's a little blue checkmark that's Health Canada's or PHAC's, given the choice I will choose the checkmark, and I think most people would.

I would be much more in favour of a simpler method. I know there are many advocates out there for the labelling, and I think the labelling is good but more from an accountability perspective. I don't think consumers are going to be looking at labels. Personally, I don't.

**Ms. Gotay:** I think it's an empirical question. Before something is rolled out on a national level and we change everything that happens with food labelling in the country, we should try it out in a smaller market and see what happens. That is not my great expertise, but what I have seen isn't clear enough to say we know this is going to work, let's do it, and put all of the work involved in setting up a system. I think some type of a test market should be identified to see, because we'll have a better sense when we see what real people do.

**The Chair:** Just a simple example, I'm aware that a lot of people that I've encountered think that these juice packs, orange juice, apple juice and so on, are really healthy for their kids, rather than soda pop, and yet the sugar concentration is in some cases higher. But if a parent could look on a juice pack and see that there is a red light on that with regard to sugar, they could discern that very quickly and would overcome the instinctive thought that juice from a quasi-natural source is better for you. That was in the back of my mind with regard to these issues.

The other issues that you've dealt with, I think the B.C. situation is an interesting one, and I think there are some fairly significant sociological factors there in terms of total lifestyle, access to lifestyle, and all of those things going on.

With regard to the idea of the overall temperature, if you look at the Maritime provinces versus Manitoba and Saskatchewan, Manitoba and Saskatchewan have much more dramatic ranges —

**Mme Twells :** Vous avez dit beaucoup de choses. Je suis d'accord avec vous. La sensibilisation ne réglera pas le problème. L'achat et la consommation des aliments se réduisent souvent à une question d'habitude. Nous devons donc essayer de changer ces habitudes de façon subliminale.

À mon avis, plus le message est simple, plus il sera compris. J'aime ces étiquettes parce que je crois qu'il faut obliger l'industrie alimentaire à être responsable. Elle doit divulguer tout ce que contiennent les produits. La quantité de sucre n'est jamais indiquée sur l'étiquette; nous ne savons donc pas combien de sucre les produits contiennent. Pourtant, c'est très important. Cela dit, je ne pense pas que c'est ce que les consommateurs vont regarder. Tout comme vous, je ne vais pas le faire. Cependant, s'il existait une source d'information à laquelle je pouvais me fier pour connaître la quantité de sucre ou de fibres et aussi les normes en la matière et que ces informations figuraient sur l'étiquette et étaient facilement reconnaissables à cause d'un symbole en forme de feu de circulation ou d'une petite coche bleue symbolisant le sceau d'approbation de Santé Canada ou de l'ASPC, je choiserais le produit avec la coche. D'ailleurs, à mon avis, la plupart des gens feraient la même chose.

Je préfère une méthode simple. Je sais que beaucoup de gens font valoir l'importance des étiquettes, et je suis d'accord pour dire qu'elles sont importantes, mais surtout du point de vue de la responsabilité. À mon avis, les consommateurs ne vont pas les regarder. Je ne le fais pas.

**Mme Gotay :** À mon avis, il s'agit d'une question empirique. Avant de mettre en œuvre une solution à l'échelle nationale et de changer les étiquettes de tous les produits alimentaires au pays, nous devrions en faire l'essai sur un petit segment du marché et voir ce que cela donne. Ce n'est pas particulièrement mon domaine de spécialisation, mais ce que j'ai vu ne me permet pas d'affirmer que cela fonctionnerait et que nous devrions aller de l'avant et mettre en place un tel système. Selon moi, il faudrait effectuer un genre d'essai de mise en marché pour mieux voir ce que font les gens.

**Le président :** Je vous donne un exemple tout simple. Je sais que beaucoup de gens que je connais pensent que les petits contenants de jus, d'orange ou de pomme par exemple, sont vraiment bons pour leurs enfants, mieux que des boissons gazeuses, alors qu'ils contiennent en réalité parfois plus de sucre. Toutefois, si un parent voyait qu'on a apposé un feu rouge sur le contenant de jus pour indiquer une quantité élevée de sucre, il le comprendrait très rapidement et résisterait à l'instinct de penser que du jus d'une source quasi naturelle est bon pour la santé. Voilà ce à quoi je pensais en parlant des étiquettes.

Parmi les autres aspects que vous avez étudiés, la situation en Colombie-Britannique est intéressante. Selon moi, la province présente certains facteurs assez importants sur le plan sociologique, notamment le style de vie et l'accès au style de vie.

Quant au facteur des températures moyennes, si vous comparez les provinces maritimes au Manitoba et à la Saskatchewan, le Manitoba et la Saskatchewan connaissent des



far colder winters and far hotter summers. The Maritime provinces tend to be more moderate overall, and yet they have identical overall obesity factors. There seems to be something much more complex there. Perhaps if we can get Senator Greene Raine to build us ski resorts in all the communities in Nova Scotia, we might stand a chance of catching up to B.C.

I want to thank you for the clarity of your responses and the knowledge base that you bring to our discussion on this, and the very realistic way in which you've tried to help us with these very difficult issues.

We are trying to see what were the major factors in that significant increasing rate of obesity. Whether it's levelled off now or levelling off isn't the issue. It was a very substantial change and, even if it reaches that kind of steady status at a higher level of obesity, the real issue is what got it up there and possibly changes can help deal with that big rate of change.

On behalf of my colleagues, I want to thank you both for being here.

(The committee adjourned.)

---

OTTAWA, Thursday, February 19, 2015

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 10:28 a.m. to continue its study on the increasing incidence of obesity in Canada: causes, consequences, and the way forward.

**Senator Kelvin Kenneth Ogilvie** (*Chair*) in the chair.

[*Translation*]

**The Chair:** Welcome to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.

[*English*]

I am Kelvin Ogilvie from Nova Scotia, chair of the committee. I will ask my colleagues to introduce themselves, starting on my right.

**Senator Seidman:** Judith Seidman from Montreal, Quebec.

**Senator Stewart Olsen:** Carolyn Stewart Olsen, New Brunswick.

**Senator Frum:** Linda Frum, Ontario.

**Senator Beyak:** Lynn Beyak, Ontario.

**Senator Enverga:** Tobias Enverga, Ontario.

**Senator Wallace:** John Wallace, New Brunswick.

écarts de température beaucoup plus grands — des hivers beaucoup plus froids et des étés beaucoup plus chauds. Les provinces maritimes ont tendance à avoir des températures modérées, pourtant elles présentent un ensemble de facteurs identiques sur le plan de l'obésité. On dirait qu'il existe d'autres facteurs plus complexes. Peut-être que si nous pouvions convaincre la sénatrice Greene Raine de nous construire des stations de ski dans toutes les collectivités de la Nouvelle-Écosse, nous aurions une chance de rattraper la Colombie-Britannique.

Je tiens à vous remercier de la clarté de vos réponses, des connaissances que vous nous avez fournies et de la façon très réaliste dont vous avez essayé de nous aider à comprendre ces problèmes très complexes.

Nous essayons de voir quels sont les principaux facteurs qui augmentent de façon significative les taux d'obésité. La question n'est pas de savoir si ces taux se stabilisent ou non en ce moment. Les taux ont beaucoup augmenté et, même s'ils affichent une certaine stabilité à ces taux élevés, la véritable question consiste à demander ce qui a tant fait augmenter les taux et quels changements pourraient contribuer à les faire baisser.

Au nom de mes collègues, je vous remercie toutes les deux d'avoir comparu.

(La séance est levée.)

---

OTTAWA, le jeudi 19 février 2015

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 10 h 28, pour poursuivre son étude sur l'incidence croissante de l'obésité au Canada : ses causes, ses conséquences et les solutions d'avenir.

**Le sénateur Kelvin Kenneth Ogilvie** (*président*) occupe le fauteuil.

[*Français*]

**Le président :** Je vous souhaite la bienvenue au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

[*Traduction*]

Je m'appelle Kelvin Ogilvie, de la Nouvelle-Écosse. Je suis le président du comité. Je demanderais aux sénateurs de se présenter. Commençons à ma droite.

**La sénatrice Seidman :** Judith Seidman, de Montréal, au Québec.

**La sénatrice Stewart Olsen :** Carolyn Stewart Olsen, du Nouveau-Brunswick.

**La sénatrice Frum :** Linda Frum, de l'Ontario.

**La sénatrice Beyak :** Lynn Beyak, de l'Ontario.

**Le sénateur Enverga :** Tobias Enverga, de l'Ontario.

**Le sénateur Wallace :** John Wallace, du Nouveau-Brunswick.

**Senator Nancy Ruth:** Nancy Ruth, Ontario.

**Senator Merchant:** Pana Merchant, Saskatchewan.

**Senator Eggleton:** Art Eggleton, senator from Toronto and deputy chair of the committee.

**The Chair:** Thank you and welcome, witnesses. I will call you in the following order: Ms. Tanaka, I will ask you to go first, then Ms. Reynolds, and then Ms. Cloutier. We will have each of you do your presentations, and then I will open the floor up to my colleagues for questions.

With that, I would like to invite Ms. Phyllis Tanaka, who is Senior Adviser, Food and Nutrition, Public and Regulatory Affairs, Food and Consumer Products of Canada, to make her presentation.

**Phyllis Tanaka, Senior Adviser, Food and Nutrition, Public and Regulatory Affairs, Food and Consumer Products of Canada:** Food and Consumer Products of Canada welcomes this opportunity to contribute to the committee's investigation into the increasing incidence of obesity in Canada, causes, consequences and way forward.

FCPC is the largest industry association representing food, beverage and consumer product corporations in Canada. FCPC food and beverage member companies manufacture and sell food and beverage products to Canadians.

Obesity is a complex global issue, and an Obesity Canada *Clinical Practice Guidelines Expert Panel* noted the following key points in a 2007 *Canadian Medical Association Journal* publication. First, the cause of obesity is both complex and multifactorial. At the simplest level, obesity results from long-term positive energy balance — the interaction between energy intake and energy expenditure. Second, the rapid increase in the prevalence of obesity over the past 20 years is a result of environmental and cultural influences. Third, sweeping prevention and intervention strategies are required to slow and hopefully reverse the alarming increase in obesity prevalence in Canada and globally.

The panel captured the serious consequences of not addressing obesity: increased risk of Type 2 diabetes, hypertension, dyslipidemia, coronary artery diseases, stroke, osteoarthritis and certain forms of cancer, and an increased burden on the health care system. Based on a 1997 assessment, the cost of obesity in Canada was conservatively estimated at \$2 billion.

More recently, a 2014 McKinsey Global Institute publication entitled *Overcoming Obesity: An Initial Economic Analysis* reaffirmed the immediacy and the complexity of the matter and the consequences if this global epidemic is not reversed, noting that a

**La sénatrice Nancy Ruth :** Nancy Ruth, de l'Ontario.

**La sénatrice Merchant :** Pana Merchant, de la Saskatchewan.

**Le sénateur Eggleton :** Art Eggleton, sénateur de Toronto et vice-président du comité.

**Le président :** Je remercie les témoins et leur souhaite la bienvenue. Je vous inviterais à présenter vos exposés dans l'ordre suivant : madame Tanaka, je vous prierais de commencer, puis ce sera au tour de Mme Reynolds et de Mme Cloutier. Nous laisserons chacune de vous faire son exposé, puis mes collègues auront l'occasion de vous poser des questions.

Cela dit, j'invite Mme Phyllis Tanaka, qui est conseillère principale en alimentation et nutrition aux Affaires publiques et réglementaires de Produits alimentaires et de consommation du Canada à faire son exposé.

**Phyllis Tanaka, conseillère principale, Alimentation et nutrition, Affaires publiques et réglementaires, Produits alimentaires et de consommation du Canada :** L'association des Produits alimentaires et de consommation du Canada, PACC, vous remercie de lui donner l'occasion de contribuer à l'étude sur l'incidence croissante de l'obésité au Canada : ses causes, ses conséquences et les solutions d'avenir.

PACC est la plus grande association industrielle au Canada et représente diverses entreprises de produits alimentaires, de boissons et de produits de consommation. Les entreprises membres de notre association fabriquent et vendent un très large éventail de boissons et de produits alimentaires destinés à la population canadienne.

L'obésité est un problème mondial complexe. Un groupe d'experts d'Obésité Canada sur les lignes directrices de pratique clinique a fait valoir les points suivants dans le *Journal de l'Association médicale* en 2007. Premièrement, la cause de l'obésité est complexe et multifactorielle. Au niveau le plus simple, l'obésité découle d'un bilan énergétique positif à long terme, soit l'interaction entre l'apport et la dépense d'énergie. Deuxièmement, l'augmentation rapide de la prévalence de l'obésité au cours des 20 dernières années découle de facteurs environnementaux et culturels. Troisièmement, des stratégies radicales de prévention et d'intervention s'imposent pour ralentir et, espère-t-on, arrêter la montée alarmante de la prévalence de l'obésité au Canada et dans le monde.

Le groupe d'experts a également décrit les conséquences graves de ne pas s'attaquer au problème de l'obésité, notamment un risque accru de diabète de type 2, d'hypertension, de dyslipidémie, de coronaropathie, d'accidents vasculaires cérébraux, d'arthrose et de certaines formes de cancer. Sans oublier le fardeau accru sur le système de santé, car une évaluation réalisée en 1997 avait déjà estimé de façon modeste le coût de l'obésité à 2 milliards de dollars par année.

Plus récemment, l'étude « *Overcoming Obesity : An Initial Economic Analysis* » publiée en 2014 par l'Institut McKinsey Global, qui porte sur l'aspect économique de l'obésité, réitère l'imminence et la complexité du problème et de ses conséquences

comprehensive program of multiple interventions involving all societal stakeholders is required. No single solution approach will impact on the prevalence of obesity. The Canadian Obesity Network makes similar comments on their website.

Food and beverage manufacturers are amongst the stakeholders that need to be involved, and I would confirm today that the food and beverage manufacturing industry is involved.

FCPC food and beverage member companies provide Canadians with a diversity of product choices in the marketplace. They offer products reduced in sodium, saturated and trans fats and sugars, for example. They offer products with added nutrients such as calcium, vitamin D and fibre. They offer choice. Canadians can choose from a wide variety of products on the retail shelf in support of shaping a healthy dietary pattern.

Further, FCPC members continue to invest in new product development and reformulation, cognizant of both the evolving science related to food nutrition and health and consumer preferences.

Historically, as a significant stakeholder in matters related to food nutrition and health, FCPC and its member companies have taken active roles in advancing some public policy. For example, we participated in the Trans Fat Task Force and in the Sodium Reduction Strategy for Canada consultations. More recently, I was a member of the Ontario government-appointed Healthy Kids Panel that resulted in the report *No Time to Wait: The Healthy Kids Strategy*.

We remain a committed partner to Health Canada on the Nutrition Facts Education Campaign. We know that understanding the Nutrition Facts table is cornerstone to consumers making informed choices. This campaign is an excellent example of what can be accomplished through public-private partnerships.

Through the Ontario Healthy Kids Panel consultation process, FCPC became aware of a program that emulates a multi-stakeholder comprehensive approach. EPODE began as a 2003 pilot project in a community in France designed to reduce childhood obesity rates. It succeeded. EPODE, which incorporates a whole community approach, exists in numerous European countries and is expanding. EPODE is built on four pillars: a strong political commitment; resources, including public-private partnerships; support services; and a sound evidence-based evaluation process.

si cette tendance mondiale n'est pas renversée. L'étude affirme qu'il faut mettre sur pied un programme complet d'intervention à multiples facettes et que tous les secteurs de la société doivent s'impliquer dans ces changements, car aucune solution unique n'aura d'impact sur la prévalence de l'obésité. Le Réseau canadien en obésité exprime la même opinion sur son site web.

Les fabricants de produits alimentaires et de boissons sont au nombre des parties prenantes à inclure. D'ailleurs, j'aimerais confirmer aujourd'hui que l'industrie de la transformation des aliments et des boissons œuvre déjà en ce sens.

Les entreprises membres de PACC offrent une grande gamme de choix alimentaires, notamment des produits à teneur réduite en sodium, en gras saturés, en gras trans et en sucre. Elles offrent aussi des produits enrichis de calcium, de vitamine D et de fibres. Elles offrent des choix. Les Canadiens ont la possibilité de choisir en magasin parmi un large éventail de produits favorables au développement d'habitudes alimentaires saines.

De plus, les entreprises membres de PACC continuent d'investir dans la création et la reformulation des produits alimentaires en tenant autant compte des progrès scientifiques et technologiques en matière d'alimentation, de nutrition et de santé que de la préférence des consommateurs.

PACC est depuis longtemps une partie prenante importante dans les secteurs de l'alimentation, de la nutrition et de la santé. D'ailleurs, l'association et ses entreprises membres ont joué un rôle actif dans la promotion de politiques publiques. Par exemple, nous avons participé au processus du Groupe de travail sur les gras trans et aux consultations de la Stratégie de réduction du sodium pour le Canada. Plus récemment, j'étais l'une des membres du Comité d'experts pour la santé des enfants créé par le gouvernement de l'Ontario qui a produit le rapport *L'urgence d'agir : Stratégies pour des enfants en santé*.

Nous demeurons un partenaire engagé de Santé Canada dans notre soutien de la Campagne d'éducation sur le tableau de la valeur nutritive, car la compréhension de celui-ci est la pierre angulaire qui permet d'orienter les consommateurs vers des choix alimentaires informés. Cette campagne est un excellent exemple de ce que peut accomplir un partenariat public-privé.

Par le biais de son engagement dans le processus de consultation du Comité ontarien d'experts pour la santé des enfants, PACC a pris connaissance d'un autre programme ayant adopté une approche globale à intervenants multiples. EPODE était un projet pilote de prévention de l'obésité infantile qui a commencé en 2003 dans une ville de France. Ce fut un franc succès. EPODE, qui est basé sur une implication de toute la collectivité, existe désormais dans de nombreux pays européens et continue de prendre de l'ampleur. EPODE repose sur quatre piliers : un engagement politique ferme; des ressources, y compris des partenariats public-privé; des services de soutien et un processus d'évaluation solide.

Based on recommendations in the panel report, the Ontario government implemented an EPODE framed community initiative known as the Healthy Kids Community Challenge as one of its first strategies.

In a submission to the Ontario government on the panel report, FCPC applauded the government for moving forward with the EPODE recommendation. FCPC concurs with the points made by authors noted earlier. Only a well thought out, comprehensive, multi-stakeholder approach will suffice if we are to change the trajectory of obesity.

In closing, FCPC offers the following recommendations on policy interventions designed to address obesity: They must be evidence-based; they must be science-based; they must be effective and feasible; there must be an evidence-based causal link between the intervention and the desired outcome; and they must be built on existing programs utilizing best practices and wisdom gained from past experiences. Finally, they must be multi-stakeholder in approach.

Thank you for this opportunity.

**The Chair:** Thank you very much.

I will turn to Ms. Reynolds, who is Executive Vice-President, Government Affairs with Restaurants Canada.

**Joyce Reynolds, Executive Vice-President, Government Affairs, Restaurants Canada:** Thank you.

There is a saying in our business: “If you’re not at the table, you’re on the menu.” With an important issue such as obesity, it’s essential that the restaurant sector be included in the healthy living policy table. So I thank you for the invitation to be here today.

Our key message is that we should be seen as an important part of the healthy living solution.

I’m going to go through the deck, some of it quite quickly. I’m on the second page now, and I want to give you a couple of words about Restaurants Canada.

I’m proud to represent an important Canadian industry that touches the lives of Canadians through customers, employees, and suppliers in virtually every community, rural and urban, across the country. We have over 30,000 members. They include quick and full service restaurants, hotels, social and contract caterers, clubs, coffee shops and pubs, as well as institutions such as hospitals, schools and offices.

As part of our commitment to support improving the health of Canadians, our board of directors approved a healthy living strategy. The vision is on page 3, and then you’ll find on pages 4 and 5 the guiding principles that underpin this strategy.

En réaction aux recommandations du comité d’experts, l’une des premières stratégies du gouvernement de l’Ontario fut de mettre sur pied une initiative communautaire basée sur la méthodologie EPODE appelée Action communautaire Enfants en santé.

PACC, dans une présentation portant sur le rapport du groupe d’experts, a félicité le gouvernement de l’Ontario pour sa décision de suivre les recommandations de l’EPODE. PACC se rallie aux points qu’ont fait valoir les auteurs plus tôt. Seule une approche multisectorielle concertée et coordonnée suffira pour changer la trajectoire de l’obésité.

En conclusion, PACC soumet les recommandations suivantes sur les interventions en matière de politique pour contrer l’obésité. Celles-ci doivent être fondées sur des données probantes; fondées sur des preuves scientifiques; efficaces et réalisables, avec un lien de causalité prouvé entre l’intervention et le résultat souhaité et fondées sur des programmes existants, qui tiennent compte des pratiques exemplaires et de la sagesse acquise au fil des années. Enfin, elles doivent être axées sur une approche multisectorielle.

Je vous remercie de l’invitation.

**Le président :** Merci beaucoup.

Nous passons maintenant à Mme Reynolds, qui est vice-présidente exécutive des affaires gouvernementales à Restaurants Canada.

**Joyce Reynolds, vice-présidente exécutive, Affaires gouvernementales, Restaurants Canada :** Je vous remercie.

Il y a un dicton dans notre domaine : « Si vous n’êtes pas à table, vous êtes au menu. » Dans un dossier aussi important que celui de l’obésité, il est essentiel que le secteur de la restauration soit convié à la table des discussions concernant les politiques sur les modes de vie sains. Je vous remercie donc de votre invitation.

L’essentiel de notre message est qu’il faut nous voir comme un élément important de la solution au défi de l’adoption de modes de vie sains.

Je vais parcourir — parfois assez rapidement — la présentation. Je suis actuellement à la deuxième page. Je vais dire quelques mots au sujet de Restaurants Canada.

Je suis fière de représenter une importante industrie canadienne, qui touche la vie des Canadiens — qu’il s’agisse des clients, des employés ou des fournisseurs — de toutes les collectivités du pays, tant rurales qu’urbaines. Nous comptons plus de 30 000 membres. Il s’agit de restaurants à service rapide ou complet, d’hôtels, de traiteurs sociaux ou contractuels, de clubs, de cafés, de brasseries et d’institutions comprenant des hôpitaux, des écoles ou des bureaux.

Dans le cadre de notre engagement à contribuer à l’amélioration de la santé des Canadiens, notre conseil d’administration a approuvé une stratégie sur les modes de vie sains. Vous trouverez la vision à la page 3 et les principes directeurs, qui sous-tendent la stratégie, aux pages 4 et 5.

Moving on to slide 6, when we surveyed our members a few years ago to find out how important the obesity issue is to their businesses, what they're doing to promote and encourage healthy living, and how consumers are responding, we found that 80 per cent considered the issue important or somewhat important to their business.

We asked our members to what extent they agreed or disagreed with a number of statements. The first statement was that healthy living is a top priority for the food service industry, and we gave examples offering healthy menu choices, providing nutritional information and promoting physical activity. Sixty-eight per cent agreed or strongly agreed that it is a top priority.

Moving on to the next slide: 72 per cent of members indicated that at their restaurant individual dietary preferences and requirements are accommodated.

Moving on to the next slide: Only 12 per cent disagreed that restaurants play an important role in building healthy communities and neighbourhoods, with 64 per cent agreeing or strongly agreeing.

The next slide: "Healthy" does not equate to "unprofitable," according to 63 per cent of respondents. However, 18 per cent indicated that putting healthy food items on menus is not profitable for their business.

I'm now on slide 11. Only 38 per cent of member respondents indicated that their customers were asking them to add healthy options to their menus.

Slide 12: However, 65 per cent of member respondents agreed or strongly agreed that they had a responsibility to offer menu choices so their customers can make healthier food choices.

Recently, Restaurants Canada surveyed our chain members to track their progress in supporting healthy living since our last survey in 2010, and to date we have preliminary results from 16 chain restaurants representing 10,300 restaurants. These respondents range from a 6-unit restaurant chain to a 3,600-unit restaurant chain, from quick service to fine dining, with the number of items on their menus varying from 50 to 500. Every single respondent has indicated that they have introduced or reformulated menu items since our last survey to support the goals of improving diets or reducing obesity. Ninety-four per cent reported changes to menus to reduce sodium, 100 per cent to reduce calories, and 75 per cent to add grains and fibre.

Passons à la diapositive numéro 6. Nous avons mené un sondage auprès de nos membres il y a quelques années afin de connaître l'importance du problème de l'obésité pour leur entreprise, leurs actions pour promouvoir et encourager un mode de vie sain et la réaction des consommateurs. Nous avons appris que 80 p. 100 considéraient que ce problème a une grande ou une certaine importance pour leur entreprise.

Nous avons demandé à nos membres dans quelle mesure ils étaient en accord ou en désaccord avec certaines affirmations. La première affirmation était qu'un mode de vie sain est une priorité importante pour le secteur des services alimentaires. Elle était accompagnée d'exemples, comme offrir des menus santé, fournir de l'information nutritionnelle et promouvoir l'activité physique. Soixante-huit pour cent de nos membres étaient d'accord ou fortement d'accord avec l'idée que c'est une priorité absolue.

Passons à la diapositive suivante. Soixante-douze pour cent des membres ont indiqué que leur restaurant s'adaptait aux préférences et aux exigences alimentaires individuelles.

À la diapositive suivante, on remarque que seulement 12 p. 100 des membres sont en désaccord avec l'énoncé selon lequel les restaurants jouent un rôle important pour créer des communautés et des quartiers sains, tandis que 64 p. 100 d'entre eux sont en accord ou fortement en accord avec cette affirmation.

À la diapositive suivante, on apprend que 63 p. 100 des membres sont d'accord pour dire que « santé » et « rentabilité » vont de pair. Cependant, 18 p. 100 ont fait savoir que mettre des articles santé au menu n'est pas rentable pour leur entreprise.

Je suis maintenant à la diapositive n° 11. Seulement 38 p. 100 des répondants ont signalé que leurs clients leur demandent d'ajouter davantage d'options saines à leurs menus.

Passons maintenant à la diapositive n° 12. Soixante-cinq pour cent des membres ont indiqué être en accord ou fortement en accord avec l'énoncé selon lequel ils ont la responsabilité de proposer à leurs menus des possibilités afin de permettre à leurs clients de faire des choix alimentaires plus sains.

Restaurants Canada a mené récemment un sondage auprès de ses membres pour déterminer les progrès qu'ils ont réalisés depuis le sondage de 2010 dans la promotion de modes de vie sains. Nous avons obtenu jusqu'ici des résultats préliminaires auprès de 16 chaînes qui représentent 10 300 restaurants. L'éventail des répondants variait énormément, allant d'une chaîne comptant 6 restaurants à une autre qui en regroupe 3 600, ainsi que de restaurants à service rapide à d'autres qui servent des repas gastronomiques. Le nombre d'articles aux menus variait entre 50 et 500. Tous les répondants ont fait savoir qu'ils avaient introduit ou reformulé certains articles depuis notre dernier sondage pour répondre aux objectifs d'amélioration de l'alimentation ou de réduction de l'obésité. Par ailleurs, 94 p. 100 ont indiqué avoir modifié leurs menus pour réduire la teneur en sodium des plats, 100 p. 100 pour réduire les calories, et 75 p. 100 pour ajouter des grains et des fibres.

Chains provided hundreds of examples of menu items they have changed: Soup, sauces, gravies, baked goods, subs, tortillas, pizzas, breakfast sandwiches and entrées. For example, one improved the healthiness of their macaroni and cheese by using less cheese and therefore less saturated fat and sodium and by adding vegetables like butternut squash. Another created a vegan pad Thai with root vegetable noodles and Thai vinaigrette that is sugar free and gluten free.

Slide 14 indicates that 87.5 per cent of responding chain members have made changes to serving sizes. Some offer half-size portions or a range of portion sizes. Some pizza operators are offering a thin crust version of their pizza with less cheese and toppings. Many report scaling back the portions of meats, cheeses and starches to reduce calories while adding more vegetables, with one saying that customers are becoming more accepting of meat in a secondary role on the plate. In fact, one casual table service chain said, "A big plate of fries is not necessarily seen as value-added, so we are putting less fries on the plate but higher quality fries."

The next slide: By far the biggest challenge respondents identify in bringing healthy products to market was consumer uptake and acceptance. The availability of healthier options may drive consumers to a particular restaurant, but they continue to choose the more indulgent food items. Our members have reported having more success with reformulations and reductions without increased promotion around health. One member reported a healthy item on his menu that was selling well, but sales plummeted when he labelled it as a healthy option. Another wrote: "We don't have a challenge bringing items to market. The challenge is getting consumers to buy them. Our mix of salads and other healthy choices is less than 2 per cent of sales."

Functionality and taste issues were also identified as challenges. Needing to work collaboratively with supplier chains to create healthier base products, not having to special order healthy items from suppliers, and generating enough sales to be able to use enough volume to ensure freshness were also identified as issues.

So what we see as a challenge for our industry is convincing consumers that you can have lighter fare without sacrificing flavour or satisfaction. One high-end restaurant chain owner wrote that his guests are increasingly seeking out food that will nourish them rather than simply provide a momentary sense of enjoyment.

Moving on to slide 16 —

Les chaînes ont présenté des centaines d'exemples de modifications apportées à leurs menus : soupes, sauces, produits de boulangerie, sous-marins, tortillas, pizzas, sandwichs petit-déjeuner et plats de résistance. Par exemple, une chaîne a rendu plus sain son macaroni au fromage en utilisant moins de fromage, ce qui a permis de diminuer la teneur en gras saturés et en sodium du plat, et en ajoutant des légumes, comme des courges musquées. Une autre chaîne a créé un pad thaï végétalien en utilisant des nouilles aux légumes racines et une vinaigrette sans sucre ni gluten.

La diapositive n° 14 indique que 87,5 p. 100 des chaînes ayant répondu au sondage avaient modifié la taille de leurs portions. Certaines offrent des demi-portions ou un éventail de portions différentes. Certaines pizzérias offrent une version à croûte mince de leurs pizzas qui ont aussi moins de fromage et de garnitures. De nombreux répondants signalent avoir réduit la taille de leurs portions de viande, de fromage et de féculents afin de diminuer les calories, tout en ajoutant des légumes. Une chaîne a affirmé que ses clients étaient de plus en plus enclins à accepter le fait que la viande ne soit plus l'élément principal d'un plat. En fait, une chaîne de restaurants à l'ambiance décontractée et offrant le service aux tables a déclaré ce qui suit : « Une grande portion de frites n'est pas forcément perçue comme un plat à valeur ajoutée. Par conséquent, nous avons diminué la portion, mais les frites sont de meilleure qualité. »

Passons à la diapositive suivante. Selon les répondants, le plus grand défi, et de loin, qu'ils doivent relever pour offrir des produits sains sur le marché, c'est la différence entre ce que les clients disent vouloir et ce qu'ils achètent. L'offre d'options plus saines peut inciter des clients à fréquenter un restaurant en particulier, mais ils continuent de choisir les aliments davantage assimilables à des pâtisseries. Nos membres ont signalé connaître plus de succès en remaniant certains plats et en réduisant les portions sans faire la promotion de saines habitudes alimentaires. Un membre a fait savoir qu'un mets inscrit à son menu se vendait bien jusqu'à ce qu'il précise qu'il s'agissait d'une option santé. Un autre a écrit ce qui suit : « Il n'est pas difficile d'offrir certains mets. Le problème, c'est d'inciter les clients à les acheter. Nos salades et autres choix santé représentent moins de 2 p. 100 de nos ventes. »

Les membres ont aussi attiré l'attention sur des problèmes de fonctionnalité et de goût. Ils ont aussi dit qu'il était nécessaire de travailler en collaboration avec les fournisseurs afin de créer des produits plus sains, au lieu de devoir commander des produits santé spéciaux, et de générer suffisamment de ventes pour que le volume puisse garantir la fraîcheur des produits.

Par conséquent, le défi que doit relever l'industrie, c'est de convaincre les clients de choisir des plats allégés, mais tout aussi savoureux et satisfaisants. Le propriétaire d'une chaîne de restaurants de haut niveau nous a écrit pour dire que ses clients recherchaient de plus en plus des aliments nourrissants, plutôt que des produits qui leur procurent un plaisir fugace.

Passons maintenant à la diapositive n° 16...

**The Chair:** You're just about at your time limit. I will give you a couple more minutes.

**Ms. Reynolds:** I did want to talk about our industry being very engaged in helping Canadians expend calories. Our industry spends millions of dollars a year on activity-based sponsorship and promotions. We are also fundraising for summer camps, playgrounds, Special Olympics, Kiwanis Boys & Girls Clubs, healthy eating workshops, et cetera.

I wanted to talk about the provision of nutrition information, which is on slide 18. I will skip over it, but you can see that a majority provide information to consumers about the nutrition components of their menus. I will leave the informed dining to questions, possibly.

I will wrap up by saying that we have a lot that we can bring to the table; our use of technology and we're innovative. We want to be part of the solution.

We're happy to answer questions about the other sections of this presentation. Thank you.

**The Chair:** I have a clarification on slide 6. The numbers add up to 108 per cent.

**Ms. Reynolds:** I will look into that when I get back to find out how that could be.

**The Chair:** It's not urgent, but if there is a significant issue from that, please let the clerk know.

**Ms. Reynolds:** Thank you.

**The Chair:** I can now turn to the Food Processing and Consumer Products Council. We're very pleased to have with us Ms. Sylvie Cloutier, President and CEO. With her is Annick Van Campenhout, Chief Executive, Council for Food Progress Initiatives.

[Translation]

**Sylvie Cloutier, President and CEO, Food Processing and Consumer Products Council:** Thank you very much. I will do my presentation in French.

So, quickly, the Council of Food Processing and Consumer Products — CTAC — is the main food industry association in Quebec. We have more than 500 members, representing roughly 80 per cent of the sales figures. Food processing, as you probably know, is the largest manufacturing sector in Quebec and Canada.

**Le président :** Vous avez presque écoulé votre temps de parole. Je peux vous accorder deux minutes supplémentaires.

**Mme Reynolds :** Je tiens à dire que notre industrie déploie de grands efforts pour aider les Canadiens à brûler des calories. Chaque année, elle dépense des millions de dollars pour parrainer et promouvoir l'activité physique. De plus, elle finance des camps d'été, des terrains de jeu, les Jeux olympiques spéciaux, les clubs Kiwanis pour garçons et filles, des ateliers sur les saines habitudes alimentaires, et j'en passe.

Je souhaitais parler de la communication d'information nutritionnelle, dont il est question à la diapositive n° 18. Je ne vais pas m'attarder là-dessus, mais vous constaterez que la majorité des répondants mettent de l'information nutritionnelle sur leurs menus à la disposition de leurs clients. Si possible, j'aimerais parler du programme Resto-Info pendant la période de questions.

En terminant, je dirais que, grâce à la technologie et à notre esprit d'innovation, nous avons beaucoup à offrir en matière d'alimentation. Nous souhaitons contribuer à la solution.

Il nous fera plaisir de répondre à vos questions sur d'autres parties de l'exposé. Merci.

**Le président :** J'aimerais avoir quelques éclaircissements sur la diapositive n° 6. Si on additionne les chiffres, on obtient un total de 108 p. 100.

**Mme Reynolds :** Je vais examiner cela à mon retour au bureau pour trouver une explication.

**Le président :** Ce n'est pas urgent, mais s'il est nécessaire de rectifier la situation, je vous prierais d'en aviser la greffière.

**Mme Reynolds :** Je vous remercie.

**Le président :** Nous allons maintenant donner la parole aux représentantes du Conseil de la transformation agroalimentaire et des produits de consommation. Nous sommes très heureux d'accueillir aujourd'hui Mme Sylvie Cloutier, présidente-directrice générale du conseil. Mme Cloutier est accompagnée d'Annick Van Campenhout, directrice générale du Conseil des initiatives pour le progrès en alimentation.

[Français]

**Sylvie Cloutier, présidente-directrice générale, Conseil de la transformation agroalimentaire et des produits de consommation :** Merci beaucoup. Je vais faire ma présentation en français.

Donc, très rapidement, le Conseil de la transformation agroalimentaire et des produits de consommation (CTAC) est la principale association de l'industrie alimentaire au Québec. Nous comptons plus de 500 membres qui représentent environ 80 p. 100 du chiffre d'affaires. La transformation alimentaire, comme vous le savez sans doute, est le premier secteur manufacturier en importance, au Québec et au Canada.

I am not here to repeat what Ms. Tanaka and Ms. Reynolds said. CTAC has always been very involved in all the federal and provincial committees and consultations.

Over the years, our members have asked us for support. We have worked hard on developing solutions with the industry. First, long before the trans-fat regulations came out, we developed a guide to help the industry work on its products and reduce trans fats in food processing.

A few years later, we developed a sodium reduction guide. We brought you some copies of it. Again, this guide was developed in collaboration with universities and researchers, and we helped — and continue to help — the industry. We support it in its efforts to improve the food supply.

A few years ago, we were asked to look at international best practices. We commissioned a study on everything being used as best practices in favour of the industry, to help the industry come together around a common project to improve the food supply. A few years ago, we created the Council for Food Progress Initiatives and the Melior program. It is an association we created on behalf of Quebec's industry, but is completely detached from us now. I wanted to talk about this project today, because the project is expanding quite significantly. We are getting more and more members who are committed to improving the food supply. My colleague, Ms. Van Campenhout, is here today to talk about the Melior program.

Thank you.

**Annick Van Campenhout, Chief Executive Officer, Council for Food Progress Initiatives, Food Processing and Consumer Products Council:** I will also do my presentation in French. Thank you for having us. I am here to talk about improving the food supply.

The industry came together around a project inspired by what is happening in France. France implemented a voluntary charter for committing to improving the nutritional offer. We looked at this project and brought it to Quebec and adapted it to Quebec's realities, for Quebec's industries. Around the table we invited representatives from the entire agri-food sector, and from the Department of Health, in order to validate what we were doing.

We called the nutritional offer improvement program "Melior" — after the French word "améliorer," or "to improve." It is clear that we are not talking about health products, but indeed improved products. We are aiming to reduce salt, sugar, and fat, and to make portions smaller.

Je ne suis pas ici pour réitérer les messages de Mme Tanaka et de Mme Reynolds, parce que vous les connaissez. Le CTAC a toujours été très impliqué dans toutes les commissions et les consultations, à l'échelle fédérale comme à l'échelle provinciale.

Nos membres, au cours des années, nous ont demandé un appui. Nous avons beaucoup travaillé à élaborer des pistes de solution avec l'industrie. Dans un premier temps, nous avons produit, bien avant la réglementation sur les gras trans, un guide pour l'industrie qui visait à lui permettre de travailler sur les produits et de travailler à la réduction des gras trans dans la transformation des aliments.

Quelques années plus tard, nous avons produit un guide de réduction du sodium. Nous vous en avons apporté des copies. Encore une fois, c'est un guide qui a été produit en collaboration avec des universités et des chercheurs, et nous avons aidé — et nous aidons toujours — l'industrie. Nous l'appuyons dans ses efforts d'amélioration de l'offre alimentaire.

On nous a demandé, il y a quelques années, de nous pencher sur les meilleures pratiques à l'échelle internationale. Nous avons donc fait faire une étude de tout ce qui se faisait comme meilleures pratiques en faveur de l'industrie, pour aider l'industrie à être mobilisée autour d'un projet commun d'amélioration de l'offre alimentaire. Nous avons donc créé, il y a quelques années, le Conseil des initiatives pour le progrès en alimentation et le programme Melior. C'est une association que nous avons créée au nom de l'industrie québécoise, mais qui est complètement détachée de nous maintenant. Je voulais vous parler de ce projet aujourd'hui, parce que c'est un projet qui prend de l'ampleur de façon importante. Nous avons de plus en plus d'adhérents qui se sont engagés à améliorer l'offre alimentaire. Ma collègue, Mme Van Campenhout, est ici aujourd'hui pour vous parler du programme Melior.

Je vous remercie.

**Annick Van Campenhout, chef de la direction, Conseil des Initiatives pour le progrès en alimentation, Conseil de la transformation agroalimentaire et des produits de consommation :** Je vais également faire ma présentation en français. Je vous remercie de nous recevoir. Je suis ici pour vous parler de l'amélioration de l'offre alimentaire.

L'industrie s'est mobilisée autour d'un projet dont nous avons trouvé l'inspiration en France. La France a mis en œuvre les « chartes d'engagement volontaire d'amélioration de l'offre nutritionnelle ». Nous avons examiné ce projet et nous l'avons rapatrié au Québec, tout en l'adaptant aux réalités du Québec, pour les industriels du Québec. Autour de la table, nous avons invité des représentants de toute la filière agroalimentaire, ainsi que du ministère de la Santé, afin de valider toutes nos actions.

Nous avons intitulé le programme d'amélioration de l'offre nutritionnelle Melior — pour « améliorer ». Il est clair qu'il ne s'agit pas de produits santé, mais bien de produits améliorés; nous visons à réduire le sel, le sucre et le gras, et à diminuer les portions.



This program is voluntary. The companies commit to improving their products. The industry is coming together, but not in a haphazard way. Each sector is going at its own pace and according to its own product. Cheese is not a potato chip, and a soda drink is not deli meat. Each has to approach this according to its own commercial and industrial realities.

I can tell you today, and you will see this in my presentation, that the entire industry is on board with this project, from the distributors to the processors to the farmers. The restaurants are committed to it as well. In fact, the Pacini restaurant chain has changed the nutritional composition of all its sauces, and 18 of its sauces were completely overhauled. They contain a lot less salt; one tonne less salt, in fact.

A process and a target were put in place. I will answer your questions about this, but it is important to understand that the industry took charge. It doesn't always say so. At first, Pacini didn't say anything because the consumer did not necessarily want to hear it. The idea is to change the product without necessarily telling the consumer, but the consumer's arteries will know.

A program was implemented and the industry took charge of the changes. The distributors were also involved. The three major food chains in Quebec made commitments.

I will gladly answer your questions in greater detail, but we have a process for that.

[English]

**The Chair:** I will now turn to my colleagues for questions.

**Senator Eggleton:** Interestingly, yesterday *The Lancet* medical journal released a six-part study on obesity. It said researchers noted that no country out of the 187 that studied it reversed its obesity epidemic. They go on to say:

... today's food environments exploit people's biological (e.g., innate preference for sweetened foods), psychological (eg, marketing techniques), and social and economic (eg, convenience and cost) vulnerabilities, making it easier for them to eat unhealthy foods.

Ce programme est d'engagement volontaire. Les entreprises prennent l'engagement d'améliorer leurs produits. Donc, l'industrie se mobilise. Évidemment, elle ne le fait pas n'importe comment. Elle le fait à son rythme et en fonction de son produit. Un fromage n'est pas une croustille, une boisson gazeuse n'est pas de la charcuterie. Chacun doit y aller en fonction de sa réalité commerciale et de sa réalité industrielle.

Je puis vous dire aujourd'hui, et vous le voyez dans ma présentation, que l'ensemble de l'industrie s'est engagé dans ce projet, tant les distributeurs que les transformateurs et les producteurs agricoles. Les restaurateurs se sont engagés aussi. D'ailleurs, la chaîne de restaurants Pacini est la première à s'être engagée, et ce, volontairement. Pacini a modifié la composition nutritionnelle de l'ensemble de ses sauces, et 18 de ses sauces ont été changées de fond en comble. Elles contiennent beaucoup moins de sel, soit une tonne de sel en moins en fin de compte.

Un processus a été mis en place, de même qu'un référentiel. Je répondrai à vos questions à ce sujet, mais il est important de comprendre que l'industrie s'est prise en charge. Parfois, elle ne le dit pas. Pacini, au départ, ne l'a pas dit, parce que la clientèle ne veut pas nécessairement l'entendre. L'idée est de changer le produit sans nécessairement en informer le consommateur, mais ses artères le sauront.

Un programme est mis en place et l'industrie a pris en charge le changement. Les distributeurs se sont mis aussi de la partie. Les trois grandes chaînes d'alimentation au Québec ont pris des engagements.

Il me fera plaisir de répondre à vos questions plus précisément, mais nous avons un processus à cette fin.

[Traduction]

**Le président :** Je vais maintenant laisser mes collègues poser leurs questions.

**Le sénateur Eggleton :** Chose intéressante, la revue médicale *The Lancet* a publié hier une étude en six volets sur l'obésité. Selon cette étude, les chercheurs se sont aperçus qu'aucun des 187 pays ayant examiné le problème de l'épidémie d'obésité n'avait réussi à renverser la tendance. Voici la suite de l'article :

[...] de nos jours, les environnements alimentaires exploitent les vulnérabilités biologiques (par exemple, la préférence innée pour les aliments sucrés), psychologiques (par exemple, les techniques de marketing) et socioéconomiques (par exemple, la commodité et le coût) des gens pour qu'il soit plus facile pour eux de consommer des aliments néfastes à la santé.

The quote goes on to say:

It's time to realise that this vicious cycle of supply and demand for unhealthy foods can be broken with 'smart food policies' by governments alongside joint efforts from industry and civil society to create healthier food systems.

They're suggesting that you've been a key part of the problem, but you need to be a key part of the solution going forward. And I could well ask: Where have you been for 30 years? You cite the little things you're doing, yet this epidemic of obesity has been growing enormously in that period of time.

Let me focus on one thing in my questioning, and that is sodium. There are other things I'm concerned about in food, but I'll focus on sodium for the questions. I'll start with restaurants.

According to a study out of the University of Toronto, food served at chain restaurants in Canada stayed the same over three years. You give all these statistics, but from 2010 to 2013, they don't think it's improved at all. They said it did improve in some. They compared sodium levels in more than 2,100 foods based on nutrition data from websites of 61 restaurants with 20 or more locations across Canada. More than 22 per cent of sandwiches, wraps, ribs, pasta and entrees with meat or seafood exceeded the UL for sodium at sit-down restaurants. They're saying the industry has pledged to lower sodium many times, but it has failed to do so.

There is another study from the Center for Science in the Public Interest. We had their director before us previously. They found that sodium levels in most foods remained the same or increased. The number of products meeting Health Canada's targets only increased slightly since 2009. They found that sodium levels were reduced in one third of 171 products that they began tracking in 2009, but in two thirds, the foods remained unchanged or increased during that period of time.

The federal government had previously put in place a task force in 2010 but then decided to leave it all up to the industry to implement it. But it isn't happening according to this study.

L'article se poursuit ainsi :

Il est temps de se rendre compte que le cycle vicieux de l'offre et la demande en matière d'aliments néfastes à la santé peut être brisé grâce à l'adoption, par les gouvernements, de « politiques alimentaires intelligentes », ainsi que par des efforts déployés conjointement par l'industrie et la société civile en vue de créer des systèmes alimentaires plus sains.

Les chercheurs laissent entendre que vous avez énormément contribué au problème, mais que vous devez aussi participer ardemment à la découverte d'une solution. Et je pourrais vous poser la question suivante : qu'avez-vous fait depuis 30 ans? Vous énumérez les mesures secondaires que vous avez adoptées et, pourtant, l'épidémie de l'obésité s'est accentuée considérablement au cours de cette période.

Mes questions vont porter sur un sujet précis, soit le sodium. D'autres sujets m'inquiètent dans le domaine de l'alimentation, mais je vais me concentrer sur le sodium. Commençons par la situation dans les restaurants.

Selon une étude réalisée par l'Université de Toronto, la qualité des aliments servis dans les chaînes de restauration au Canada n'a pas changé au cours d'une période de trois ans. Vous citez toutes sortes de statistiques, mais, de 2010 à 2013, les auteurs de l'étude estiment que les aliments servis ne se sont pas du tout améliorés. Ils disent que, dans certains cas, il y a eu amélioration. Ils ont comparé les concentrations de sodium dans plus de 2 100 aliments en fonction des données nutritionnelles trouvées sur les sites web de 61 restaurants situés à au moins 20 endroits au Canada. Plus de 22 p. 100 des sandwichs, des roulés, des côtes levées, des pâtes et des plats contenant de la viande ou des fruits de mer servis dans des restaurants avec service à la table présentaient une teneur en sodium qui dépassait l'apport maximal tolérable. Les auteurs de l'étude ajoutent que l'industrie s'est engagée à maintes reprises à diminuer la teneur en sodium des aliments, mais qu'elle ne l'a pas encore fait.

Le Center for Science in the Public Interest a réalisé une autre étude à ce sujet. Le directeur de ce centre a déjà témoigné devant le comité. Le centre a constaté que la teneur en sodium de la plupart des aliments n'avait pas changé ou avait augmenté. Le nombre de produits qui répondent aux cibles fixées par Santé Canada a augmenté légèrement depuis 2009. Le centre a constaté que la teneur en sodium avait été réduite dans le tiers des 171 produits qu'il suit depuis 2009. Par conséquent, au cours de cette période, la teneur en sodium n'a pas changé ou a augmenté dans le cas des deux tiers de ces produits.

Après avoir mis sur pied un groupe de travail en 2010, le gouvernement fédéral a finalement décidé de confier à l'industrie la responsabilité de régler le problème lié au sodium. Toutefois, selon l'étude, l'industrie est incapable d'assumer cette responsabilité.

This is the final part before I put the questions to you. In Britain, they've had a much more aggressive effort at it. In fact, they have reduced sodium levels quite substantially, but this has involved both government and industry working closely together. In fact, the government has kept industry's feet to the fire.

Would you support a very close relationship between government and industry in trying to deal with the sodium problem and dealing with many of the other problems here? Just leaving it voluntarily isn't working.

**Ms. Reynolds:** With the first study that you referenced, in 30 per cent of menu items there was a reduction in sodium. Only 16 per cent had an increase in sodium. The study was from 2010 to 2013, and our members started reducing sodium before 2010.

With regard to what's going on in Britain, yes, there has been some success there. But you have to understand that Britain's starting point, and what they've done with their aggressive programs, has reduced the sodium to where we are right now in Canada. They are in uncharted territory and we're in uncharted territory with regard to reductions at this point in terms of sodium.

When you ask where we have been for the last 30 years, I would say in the last 10 years there has been tremendous change in terms of the evolution of menus. You can go into almost any restaurant now, and if you're interested in finding a healthy food item, it's available to you. There are choices available today that weren't available in years past.

**Ms. Tanaka:** I'm quite familiar with the sodium matter, actually. I sat on the federal Sodium Working Group when it was first implemented, so I've been involved in addressing this for a while. FCPC and its members have continued a dialogue with Health Canada as our members continue to work towards the guidance benchmarks that were set up by Health Canada out of the Sodium Working Group report.

I am not sure I know what dates Bill Jeffery used to do a comparison to see what was going on in the food supply, but that's a very relevant point. In fact, the next point for an assessment of the sodium success story, as I think it will prove to be, isn't until 2016, and that's when Health Canada will be doing a review. They will be going out and taking a proper assessment of what is out there in the food supply.

Voici la dernière partie de mon préambule avant que je passe aux questions. En Grande-Bretagne, on a lutté contre le problème de manière beaucoup plus vigoureuse. En fait, les niveaux de sodium ont été réduits considérablement dans ce pays, mais, pour y parvenir, le gouvernement et l'industrie ont dû travailler main dans la main. En fait, le gouvernement a maintenu la pression sur l'industrie.

Seriez-vous d'accord pour que le gouvernement et l'industrie travaillent en étroite collaboration afin de lutter contre le problème lié au sodium et de nombreux autres problèmes? Demander à l'industrie de le faire volontairement ne donne pas les résultats escomptés.

**Mme Reynolds :** Pour ce qui est de la première étude que vous avez mentionnée, il convient de noter que, dans 30 p. 100 des mets inscrits aux menus, la teneur en sodium a diminué. La teneur en sodium n'a augmenté que dans 16 p. 100 des aliments. L'étude a porté sur la période s'échelonnant entre 2010 et 2013, alors que nos membres ont commencé à réduire les niveaux de sodium avant 2010.

Effectivement, la Grande-Bretagne a vu ses efforts connaître du succès. Mais il faut comprendre que les programmes énergiques mis en œuvre dans ce pays ont permis de faire passer la teneur en sodium des aliments à ce qu'elle est actuellement au Canada. Tant en Grande-Bretagne qu'au Canada, on n'a jamais autant diminué la teneur en sodium des aliments.

Vous nous demandez ce que nous avons fait au cours des 30 dernières années. Je dirais que, pendant les 10 dernières années, la composition des menus a évolué énormément. De nos jours, vous pouvez trouver des plats sains dans presque tous les restaurants. Les consommateurs se voient aujourd'hui offrir des choix qui n'existaient pas il y a quelques années.

**Mme Tanaka :** Je connais bien le dossier du sodium. Comme j'ai été membre du Groupe de travail sur le sodium dès sa création, je participe aux efforts visant à lutter contre ce problème depuis un certain temps. Produits alimentaires et de consommation du Canada et ses membres poursuivent le dialogue avec Santé Canada, tandis que les membres de l'organisme continuent de travailler en vue de répondre aux normes fixées par Santé Canada en fonction des conclusions du rapport du Groupe de travail sur le sodium.

Je ne suis pas sûre des dates utilisées par Bill Jeffery pour effectuer une comparaison quant à la situation de l'approvisionnement alimentaire, mais il s'agit d'un point très pertinent. En fait, la prochaine étape en vue d'évaluer l'efficacité de nos efforts dans le dossier du sodium — et je pense que, effectivement, ils s'avéreront efficaces — n'aura lieu qu'en 2016, lorsque Santé Canada procédera à un examen de la situation. Les responsables de Santé Canada effectueront une évaluation appropriée de la situation sur le plan de l'approvisionnement alimentaire.

That, along with what will be done this year in 2015, will be to get a handle on what the dietary intake of the population is. Those two factors will come into play in assessing how far we've progressed. So until those are done, I would believe that we need to not take the message that we failed so seriously, because I don't think we're there yet. I know from the work with my member companies that they're working hard on continuing to reduce sodium in the food supply.

I would like to restate one point. In fact, I have a great graph back at the office that shows that the U.K. experience is just that. They have brought their sodium levels down to our starting point when we started the sodium reduction strategy. In fact, that's what we've named it. We're working in uncharted territory. The challenges associated with reducing sodium further are significant, and that needs to be factored in when we compare it to the U.K. story.

[Translation]

**Ms. Cloutier:** I will not repeat what my colleagues said. However, I will add that the industry did indeed take charge of this about a decade ago, maybe even 15 or 20 years ago. The industries adopted measures for gradually reducing sodium.

At the request of the industry, we developed manuals to help them work — on sodium, but also on trans fats, and we are currently working on a manual for sugar — and which seeks to help the industry improve its food supply and move in the right direction.

The arrival of the Melior program is the culmination of the industry coming together, which will help us in our work and provide support to those who wish to improve their food supply. We are working with professionals, experts, research centres, and everyone working on improving the food supply. Today some might say that nothing has been done about this in the past 30 years, but I am here to prove the contrary.

[English]

**Senator Eggleton:** Well, we can debate these studies for a while, but the independent studies are saying something different.

Let me ask you about advertising to children of unhealthy foods. We've had some discussion about that. In Quebec, they do have a prohibition on television advertising. Again, there was supposed to be some voluntary food industry work on this, but there is no evidence that it has been effective at all, except perhaps in Quebec. Could you comment on this question of targeting children in terms of advertising? *The Lancet* also referred to that. There is the advertising on television, and there is the Internet and kids also getting information in that way. Could you comment on this question of advertising and promoting of unhealthy products to children?

Cette évaluation ainsi que les mesures prises en 2015 nous permettront de déterminer l'apport alimentaire de la population. Nous devons tenir compte de ces deux facteurs au moment d'évaluer l'ampleur de nos progrès. Ainsi, tant que les résultats de ces études ne seront pas connus, je pense qu'il faudrait éviter de conclure que nous avons échoué lamentablement. Je sais que les entreprises membres de notre organisme travaillent d'arrache-pied pour réduire les niveaux de sodium au sein de l'approvisionnement alimentaire.

J'aimerais revenir sur un point en particulier. En fait, j'ai un excellent graphique au bureau qui montre que c'est justement ce qui s'est produit au Royaume-Uni. Dans ce pays, on a réussi à diminuer les niveaux de sodium et à les ramener à ce qu'ils étaient lorsque nous avons entrepris notre stratégie de réduction du sodium. En fait, c'est ainsi que nous l'avons baptisée. Nous sommes en terrain inconnu. Il faudra relever des défis considérables afin de continuer à réduire le sodium, et il faut tenir compte de cela quand on compare la situation au Canada avec celle au Royaume-Uni.

[Français]

**Mme Cloutier :** Je ne réitérerai pas le message de mes collègues. Par contre, j'ajouterais que l'industrie s'est effectivement réveillée et s'est prise en main il y a une dizaine d'années, peut-être même 15 ou 20 ans. Les industries ont pris des mesures pour adopter une réduction progressive du sodium.

Nous avons, à la demande de l'industrie, élaboré des manuels qui leur permettent de travailler — sur le sodium, mais aussi sur les gras trans, et nous travaillons sur un manuel sur le sucre actuellement — et qui visent justement à aider l'industrie à améliorer son offre alimentaire et à progresser dans le bon sens.

L'arrivée du programme Melior est justement une mobilisation de l'industrie qui nous permettra de travailler et d'offrir un appui à ceux qui désirent améliorer leur offre alimentaire. Nous travaillons avec des professionnels, des experts, des centres de recherche, et tout le monde travaille en faveur de l'amélioration de l'offre alimentaire. On peut bien dire, aujourd'hui, que l'on n'a rien fait depuis 30 ans, mais je peux vous prouver le contraire.

[Traduction]

**Le sénateur Eggleton :** Eh bien, on pourrait discuter de ces études pendant un bon bout de temps, mais les études indépendantes révèlent une tout autre histoire.

J'aimerais vous interroger sur la publicité destinée aux enfants et qui porte sur des aliments nuisibles à la santé. Encore là, l'industrie alimentaire était censée s'occuper volontairement de ce dossier, mais rien ne prouve que ses efforts ont été efficaces, sauf peut-être au Québec. Pourriez-vous nous parler des messages publicitaires destinés spécifiquement aux enfants? La revue *The Lancet* a aussi fait allusion à cette question. De la publicité est diffusée à la télévision, mais aussi sur Internet, où les enfants peuvent obtenir de l'information. Pourriez-vous nous dire ce que vous pensez de la promotion publicitaire de produits nuisibles à la santé auprès des enfants?

[Translation]

**Ms. Cloutier:** As you just said, this is not allowed in Quebec; ads on the Internet among other things are strictly monitored. It is not a problem.

As far as the Melior program is concerned, it is important to note that the people who adhere to the voluntary commitment charter are not able to promote their commitment on their products. We don't want to be like other programs and put meaningless logos on products. We do not want to mislead the consumer and tell him that an improved product can be consumed in larger quantities.

That way, the commitment is really made within the industry. A company that gets involved has to make improvements to its full range of products. It cannot put a logo on its product for the sake of it. This is work that is done in isolation, with the industry, research centres, researchers, and no advertising is done on the products to show that the company adhered to the commitment charter. There is nothing disingenuous about this.

[English]

**Ms. Tanaka:** I would like to speak to what happens in other parts of Canada. In particular, there is a voluntary initiative under way that has been in place for a while with Canada's food industry to provide guidance on what can and cannot be advertised and marketed to children under 12 years of age.

One of the things that does need to be factored into discussions on this issue is to your point about the Internet. Governments do have a limited range of ability to reach out and control, and the Internet is one of the things that is not as easily controlled. With an initiative like the voluntary one that I'm speaking to, the Canadian children's beverage advertising and marketing initiative, there are significant food industry players around that table. They engage in setting up voluntary guidelines not just in Canada but also in Europe and the States. They do have a way to reach out and make decisions, and they have made decisions to limit what is allowed on the Internet as well on television.

We need to champion a voluntary approach that involves industry and government working together, and we continue to do that. The one I've mentioned is based on being a living document. They want to sit down and continue to work with government and NGOs to make sure its effective. I support that approach. I think it can be very successful, and it has been to date.

**Ms. Reynolds:** Our members are in compliance with the voluntary initiative.

[Français]

**Mme Cloutier :** Comme vous venez de le dire, cela n'est pas permis au Québec; il y a une surveillance, sur Internet, entre autres, où toutes les mesures de publicité sont strictes et surveillées. Ce n'est donc pas une problématique.

En ce qui concerne le programme Melior, je dois vous dire que les gens qui adhèrent à la charte d'engagement volontaire n'ont pas la possibilité de faire la promotion de leur engagement sur leurs produits. On ne veut pas faire comme d'autres programmes et mettre sur un produit un logo qui ne signifie rien. On ne veut pas tromper le consommateur et lui dire qu'un produit amélioré est un produit que l'on peut consommer en plus grande quantité.

Ainsi, l'engagement se fait réellement au sein de l'industrie. Une entreprise qui s'engage doit apporter une amélioration sur l'ensemble de sa gamme de produits. Elle ne peut pas mettre un logo sur son produit simplement pour l'inscrire. C'est un travail qui se fait en vase clos, avec l'industrie, les centres de recherche, les chercheurs, mais on ne fait pas de publicité sur les produits pour montrer que l'on a adhéré à la charte d'engagement. Il n'y a donc pas de fausseté de ce côté.

[Traduction]

**Mme Tanaka :** J'aimerais parler de ce qui se passe ailleurs au Canada. Dans le cadre d'une initiative volontaire mise en place il y a un certain temps, en collaboration avec l'industrie alimentaire canadienne, on fournit des directives sur ce qui peut ou ne peut pas faire l'objet de messages publicitaires ou être mis en marché auprès des enfants de moins de 12 ans.

Ce que vous avez dit à propos d'Internet est l'un des éléments dont il faut tenir compte dans ce débat. Les gouvernements n'ont pas une capacité de sensibilisation et de contrôle illimitée, d'autant plus qu'Internet est l'une des choses sur lesquelles il est difficile d'exercer un contrôle. Dans le cadre des initiatives telles que celle, volontaire, dont je parle, l'Initiative canadienne pour la publicité sur les aliments et les boissons destinés aux enfants, de grands acteurs de l'industrie alimentaire sont à la table. Ils s'engagent à adopter volontairement des lignes directrices non seulement au Canada, mais aussi en Europe et aux États-Unis. Ils ont les moyens de joindre les consommateurs et de prendre des décisions. Ils ont d'ailleurs pris des décisions dans le but de baliser ce qui est permis sur Internet et à la télévision.

Il faut préconiser une approche volontaire axée sur la concertation entre l'industrie et l'État, comme nous continuons à le faire. L'approche dont j'ai parlé repose sur un document évolutif. Les membres de l'industrie veulent s'asseoir et poursuivre leur collaboration avec le gouvernement et les ONG pour s'assurer de son efficacité. J'appuie cette approche. Je pense qu'elle peut être très fructueuse, comme en font foi les résultats à ce jour.

**Mme Reynolds :** Nos membres se conforment à l'initiative volontaire.

**Senator Seidman:** I would like, Ms. Cloutier, to focus on the Melior project. I think it's a fascinating example of what positive things can be done.

I would like to start with a survey, which I think is also fascinating, that you conducted at the end of 2014. It showed that 60 per cent of Quebecers were willing to choose an improved product, and 29 per cent said they were willing to trade a regular product for an improved product, and that would make them more loyal to the brand, which I think is an interesting thing for industry to know.

A lot of very interesting things came out of that survey, and I think it might be important for our committee to have that information. The overview of that is in your submission to us, but if you have anything in terms of a more detailed report, the committee would be pleased to receive it through the clerk. I think it offers valuable information about the kinds of policy changes or leadership that can be taken in ways that populations are open to changing their habits.

The other point it made is that 49 per cent think that labels could be more informative.

I would like to move to more specifics about the program and how it's working, if you might give us that information. What is the reception that it has received among your members, and what proportion of your members are actually participating in it?

**Ms. Cloutier:** I will start and let Ms. Van Campenhout go with the rest of the answer.

The survey was done, and we have a copy here. We can provide the clerk with an emailed copy so you can get access to it. It was an independent survey done in the last year, and it has a lot of very valuable information for industry and for consumers.

With regard to Melior, as you probably know, we did a major study worldwide to see what was out there and what was working and not working. We came up with a French Canadian or Quebec version of a French program, and the reception is very good. I don't want to name anyone specifically, but I can tell you that, in the last year, one of the major retailers in Canada organized a meeting with their suppliers, so food processors, and basically said, "If you still want to be on our shelves, you will have to go the way that Melior is going. We will give more space to any product that has worked on improving the product itself."

It's not a program reserved for our members. It's basically a program open to any Quebec or Canadian companies. The response has been very good. So we're working hard to promote the program and the criteria. Annick can give you all the detail. The food industry has nothing to do with the program itself. We launched the initiative, but it's something completely separate

**La sénatrice Seidman :** Madame Cloutier, parlons du projet Melior. Je pense qu'il s'agit d'un exemple fascinant d'action positive.

Commençons par le sondage, tout aussi fascinant, que vous avez mené à la fin de 2014. Selon ses résultats, 60 p. 100 des Québécois sont prêts à opter pour un produit amélioré et 29 p. 100, à troquer un produit régulier pour un produit amélioré, devenant ainsi plus fidèles à une marque donnée. Voilà qui me semble pertinent pour l'industrie.

Beaucoup de choses très intéressantes sont ressorties de ce sondage, et je crois qu'il importe que le comité dispose de cette information. Votre mémoire en présente une vue d'ensemble, mais si vous aviez un rapport plus détaillé, les membres du comité seraient ravis que vous le leur fassiez parvenir par l'intermédiaire de la greffière. Je pense que nous y trouverions des renseignements fort utiles sur les orientations ou les changements stratégiques potentiels dans le but d'amener la population à envisager de modifier ses habitudes.

L'autre chiffre qui ressort du document, c'est que 49 p. 100 des répondants pensent que les étiquettes pourraient informer davantage.

J'aimerais maintenant en savoir un peu plus à propos du programme et de ses rouages, si vous voulez bien nous fournir l'information. Quel accueil vos membres ont-ils réservé au programme et quelle proportion de ceux-ci y participe bel et bien?

**Mme Cloutier :** Je commence, puis je laisserai le soin à Mme Van Campenhout d'étoffer ma réponse.

Le sondage a été réalisé, et nous avons un exemplaire de ses résultats ici. Nous pouvons courrieller le document à la greffière afin que vous puissiez le consulter. Nous avons mené ce sondage indépendant au cours de la dernière année. Le rapport regorge de renseignements fort pertinents pour l'industrie et les consommateurs.

En ce qui concerne le programme Melior, vous savez sans doute que nous avons mené une vaste étude pour recenser les programmes qui existent dans le monde entier et en évaluer l'efficacité. Nous avons ainsi pu concevoir une version canadienne-française ou québécoise d'un programme français, et elle a été très bien accueillie. Je ne veux pas nommer de nom, mais je peux vous dire que, au cours de la dernière année, l'un des plus grands détaillants au Canada a rencontré ses fournisseurs, des transformateurs alimentaires donc, pour leur dire en gros : « Si vous voulez rester sur nos tablettes, vous devez vous aligner sur Melior. Nous laisserons plus de place aux produits que les fabricants auront cherché à améliorer. »

Le programme n'est pas réservé à nos membres. Essentiellement, toute entreprise québécoise ou canadienne peut y participer. Les réactions sont très positives. Nous ne ménageons aucun effort pour faire la promotion du programme et des critères qu'il met de l'avant. Annick pourra vous fournir des précisions à ce sujet. L'industrie alimentaire n'a rien à voir avec le programme

from us, so they have a very thorough process. There is no one from the industry around the table. When they submit changes they have to go through a process with a committee. There is someone from Health Canada and from the department of health in Quebec on the committee, but it has been very difficult for some. They often had to come back with a chart to make sure that they would be accepted. Then for everyone that is accepted there is a thorough process to follow, whatever they have put on their chart, to make sure that they are delivering on the goods. I will let Annick give you some details on the process.

**The Chair:** We can't go through your entire study, so perhaps we can receive a summary subsequent to the event.

Would you have some quick comments?

**Senator Seidman:** I'm looking for data or progress reports showing the impact it has had on the percentage of healthy foods available in Quebec. Second, has the program had any impact on consumer consumption trends since you started in 2011? That's what I'm interested in.

[Translation]

**Ms. Van Campenhout:** This program was implemented four years ago. In the first year, we conducted a poll. You should know that Melior is in touch with consumers and the industry. The first poll indicated that consumers wanted to change their diet — we are talking about four years ago — but they weren't prepared to change their habits; it was too hard, it was complicated.

We did an independent poll every year. This year, we saw a difference for the first time because people made it quite clear that they were prepared to change their habits and switch brands; they were prepared to switch from the cereal brand they were used to buying to a brand that would be better for their health, a product that contained less sugar or salt. In the space of four years, with the Melior program and through these polls, we saw a difference.

We saw a difference in the companies as well. Four years ago, I had to go to the companies to sell them on the idea of the Melior program and explain that this was a tool for setting the parameters for their supply improvement process, an external support that would help confirm that a company made changes and worked on improving the supply, and that that is what they wanted to do. Now, companies are coming to me saying that they want to do something, asking for tools and a method for responding to the needs of their clients, who are asking them to do better.

I didn't expect to see those results in the space of four years. I'm not saying it's thanks to Melior. I'm just saying that that is the trend we observed. I am talking about Quebec because for

lui-même. C'est nous qui avons lancé l'initiative, mais elle est complètement distincte. Il y a un processus très rigoureux. Aucun acteur de l'industrie ne siège à la table. Lorsqu'une entreprise propose des changements, elle doit se conformer à la procédure d'un comité. Un fonctionnaire de Santé Canada et un du ministère de la Santé du Québec siègent au comité. Les démarches sont parfois très difficiles. Souvent, une entreprise doit revenir soumettre un tableau avant d'être acceptée. Ensuite, toutes les entreprises ayant été acceptées doivent respecter une procédure stricte par rapport à ce qui figure dans leur tableau de manière à garantir qu'elles livrent la marchandise. Je laisse le soin à Annick de vous fournir davantage de détails sur cette procédure.

**Le président :** Nous ne pouvons pas récapituler l'étude entière. Pourriez-vous plutôt nous en fournir un résumé?

Avez-vous des observations, rapidement?

**La sénatrice Seidman :** J'aimerais avoir accès à des données ou à des rapports d'étape qui montrent les répercussions du programme sur le pourcentage d'aliments sains disponibles au Québec. Par ailleurs, depuis son lancement, en 2011, le programme a-t-il eu des effets sur les tendances de consommation? C'est cela qui m'intéresse.

[Français]

**Mme Van Campenhout :** Il y a quatre ans, ce programme a été mis en place. À l'an un, nous avons fait un sondage. Il faut savoir que Melior est à l'écoute des consommateurs et de l'industrie. Le premier sondage indiquait que les consommateurs avaient le souhait de modifier leur alimentation — on parle d'il y a quatre ans —, mais qu'ils n'étaient pas prêts à changer leurs habitudes; c'était difficile, c'était compliqué.

Nous avons fait un sondage indépendant chaque année. Cette année, pour la première fois, nous avons constaté une différence, car les gens nous ont dit clairement qu'ils étaient prêts à changer leurs habitudes et à changer de marque; la marque de céréales qu'ils avaient l'habitude d'acheter, ils étaient prêts à la substituer pour une marque qui serait meilleure pour la santé, un produit qui contiendrait moins de sucre ou de sel. En l'espace de quatre ans, avec le programme Melior et au moyen de ces sondages, nous avons vu la différence.

Nous avons vu une différence au sein des entreprises également. Il y a quatre ans, je devais aller vers les entreprises pour leur proposer le programme Melior et leur expliquer qu'elles avaient un outil pour baliser leur processus d'amélioration de l'offre, un support externe qui permettrait de confirmer qu'une entreprise fait des changements et travaille à l'amélioration de l'offre, et que c'est ce qu'elles veulent. Maintenant, ce sont les entreprises qui viennent vers moi en expliquant qu'elles veulent faire quelque chose, en demandant des outils et une méthode pour répondre aux besoins de leurs clientèles, qui leur demandent d'être meilleures.

Je ne m'attendais pas à ces résultats en l'espace de quatre ans. Je ne dis pas que c'est grâce à Melior. Je dis simplement que l'on constate cette tendance. Je parle du Québec parce que, pour

now, the program runs only in Quebec. We are working on expanding it to the rest of Canada. In Quebec, we are clearly seeing a change, both in the consumer and in the industry. This is measurable and palpable in our polls.

If you like, I can send you all the polls we have done in the past four years.

[English]

**Senator Stewart Olsen:** I'm probably on the far end of the spectrum when it comes to mandating people's choice.

Ms. Reynolds, how realistic is it for restaurants to do all of these things that you're saying? Most of them don't have a dietitian. Many of them are mom and pop restaurants. It's okay if you're in a big city and you have instant access, but if you're from a small area and you have a diner, then you put on the menu what people would like.

I hear what you're saying. I think that consumers are changing, but I don't think that it's the food processors or anyone who is actually — what they're responding to is changing consumer wishes. You're in this to make money, everyone. Is it more important for the focus to be on educating people as to food choices and harm, or is it to be on government intervention to push restaurants and producers to do the right thing?

**Ms. Reynolds:** We are consumer-driven industry. Our survey results, included in the deck, show that there is an interest from consumers, and we are seeing some change.

We're a very diverse industry, so it really depends on the type of operation. Some consumers are more open than others. I have a slide on this as well; many people go to the restaurant for a treat. It's an indulgence. They save up for it, yet we also have people that go to restaurants quite regularly. Those who go regularly — they go to the chain restaurants — are very familiar with the nutritionals that are provided. They're making demands for healthier items and I think our industry is responding, but it's very dependent on the type of establishment and how far they can move consumers along.

[Translation]

**Ms. Van Campenhout:** I would like to interject. In my own experience with restaurant owners, and having seen the process of a restaurant owner, a chain of restaurants that has made improvements, I can say that I agree with you. The small restaurant works with its local clientele. I totally agree with you. Nonetheless, I also want to provide an example which ties in with the Melior program. It is the story of the chicken and the egg. Your question is whether or not the government should intervene.

l'instant, le programme est mis en œuvre au Québec. Toutefois, nous travaillons dans le but de l'étendre au reste du Canada. Au Québec, nous assistons clairement à un changement, tant à l'échelle du consommateur qu'à l'échelle de l'industrie. Cette réalité est mesurable et palpable à travers nos sondages.

Si vous le désirez, je peux vous faire parvenir l'ensemble des sondages que nous avons réalisés au cours des quatre dernières années.

[Traduction]

**La sénatrice Stewart Olsen :** Je suis probablement à l'extrémité du spectre pour ce qui est de prescrire des choix aux gens.

Madame Reynolds, est-il réaliste de s'attendre à ce que les restaurants fassent tout ce que vous proposez? La plupart d'entre eux n'ont pas de diététiste. Ce sont souvent des entreprises familiales. Dans une grande ville, où on peut accéder rapidement aux ressources nécessaires, ça va, mais lorsqu'il s'agit d'un petit restaurant de village, le menu doit correspondre aux goûts de la clientèle.

Je comprends votre approche. Je pense que le consommateur évolue, mais je ne crois pas qu'il revient aux transformateurs alimentaires ou à quiconque... L'industrie s'adapte à l'évolution des attentes des consommateurs. L'idée, c'est toujours de faire de l'argent. Faut-il surtout chercher à sensibiliser les gens aux choix alimentaires et aux méfaits de certains d'entre eux ou est-ce qu'il faut avant tout que l'État intervienne pour inciter les restaurateurs et les producteurs à bien agir?

**Mme Reynolds :** Notre industrie dépend des consommateurs. Les résultats de notre sondage, qui font partie de notre document d'information, révèlent un intérêt de la part des consommateurs. Nous constatons une évolution.

Nous sommes une industrie très variée. Tout dépend du type d'opération en cause. Certains consommateurs sont plus ouverts que d'autres. J'ai d'ailleurs une diapositive à ce sujet. Beaucoup de gens vont au restaurant pour se faire plaisir. C'est une gâterie. Ils économisent pour se la payer. Cependant, d'autres personnes mangent régulièrement au restaurant. Ces clients réguliers — ils fréquentent les chaînes — connaissent très bien la valeur nutritionnelle des plats qui figurent au menu. Elles réclament des plats plus santé, et je crois que l'industrie répond à cette demande. Cependant, tout dépend du type d'établissement en cause et de la mesure dans laquelle sa clientèle le suivra dans cette démarche.

[Français]

**Mme Van Campenhout :** J'aimerais intervenir. Compte tenu de ma propre expérience avec les restaurateurs, pour avoir vécu le processus d'un restaurateur, d'une chaîne de restaurants qui a fait des améliorations, je suis d'accord avec vous. Le petit restaurant travaille en fonction de sa clientèle locale, je suis bien d'accord avec vous. Toutefois, j'aimerais vous citer un exemple lié aussi au programme Melior. C'est l'histoire de la poule et de l'œuf. La question que vous posez est à savoir où le gouvernement devrait



Any intervention should centre on education, of course. However, it takes a generation and a half, maybe two before anything changes, especially when it comes to health.

What is more, we have to start somewhere. Let's talk about the Melior program. I want to point out that I'm not promoting the program so much as its underlying philosophy or process. It's a question of wanting to start somewhere. We are at point A, which is not great for health and we want to improve things.

I would like to give the example of an economic development corporation in Quebec that came to see me about setting up a project to have all the restaurants on the main street, including small restaurants, improve the food choices on their menus.

These are projects that fall under Melior. This is not just about distributors or processors, but about an underlying philosophy whereby businesses, like this economic development corporation that wants people to be better off and healthier, make a commitment to promote this project to restaurants.

You can see that it is possible to broaden the scope and to be creative in promoting better food choices.

[English]

**Senator Stewart Olsen:** I have a question for Ms. Tanaka. In your presentation, you mention obesity at the simplest level, results from long-term positive energy balance. Can you tell me what that means? The words "positive" and "obesity" don't seem to go together very well.

**Ms. Tanaka:** It means there is more energy going in than there is energy going out.

**The Chair:** The plus side of the equation.

**Senator Enverga:** You mentioned that the lower the obesity, the lower the cost to our health care system.

Anybody can answer this question: What is the daily recommended intake for salt, trans fats and sugars? Are there any standards? I know there is a lot of information in the pamphlets we have, but can you tell me in a plain figure?

**The Chair:** Just give him some quick examples because they are all listed.

**Ms. Tanaka:** As far as sodium goes, there is a recommendation that the daily population average should be aiming towards 2,300 milligrams, which is the goalpost during the process that's going on.

As far as trans fats go, as little as possible is the government recommendation.

intervenir. L'intervention devrait se faire dans le domaine de l'éducation, bien sûr. Toutefois, il faudra une génération et demie et peut-être deux avant de voir des changements, surtout pour la santé.

Par ailleurs, il faut commencer quelque part. Parlons du programme Melior. Je tiens à signaler que je ne fais pas la promotion du programme, mais de la philosophie ou du processus qui le sous-tend. Il s'agit de vouloir commencer quelque part. Nous sommes à un point A, qui n'est pas excellent pour la santé, et nous voudrions améliorer les choses.

J'aimerais citer l'exemple d'une corporation de développement économique au Québec qui est venue me consulter dans le but de mettre sur pied un projet qui ferait en sorte que l'ensemble des restaurateurs sur sa rue principale, y compris les petits restaurants, pourrait améliorer l'offre alimentaire de son menu.

Ce sont des projets qui sont mis en place par l'intermédiaire de Melior. On ne parle pas seulement des distributeurs ou des transformateurs, mais d'une philosophie sous-jacente selon laquelle les entreprises, comme cette corporation de développement économique, qui souhaitent que leur population se porte mieux et soit en meilleure santé, s'engagent à promouvoir ce projet auprès des restaurateurs.

Vous voyez qu'il y a moyen d'élargir la portée et de faire preuve de créativité dans la promotion d'une meilleure offre alimentaire.

[Traduction]

**La sénatrice Stewart Olsen :** J'ai une question pour Mme Tanaka. Dans votre présentation, vous dites que « [...] au niveau le plus simple, l'obésité découle d'un bilan énergétique positif à long terme [...] ». Pouvez-vous m'expliquer ce que cela signifie? Les mots « positif » et « obésité » ne semblent pas aller de pair.

**Mme Tanaka :** Cela signifie que l'apport en énergie est supérieur à la dépense énergétique.

**Le président :** Le côté positif de l'équation.

**Le sénateur Enverga :** Vous avez mentionné qu'une réduction du taux d'obésité entraîne une diminution des coûts pour le système de santé.

Je n'adresse la question à personne en particulier : quel est l'apport quotidien recommandé de sel, de gras trans et de sucres? Existe-t-il des normes? Les dépliants dont nous disposons sont très instructifs, mais quelqu'un peut-il me fournir des chiffres précis?

**Le président :** Ne donnez que quelques exemples, rapidement, car les chiffres sont tous indiqués.

**Mme Tanaka :** Pour ce qui est du sodium, l'apport quotidien moyen recommandé est d'environ 2 300 milligrammes, ce qui correspond à l'objectif défini dans le cadre du processus.

En ce qui concerne les gras trans, l'État recommande d'en consommer aussi peu que possible.

In terms of calories, 2,000 calories is used as the reference point for the average adult. When you're setting the Nutrition Facts table, for instance, 2,000 is the reference point. That doesn't mean that's what we should all be eating. That's the average reference point, and the rest depends on your age and activity level.

**Senator Enverga:** How about sugar?

**Ms. Tanaka:** There is no recommended amount of sugar. The Institute of Medicine report that the federal government uses as a reference point sets 25 per cent for added sugars as a reference point.

**Senator Enverga:** Can you quantify that?

**The Chair:** We had that in our testimony from the U.S. experts who gave us a detailed summary.

**Ms. Tanaka:** Twenty-five per cent based on the 2,000 calories as your reference point.

**The Chair:** They've given you the accurate figures and they're all listed in the documents.

**Senator Enverga:** I'm asking because I'd like to know if your members are following these guidelines. Would you say, for example, one soft drink, how much sugar would it have? Do your members follow the guidelines?

**Ms. Tanaka:** The guidelines I'm referring to are the dietary guidelines for a healthy dietary pattern. That's what an individual uses to make their dietary choices.

**Senator Enverga:** The soft drink makers and canned goods makers, how much sugar and salt do they use? Would you be able to say?

**Ms. Cloutier:** They indicate that on their products. If you eat the whole can, you're eating 20 per cent of the daily sodium you should be taking. They will give you indications on the labels. If you eat the whole thing, it's 10 per cent or 20 per cent of what you should intake daily in sodium or other products.

**The Chair:** Let's clarify this. Ms. Tanaka you clearly indicated what Health Canada listed, and Ms. Cloutier you stated clearly that on each product there is a label that tells you in each of these categories what it constitutes as a percentage of the normal daily recommended amount.

**Senator Enverga:** We want clear labelling for all these products. If you have two cans of soft drinks, does that mean it's bad for you? Is there a quicker way instead of reading all the numbers? Maybe one star could mean enough for one day or two stars. Would you be able to put that on the label of every product?

Quant aux calories, le point de référence est de 2 000 calories pour un adulte moyen. Pour concevoir un tableau de la valeur nutritive, par exemple, le point de référence est de 2 000 calories. Cela ne signifie pas pour autant que tout le monde devrait s'en tenir à cela. Ce n'est que le point de référence moyen. Il faut aussi tenir compte de l'âge et du degré d'activité.

**Le sénateur Enverga :** Et pour le sucre?

**Mme Tanaka :** Il n'y a aucune recommandation relativement au sucre. Selon l'Institute of Medicine, le gouvernement fédéral fixe un point de référence de 25 p. 100 pour les sucres ajoutés.

**Le sénateur Enverga :** Pouvez-vous quantifier ce pourcentage?

**Le président :** Les experts états-uniens qui sont venus témoigner nous ont déjà fourni un résumé détaillé de cette information.

**Mme Tanaka :** C'est 25 p. 100 du seuil de référence de 2 000 calories.

**Le président :** Vous avez obtenu les chiffres exacts, qui sont d'ailleurs tous fournis dans les documents.

**Le sénateur Enverga :** Si je pose la question, c'est parce que je veux savoir si vos membres respectent les lignes directrices. Selon vous, combien de sucre devrait contenir, disons, une boisson gazeuse? Vos membres respectent-ils les lignes directrices?

**Mme Tanaka :** Les lignes directrices dont je parle correspondent aux directives alimentaires pour une saine alimentation. C'est à cela que se fient les gens pour faire leurs choix alimentaires.

**Le sénateur Enverga :** Combien de sucre et de sel les fabricants de boissons gazeuses et de conserves utilisent-ils? Le savez-vous?

**Mme Cloutier :** C'est inscrit sur les produits. Si vous mangez tout le contenu de la boîte de conserve, vous consommez 20 p. 100 de l'apport quotidien de sodium recommandé. Les étiquettes fournissent l'information. Si on mange tout, on consomme 10 ou 20 p. 100 de l'apport quotidien recommandé de sodium ou d'autre chose.

**Le président :** Tirons les choses au clair. Madame Tanaka, vous avez clairement dit ce que préconise Santé Canada, et vous, madame Cloutier, vous avez clairement dit que chaque produit comporte une étiquette indiquant, pour chacune des catégories, à quel pourcentage de l'apport quotidien recommandé correspond le produit.

**Le sénateur Enverga :** Nous réclamons un étiquetage clair pour tous les produits. Si je bois deux canettes de boisson gazeuse, est-ce mauvais pour moi? Y a-t-il un moyen plus simple de le déterminer qu'en lisant tous les chiffres? Peut-être qu'afficher une étoile ou deux étoiles pourrait signifier que c'est assez pour une journée. Seriez-vous en mesure d'indiquer cela sur l'étiquette de chaque produit?

**Ms. Tanaka:** If you're looking for ways to help individuals develop a healthy dietary pattern, a couple of tools exist. One is called *Canada's Food Guide*, which the industry supports. It is a way to help shape a healthy dietary pattern.

The other tool is the Nutrition Facts table, which has, as we pointed out, the key nutrient contents listed as well as the per cent daily value. This helps a person to understand how much of a particular nutrient the product contributes to their daily intake. We have great tools in Canada to help Canadians make decisions.

**Senator Enverga:** Would you suggest that all these nutrition guides be placed prominently in every restaurant or even in supermarkets. For example, two cans would be enough for the whole day. Would you suggest that?

**The Chair:** Are you suggesting that?

**Ms. Tanaka:** I'm not suggesting anything.

**Ms. Cloutier:** I'm not either.

**Ms. Reynolds:** I will be happy to talk about transparency in terms of nutrition information in restaurants.

**Senator Merchant:** I know the chair would like us to stop speaking about this, but I do have a little information for you, senator. I was reading a health book over the weekend. It suggested that the daily consumption of sugar for a man ought to be 19 grams. I got a 355 millilitre can of cola, and it had 42 grams of sugar in it. I would like to know whether on the label you suggest that is whatever excessive percentage of our daily allowance that the one can contains. You suggested there are percentages on the labels that indicate what percentage you're getting. What is on the cola can that has more than twice the number of grams of sugar?

**The Chair:** There is no Health Canada standard for sugar. That's what I was referring to. There is the issue that no more than 25 per cent should be added sugar as a general thing going around these days. That's what I was referring to.

On your specific comment about somebody recommending 19 grams and the amount on a can of cola, does anyone wish to answer?

**Ms. Tanaka:** I will clarify the point around per cent daily value. It's listed on a nutrition facts table for the nutrients where, through a scientific process that was headed by both Canadian and American scientists in the Institute of Medicine, they established the nutrients where they had sufficient information to say, "We know what the daily value is for good health."

Sugar was not one of those because there is no evidence to show that there is a reason to limit sugar because of sugar per se. The link between sugar and any discussions is around the fact that overconsumption of sugar may be an overconsumption of calories

**Mme Tanaka :** Si l'idée est de trouver des moyens d'aider les gens à adopter de saines habitudes alimentaires, sachez qu'il existe des outils à cet effet. Pensons par exemple au *Guide alimentaire canadien*, qu'appuie l'industrie. C'est un moyen de favoriser de saines habitudes alimentaires.

Il y a aussi le tableau de la valeur nutritive. Comme nous l'avons expliqué, il présente les principaux nutriments ainsi que le pourcentage de la valeur quotidienne, ce qui aide les gens à comprendre à quelle proportion de leur apport quotidien d'un nutriment donné le produit correspond. Le Canada dispose d'excellents outils pour aider les Canadiens à faire des choix.

**Le sénateur Enverga :** Diriez-vous que les guides alimentaires devraient être mis en évidence dans tous les restaurants et même les supermarchés? Par exemple, deux canettes par jour suffisent. Diriez-vous cela?

**Le président :** Est-ce cela que vous proposez?

**Mme Tanaka :** Je ne propose rien du tout.

**Mme Cloutier :** Moi non plus.

**Mme Reynolds :** Je serai heureuse de parler de transparence en matière d'information nutritionnelle dans les restaurants.

**La sénatrice Merchant :** Je sais que le président aimerait que nous cessions de discuter de ce sujet, mais j'ai quelques renseignements pour vous, sénateur. En fin de semaine, j'ai lu dans un livre sur la santé qu'un homme devrait consommer 19 grammes de sucre par jour. Or, en regardant sur une canette de 355 millilitres de cola, j'ai constaté qu'elle en contenait 42 grammes. J'aimerais savoir si ce que vous suggérez, c'est que l'étiquette indique le pourcentage excédentaire de l'apport quotidien que renferme une canette. Vous avez dit que les pourcentages qui figurent sur les étiquettes correspondent au pourcentage consommé. Or, qu'indique l'étiquette d'une canette de cola qui contient plus du double de la quantité de sucre recommandée?

**Le président :** Santé Canada n'a fixé aucune norme relativement au sucre. C'est à cela que je faisais allusion. Selon l'idée qui circule ces temps-ci, il ne devrait en général pas y avoir plus de 25 p. 100 de sucres ajoutés. C'est de cela que je parlais.

Quelqu'un veut-il commenter ce que vous venez de dire en ce qui concerne la quantité recommandée de 19 grammes et la quantité que contient une canette de cola?

**Mme Tanaka :** Je veux préciser une chose sur le pourcentage de la quantité quotidienne recommandée. Les études scientifiques menées par les scientifiques canadiens et américains de l'Institute of Medicine ont établi la quantité quotidienne recommandée des différents éléments nutritifs lorsqu'ils avaient assez d'information pour le faire.

La quantité de sucre recommandée n'a pas été définie parce que rien ne justifie en soi qu'on définisse une limite. Les discussions qui ont lieu portent plutôt sur le fait que l'abus de sucre entraîne probablement une surconsommation de calories

without the benefit of added nutrients. That's the only link. Sugar per se does not have a daily value because the scientists can't find research to say there is a need for one.

**Senator Merchant:** I would like to ask one other question. Maybe this is not a good parallel to draw — smoking cigarettes. What finally seems to have worked is that the government took a very active role. It has been suggested that taxation is a way to help the consumer make some choices as well.

With advertising, too, they stopped advertising in skating rinks. You couldn't put cigarette ads there anymore.

Do you talk about what could happen, and how do you feel about the government getting more involved in controlling what is happening?

**Ms. Tanaka:** I'd like to go back to the essence of the remarks I made at the beginning, which is to state that there are lots of potential interventions to deal with this issue of obesity, and it is an epidemic, both globally and within Canada. In fact, in the one report that I referred to, the McKinsey group report, they list 73 different interventions that they looked at closely to see how they impact.

The bottom line remains that no single intervention is of value in itself, and every community, whether it's the federal government, a province or a small village in France needs to step back and look at their community, their environment, and develop a specific whole-community approach for their population to address this issue.

Singling out individual points I don't think helps because I don't think any single intervention is going to work in and of itself. Each has to be looked at carefully and assessed to see if it can be effective. Taxation, for one, has been tried in other parts of the world, in some with little success. Some stopped altogether because there was no success.

From my perspective, we still need to step back and say, "What can we do within our respective communities?"

For the Ontario government, when they set up their EPODE community programs, that's one thing they did. They went to the specific communities around Ontario, and it isn't one cookie-cutter program. It is using the principles of EPODE to develop a community program that works for that community.

That's my take on what needs to be looked at.

**Ms. Cloutier:** I would just add that education would be, for me, the number one priority. If you have to invest dollars somewhere, it's not in taxation. It would be in education.

**The Chair:** I'd like to get you to clarify one other issue around the sugar. There still seems to be some confusion around the table on sugar.

sans apport nutritif supplémentaire. C'est le seul lien qui peut être fait. Les scientifiques n'ont pas défini de quantité quotidienne recommandée de sucre parce qu'il n'y a pas d'étude qui prouve que c'est nécessaire.

**La sénatrice Merchant :** J'aimerais poser une autre question. J'aimerais faire un parallèle avec la cigarette, même si ce n'est pas le meilleur qui soit. Ce qui semble finalement avoir fonctionné, ce sont les mesures proactives que le gouvernement a prises. Certains ont fait valoir que les taxes sont aussi une manière d'aider les consommateurs à faire des choix.

On a aussi interdit les annonces publicitaires dans les aréas. Les publicités de cigarettes n'y sont plus permises.

Que pourrait-il être fait? Et que pensez-vous du fait que le gouvernement intervienne davantage?

**Mme Tanaka :** Je reviens à ce que je disais au début. J'ai dit qu'il y a de nombreuses mesures qui pourraient être prises pour lutter contre l'obésité. Il s'agit d'une épidémie au Canada et dans le monde entier. En fait, dans le rapport du McKinsey Global Institute dont j'ai parlé, les chercheurs ont analysé les répercussions de 73 mesures différentes.

En fait, aucune mesure d'intervention n'est valable en soi. Tous les intervenants, qu'il s'agisse du gouvernement fédéral, d'une province ou d'un petit village de France, doivent prendre un peu de recul et mettre sur pied leurs propres mesures globales adaptées à la population.

Il ne serait pas utile d'insister sur quelques aspects en particulier, parce que, selon moi, aucune mesure n'est absolument efficace en soi. Il faut étudier chacune d'elles pour évaluer si elle pourrait s'avérer efficace. Certains pays ont imposé des taxes, avec un succès très relatif. Certains les ont même abolies parce qu'elles étaient inefficaces.

À mon avis, il faut d'abord que chacun se demande ce qu'il peut faire pour les gens de son milieu.

Le gouvernement de l'Ontario a notamment créé des programmes communautaires fondés sur les méthodes de l'EPODE. Il a sillonné la province. Il ne s'agit pas d'un programme standardisé. Le gouvernement de l'Ontario se sert des principes de l'EPODE pour élaborer un programme communautaire qui est efficace dans un milieu donné.

Voilà, selon moi, ce qu'il faut envisager.

**Mme Cloutier :** Je veux seulement ajouter que la priorité absolue, selon moi, c'est l'information. S'il faut investir des fonds, ce ne devrait pas être pour créer des taxes, mais pour informer la population.

**Le président :** J'aimerais que vous précisiez une autre chose sur le sucre. Il semble y avoir encore de la confusion.

We heard that there are two types of sugar being considered: sugars that are naturally in the food and the specifically added sugars. Can you confirm that those are the two principle issues currently being debated around the sugar issue?

**Ms. Tanaka:** Yes.

**Senator Wallace:** As has been said, it makes a lot of sense that education is a key issue in all of this, and it's important for consumers to have that education. But even more than that — and education may be part of this — I would say it comes down to the issue of choice. Consumers want to choose. At least, I'll speak for myself. I want to choose what goes into my mouth. I want to know what is in the food that I'm eating.

I would suggest to you that the information that's made available by the food industry is totally inadequate, both in restaurants and even with the nutritional tables that are on food products today. They're almost incomprehensible, except for the most sophisticated of consumers. I think that's where it has to start. Consumers, if they wish to take the time to understand what they are eating, should have that information made available to them in — I shouldn't say simple — a way that's easily understood and is not presented for the most sophisticated and those who have the most knowledge about the food industry, but ordinary people.

I would say that's lacking right now, and, to a large extent, I would look to you in the food industry as having been very slow in changing to provide that information. What would your response be?

**Ms. Tanaka:** I agree; consumers want choice. They want to be able to go to the grocery store and pick foods that they want to eat. I think the Nutrition Facts table is a good tool. I think that what we have to realize is that the table, in and of itself, is not enough. To Ms. Cloutier's point earlier, education is critical to anyone becoming an informed consumer. In fact, the nutrition facts education campaign that I mentioned in my presentation is an example of where industry and government have come together to perform that service to help consumers understand what is in the product they're buying. That, in tune with things like *Canada's Food Guide*, is a tool that the consumer can use to make informed choices. Health Canada has a wonderful Healthy Canadians website that can also be used by consumers.

So the tools are there, and the need is to help consumers realize that you do need to educate yourself on how to shape a healthy diet that fits your needs and your preferences.

**Ms. Reynolds:** I would agree that Canadians are interested in understanding what goes into the food they purchase. They're not interested in just calories and they're not interested in just sodium. They are interested in sugar. They are interested in carbohydrates. They are interested in fibre.

On nous dit qu'il y a deux types de sucre : le sucre présent naturellement dans les aliments et le sucre ajouté. Pourriez-vous confirmer qu'il s'agit là des deux principaux enjeux du débat sur le sucre?

**Mme Tanaka :** Oui.

**Le sénateur Wallace :** Comme on l'a dit, l'information est primordiale : il faut que les consommateurs soient informés. Mais surtout — et l'information y contribue probablement —, je dirais que c'est une question de choix. Les consommateurs veulent pouvoir choisir. Du moins, je parle pour moi. Je veux pouvoir choisir ce que je mange. Je veux savoir ce que contiennent les aliments que je mange.

Je dirais que les renseignements alimentaires fournis par l'industrie, que ce soit dans les restaurants et même dans les tableaux nutritionnels qui figurent actuellement sur les produits, sont tout à fait inappropriés. Ils sont presque incompréhensibles, sauf pour les consommateurs les plus avisés. Voilà selon moi où il faut commencer. Pour que les consommateurs puissent comprendre ce qu'ils mangent s'ils s'en donnent la peine, les renseignements devraient leur être donnés, je ne dis pas simplement, mais d'une façon facilement compréhensible. Ils devraient être donnés pour que les gens ordinaires puissent les comprendre, pas seulement les gens les plus avisés et ceux qui connaissent bien l'industrie alimentaire.

À mon avis, c'est ce qui manque actuellement, et à bien des égards. L'industrie alimentaire, dont vous faites partie, tarde à changer la façon de fournir cette information. Que répondez-vous à cela?

**Mme Tanaka :** Je suis d'accord : les consommateurs veulent avoir le choix. Ils veulent pouvoir choisir à l'épicerie les aliments qu'ils souhaitent manger. J'estime que le tableau de la valeur nutritive des aliments est un très bon outil. Selon moi, il faut seulement comprendre que ce tableau n'est pas suffisant en soi. Comme Mme Cloutier l'a dit tout à l'heure, l'information est cruciale pour que tous les consommateurs soient conscients. En fait, la campagne d'information sur le tableau de la valeur nutritive des aliments, dont j'ai parlé tout à l'heure, est un bon exemple de collaboration de l'industrie et du gouvernement afin d'aider les consommateurs à comprendre ce que contiennent les produits qu'ils achètent. Ce tableau et, par exemple, le *Guide alimentaire canadien*, sont des outils que les consommateurs peuvent utiliser pour faire des choix éclairés. Les consommateurs peuvent aussi consulter l'excellent site web « Canadiens en santé » de Santé Canada.

Les outils existent, et il faut faire comprendre aux consommateurs qu'ils doivent s'informer et adopter une alimentation qui convient à leurs propres besoins et à leurs préférences.

**Mme Reynolds :** Je conviens que les Canadiens veulent comprendre ce que contiennent les aliments qu'ils achètent. Ils ne s'intéressent pas seulement au nombre de calories et à la teneur en sodium. Ils s'intéressent aussi à la quantité de sucre, de glucides et de fibres.

It is a real challenge to communicate this in a way that is very simple.

Another thing that happens in restaurants is that you eat foods in combination. The way consumers purchase their food today is highly customized. They choose the bread. They choose the cheese. They choose the condiment. They choose the side. They choose the beverage. There are so many different options. To be able to communicate to a consumer that “this is good and this is bad” is very challenging. If there were an easy way to do it, I think some country somewhere would have figured it out.

**Senator Wallace:** There probably wasn't an easy way to put a spaceship on an asteroid either, but they figured that out.

**Ms. Reynolds:** I agree.

**Senator Wallace:** It can be done.

**Ms. Reynolds:** It's highly complex —

**Senator Wallace:** It's not rocket science.

**Ms. Reynolds:** — to provide information that is meaningful to consumers. Over my time at Restaurants Canada, we've been faced with legislative proposals to put GMOs, allergens, trans fat, saturated fat, sodium, calories and carbohydrates on menus and menu boards. It's very difficult, as you can imagine, to get that all up on a menu board or a menu. We want to make sure that consumers who want to have the information can get the information.

But I also have to clarify that in order to provide the information, you have to have a fairly high degree of standardization in terms of standardized recipes, standardized suppliers. For your average mom and pop restaurant, you are going to find that they don't have standardized recipes and will produce their menus based on the local products available to them on that given day. So they cannot provide that information. It's challenging.

[*Translation*]

**Ms. Van Campenhout:** I would like to add something to this discussion with respect to consumers. This is a debate that took place within Melior.

Your grey hair tells me that you belong to the same generation as I do. Smoking was quite acceptable for our generation. We smoked for many years, until we were told that it was no longer acceptable. We smoked until we were provided with that information.

Similarly, I believe that we were part of a societal process and we were never told that consuming large quantities of salt is detrimental to your health. In the beginning, we and the industry were not given that information. The industry put salt in its

Il est très difficile de communiquer cette information de façon très simple.

Il ne faut pas oublier non plus qu'au restaurant, on sert des combinaisons d'aliments. L'achat des aliments est très personnalisé. Les consommateurs choisissent le pain, le fromage, les condiments, l'accompagnement, la boisson. Il y a de nombreuses options. Il est très difficile d'informer le consommateur des bons et des mauvais aliments. S'il y avait un moyen de le faire facilement, je crois qu'on l'aurait déjà trouvé quelque part.

**Le sénateur Wallace :** Il n'y avait probablement pas de façon simple de faire atterrir un aéronef sur un astéroïde, mais les scientifiques y sont arrivés.

**Mme Reynolds :** J'en conviens.

**Le sénateur Wallace :** C'est possible.

**Mme Reynolds :** Il est très difficile...

**Le sénateur Wallace :** Ce n'est quand même pas sorcier.

**Mme Reynolds :** ... de communiquer de l'information qui signifie concrètement quelque chose pour les consommateurs. Quand j'étais à Restaurants Canada, nous nous sommes penchés sur des propositions législatives qui visaient à indiquer la présence d'OGM ou d'allergènes et la quantité de gras trans, de gras saturé, de sodium, de calories et de glucides dans les menus et sur les tableaux affichés. Comme vous pouvez l'imaginer, il est très difficile de tout y indiquer cela. Nous voulons que les consommateurs qui le souhaitent puissent obtenir l'information voulue.

Je dois aussi préciser que, pour pouvoir fournir cette information, il faut que les recettes et les fournisseurs soient très normalisés. Les restaurants familiaux typiques n'ont pas de recettes normalisées et ils utilisent les produits locaux qu'ils ont pu se procurer ce jour-là. Ils ne peuvent pas donner cette information. C'est très difficile.

[*Français*]

**Mme Van Campenhout :** Je voudrais apporter un élément à cette discussion en ce qui concerne les consommateurs. C'est un débat qui a eu lieu au sein de Melior.

Vos cheveux gris témoignent du fait que vous êtes de la même génération que moi, la génération pour laquelle, à l'époque, il était très bien de fumer. Nous avons fumé très longtemps, jusqu'au moment où on nous a dit que ce n'était plus acceptable. Donc, tant que nous n'avons pas reçu cette information, nous avons continué à fumer.

De la même façon, je pense que nous faisons partie d'un processus sociétal où on ne nous a jamais dit qu'il n'était pas bon pour la santé de consommer du sel en grande quantité. Au départ, on ne nous l'a pas dit, et on ne l'a pas plus dit à l'industrie.

products and consumers were happy with that. That was also the case for fats and sugar. Everything is fine; we are not told that it is detrimental.

The more advances in research, the more education, the more good information, then the more people's consumption habits will change. I think it will take education to help change habits.

[English]

**Senator Wallace:** The pace to many seems to be slower than it should be. That's the point. There are all kinds of complications and reasons. It doesn't matter what's in issue. We always get into all of those things. I understand that, but the change of pace is too slow.

You can look to the government to accelerate that change, but I believe in the food industry the onus is on you. You're the producers of the food. That's where the action should be taken. I would suggest that to you.

**Senator Frum:** I wanted to ask the panel about the Campbell's soup experience. Prior to 2011, they changed their product. We know the Canadian Stroke Network says that Canadians should consume 400 milligrams of sodium per single serving. Campbell's produced a soup that had 480 milligrams, so it was still more than recommended. After that failed to sell, they increased it to 650 milligrams a serving, so another 250 above what is recommended. That was after a good-faith effort on their part to give consumers a healthy choice, which the consumers then said they didn't want, and they didn't buy it.

I'm with Senator Stewart Olsen in terms of not believing that you need to leave options open to people and a voluntary method is preferable, but what does it say about the voluntary system in the industry, not on the part of industry but on the part of the consumers? Is it going to work if the will is not there on the part of the consumer?

**Ms. Cloutier:** I'll start and then let Ms. Tanaka answer the technical part, but just to respond to a question Senator Wallace asked also.

We saw the experience. We were looking at best practices in France with their program, and we discovered that the companies that were moving too fast on eliminating sugar or sodium just disappeared because consumers have developed a taste for salty foods or sugar. They are going very slowly simply because they're also bringing the taste of consumers to change.

I'm not going to talk about Campbell's because I don't represent them, but we can give you specific examples in private of companies who have been doing the same, companies who

L'industrie a mis du sel dans ses produits et les consommateurs étaient contents d'en avoir; il en était de même pour les gras et le sucre. Tout va bien, on ne nous dit pas que c'est mauvais.

Ainsi, plus la recherche avance, plus l'éducation se fait, plus nous recevons la bonne information, et plus nous arriverons à modifier les habitudes de consommation de la population. Je pense que c'est en passant par l'éducation que ce changement entrera dans les habitudes.

[Traduction]

**Le sénateur Wallace :** Les choses avancent trop lentement. Voilà le problème. Il y a toutes sortes de complications et de raisons. Peu importe ce qui est en jeu, il y a toujours un tas de complications. Je comprends, mais les choses avancent trop lentement.

On peut demander au gouvernement de faire changer plus rapidement les choses, mais j'estime qu'il incombe à l'industrie de le faire. Vous êtes les producteurs. C'est vous qui devriez agir. C'est ce que je vous suggère.

**La sénatrice Frum :** Je veux demander aux témoins ce qu'ils pensent de l'expérience de la soupe Campbell. L'entreprise a changé son produit avant 2011. Nous savons que le Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires recommande qu'on ne consomme pas plus de 400 milligrammes de sodium par portion. L'entreprise Campbell a produit une soupe qui en contient 480 milligrammes, soit encore un peu plus que la quantité recommandée. Ce produit ne s'est pas vendu. L'entreprise a donc décidé d'augmenter la quantité de sel à 650 milligrammes par portion, soit 250 milligrammes de plus que ce qui est recommandé. Elle a fait preuve de bonne volonté en offrant aux consommateurs un choix santé, mais ceux-ci n'en ont pas voulu et ils n'ont pas acheté son produit.

Comme la sénatrice Stewart Olsen, je ne crois pas qu'il faille nécessairement laisser les options ouvertes et que la méthode volontaire est préférable, mais que doit-on conclure de l'application de cette méthode par l'industrie, c'est-à-dire de son effet sur les consommateurs? Pourra-t-elle être efficace si la volonté des consommateurs fait défaut?

**Mme Cloutier :** Je vais commencer, puis je laisserai Mme Tanaka répondre à l'aspect technique de la question. Mais je tiens aussi à répondre à une question posée par le sénateur Wallace.

Nous connaissons cette expérience. Nous avons étudié les pratiques exemplaires de la France et son programme et nous avons découvert que les entreprises qui ont supprimé trop rapidement le sucre ou le sodium n'ont pas survécu, car les consommateurs ont pris goût aux aliments salés ou sucrés. Les entreprises y vont très lentement parce qu'elles cherchent aussi à changer le goût des consommateurs.

Je ne parlerai pas au nom de Campbell parce que je ne représente pas cette entreprise, mais nous pourrions vous donner des exemples, en privé, d'entreprises qui changent la teneur d'un

have been changing in the order of 2 per cent to 3 per cent per year for 10 to 15 years. The consumer would still buy the product but develop a taste for this new product.

They have been going slowly, but most of the companies have been changing their way of fabricating food, and they're going to the taste consumers have developed.

**Ms. Tanaka:** That is why I have carefully said that industry is moving forward based on both elements — research into food nutrition and health and consumer preference. It is a reality, and that is part of the equation. In fact, if you think back to the U.K. experience, that is, by the World Health Organization's own comments, considered a success story.

The original target that the U.K. had set to bring their sodium levels down had to be rejigged because there was no way they were going to get there, and it's still considered a success. The rate-limiting step is that along with making changes in food products, the consumer has to come along for the journey, and that takes time. It takes information and education.

**Ms. Reynolds:** I'd like to give an example of trans fat. Like Phyllis, I was on the trans fat task force, and that was a great success story. Our restaurants have met the task force guidelines. Part of that was that consumers were demanding that the products not have trans fat, and our industry responded very rapidly.

British Columbia is the only jurisdiction where there are trans fat regulations, and they're directed only at our sector. They look at all the labels of the products that our industry buys to make sure there is no trans fat in them, and there is an extremely high compliance rate.

We surveyed our chain members, and they've eliminated trans fat from their products. So, yes, consumer acceptance has a great deal to do with it.

**Senator Frum:** I guess the difference is that trans fat is unambiguously bad for you. There's no positive side to it, whereas sodium is more complicated. There are people who can consume a boatload of sodium and it won't affect them at all, and they like it.

I guess also the issue is in society in general, we have evolved our taste buds and we expect food to taste a certain way. To retrain generations of people's eating habits is a pretty daunting thing, particularly if for the vast majority of those people, in the case of the sodium, it's not going to harm them anyway.

**Ms. Reynolds:** That's why we have to recognize that we can't move too quickly. We have to allow for consumers' palates to adjust over time. That's one of the reasons why the sodium advisory committee recommended milestones in terms of sodium reduction.

ingrédient de 2 ou 3 p. 100 par année depuis 10 ou 15 ans. Le consommateur achète toujours le produit, mais apprend en même temps à aimer la nouvelle recette.

Les choses avancent lentement, mais la plupart des entreprises changent leur façon de produire les aliments et suivent le goût que les consommateurs ont développé.

**Mme Tanaka :** C'est pourquoi j'ai osé dire que l'industrie agit et que ses mesures se fondent ces deux aspects, à savoir la recherche en matière de nutrition et de santé et les préférences des consommateurs. C'est une réalité, et ces aspects doivent entrer en ligne de compte. En fait, l'Organisation mondiale de la santé considère que l'expérience du Royaume-Uni, dont nous avons parlé tout à l'heure, est une réussite.

L'objectif initial de réduction du taux de sodium a dû être revu au Royaume-Uni parce qu'il était impossible à atteindre, mais cette initiative est tout de même considérée comme une réussite. La réduction de la teneur des ingrédients doit se faire en parallèle avec l'évolution du goût des consommateurs, ce qui prend du temps. Il faut aussi informer et sensibiliser les gens.

**Mme Reynolds :** Prenons l'exemple des gras trans. Comme Phyllis, j'étais membre du groupe de travail sur les gras trans. Nos restaurants ont suivi les lignes directrices du groupe de travail. Les consommateurs exigeaient notamment que les produits ne contiennent pas de gras trans, et l'industrie a réagi très rapidement.

La Colombie-Britannique est la seule province où les gras trans sont réglementés, et les règlements touchent seulement notre secteur. Les inspecteurs vérifient les étiquettes des produits que notre industrie achète pour s'assurer qu'ils ne contiennent pas de gras trans, et le taux de conformité est très élevé.

Selon le sondage que nous avons fait, les membres de notre chaîne d'approvisionnement éliminent les gras trans de leurs produits. Alors, oui, l'adhésion des consommateurs pèse pour beaucoup dans la balance.

**La sénatrice Frum :** La différence, je suppose, c'est que les gras trans sont absolument mauvais pour la santé. Ils n'ont aucun effet positif, tandis que la question est plus complexe pour le sodium. Il y a des gens qui peuvent consommer d'énormes quantités de sodium sans en subir aucun effet, et ils aiment cela.

Je suppose que c'est aussi une question de société. Notre goût a évolué d'une certaine façon et nous nous attendons à ce que les aliments aient un certain goût. Modifier les habitudes alimentaires de l'ensemble de la population est une tâche redoutable, surtout lorsqu'on considère que le sodium, par exemple, ne nuit pas à la santé de la grande majorité des gens.

**Mme Reynolds :** C'est pourquoi nous devons comprendre qu'il ne faut pas essayer d'aller trop vite. Nous devons donner le temps aux consommateurs de s'adapter aux nouveaux goûts. C'est l'une des raisons pour lesquelles le Groupe de travail sur la réduction du sodium alimentaire nous recommande de procéder par étapes pour réduire la consommation de sodium.



[Translation]

**Ms. Van Campenhout:** I would like to add something about salt because, in fact, it is a preservative. I deal with companies specializing in cheeses or deli meats, for example. These companies have a minimum salt requirement that they cannot reduce because that could lead to the development of salmonella. We have to take such things into consideration in food processing.

[English]

**Senator Eggleton:** I was listening very carefully on this Campbell's soup thing. Perhaps it was too far, too fast.

What we have to bear in mind is the industry built up these tastes. They're trying to compete with each other and create the bliss factor, whether it's sugar, salt or whatever. Certainly when I was a kid, we never had all these grand tastes. Now in order to get you to eat more than one chip at a time, they make sure that the taste is there. They've created this problem and I hope they will now be part of the solution.

When it came to solving the tobacco situation, though, the industry fought it all the way. I hope the industry in this case will be helpful and work together to try and find ways to bring down the obesity epidemic.

I want to ask about labelling. There are the required nutrition labels that we presently have on packages, and there is also front-of-package labelling. Front-of-package labelling in Canada you can see in a couple of ways. There is a thing called a Health Check that comes from the Heart and Stroke Foundation, and Loblaw's has the President's Choice Blue Menu to indicate it's good for you, but we don't know about any standardized criteria being followed here. I'm wondering what your thoughts are about front-of-package labelling and a standardized approach.

At the same time, going back to the U.K., they may have come down to our level, but the focus of the government and the industry working together is the point I was trying to make there, that it really did work quite well, and hopefully we'll do more of that here for other things.

In the U.K., in terms of the nutritional labels, they've developed more of a green light/orange light/red light system to make it easier for people to read and understand the various things that they should consider in terms of the nutrition. Do you support these kinds of measures? What do you think of those?

[Translation]

**Ms. Van Campenhout:** I can speak about Loblaw's and Metro. In Quebec at least, Metro has introduced a "smiles" system. A big smile means that a product is healthier than a product with a small smile.

[Français]

**Mme Van Campenhout :** J'aimerais ajouter un élément par rapport au sel car, justement, c'est l'élément conservation. Je fais affaire avec des entreprises spécialisées, par exemple, en fromages ou en charcuteries. Ces entreprises font face à un taux de sel minimum qu'elles ne peuvent réduire, sinon il peut y avoir développement de salmonellose. Il faut tenir compte de ces éléments dans la transformation des aliments.

[Traduction]

**Le sénateur Eggleton :** J'ai écouté très attentivement l'histoire de la soupe Campbell. On est peut-être allé trop loin, trop rapidement.

Nous devons garder à l'esprit que c'est l'industrie qui a façonné les goûts des gens. Les entreprises se font concurrence et cherchent le moyen de satisfaire les palais par l'ajout de sucre, de sel ou d'un autre ingrédient. Lorsque j'étais enfant, l'offre alimentaire n'était certainement pas aussi impressionnante qu'aujourd'hui. Pour nous inciter à manger des croustilles, de nos jours, les fabricants y mettent des saveurs qui plaisent. Ce sont eux qui ont créé ce problème, et j'espère qu'ils sauront nous aider à trouver des solutions.

Cependant, dans le cas du tabagisme, l'industrie a plutôt fait tout son possible pour nuire à la recherche de solutions. J'espère que l'industrie alimentaire, elle, saura se montrer utile et collaborera pour trouver des solutions à l'épidémie d'obésité.

Je voudrais poser une question sur l'étiquetage. Actuellement, les emballages doivent contenir de l'information sur la valeur nutritive, mais il existe également un étiquetage frontal pouvant être envisagé de deux façons, au Canada. Certains emballages portent le logo « Visez santé » de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC. Certains produits vendus chez Loblaw's portent la marque PC Menu bleu, qui indique que le produit est bon pour la santé. Mais aucun critère ni aucune norme ne semblent être suivis pour ce genre d'étiquetage. Que pensez-vous de l'étiquetage frontal et de la normalisation de cet étiquetage?

En même temps, je voudrais avoir votre avis sur ce qui se fait au Royaume-Uni, où il y a peut-être eu régression jusqu'à notre niveau, mais où la collaboration entre le gouvernement et l'industrie ressemble à ce que je préconise. Cette collaboration a donné de bons résultats. Espérons qu'au Canada, nous saurons nous inspirer encore davantage de cet exemple.

Au Royaume-Uni, un système d'étiquetage avec feu vert, feu jaune et feu rouge permet aux gens de comprendre les facteurs à considérer pour ce qui est de la valeur nutritive. Êtes-vous pour un système de ce genre? Qu'en pensez-vous?

[Français]

**Mme Van Campenhout :** Je peux parler de Loblaw's et de Metro, au Québec du moins, où Metro a mis en œuvre un système de bonshommes sourires. Un grand sourire sous-entend que c'est meilleur pour la santé qu'un petit sourire.

Loblaws has the Guiding Stars system. Having participated in the product rating process, I can tell you that it was done very seriously. Furthermore, it became the Melior program. We accredited the process. That is one of many ways.

Is it the best way? In the survey, some consumers told us that they take it into account, but only in part. They said that they do pay attention to it, but they prefer to read the ingredient list or nutritional label rather than relying on those indicators, which are only indicators that the consumer does not necessarily understand.

This system does play a role, but it has not yet been adopted by consumers, or at least not entirely.

[English]

**Ms. Tanaka:** I would like to concur that there is an over-simplicity attached to front-of-pack colour labelling. It's an emotive process. One of the facts that we have stated several times today is that education is at the core of helping individual Canadians make decisions around their dietary patterns. I think the Nutrition Facts education campaign that we have in place in Canada is very effective. The Nutrition Facts table can be a very effective tool, along with our other tools, as I've mentioned, *Canada's Food Guide*.

Yes, there are pros and cons with front-of-pack labelling that can be argued. You can get an argument on both sides of the story. But there is an over-simplicity to them, and they can be emotive, and they won't help a Canadian make informed decisions without education either.

**Senator Nancy Ruth:** Education is often seen as the great thing regarding just about everything. I have a fair bit of education about nutrition and I am the fattest senator in the Senate. I also go to fat farms at Duke University. I know a fair bit about nutrition.

I go into an environment that is salt free and added sugar free. I'm there for three weeks or a month. I come out quite fit and healthy. I come back into an environment where there are muffins, croissants, bottles of wine and other such things, and within a year I'm back up where I was. So I don't believe this Campbell's soup story, other than as a story.

If there are products around that are full of the stuff people like me shouldn't have because they're prediabetic, I'm going to eat it. I have no willpower in this area of food and drink, none whatsoever, and I think it's a crock what you're saying. The mom and pop restaurant stuff I have a little bit of sympathy for, but the rest of it is sort of a crock.

Loblaws offre le Guide-étoiles. Pour avoir assisté au processus de validation des produits, je peux vous dire que cela a été fait très sérieusement. D'ailleurs, c'est devenu le programme Melior. On a accrédité le processus. C'est une façon parmi tant d'autres.

Est-ce la meilleure façon? Certains consommateurs indiquent dans le sondage qu'ils en tiennent compte, mais en partie seulement. Ils nous répondent qu'ils y accordent de l'attention, mais qu'ils sont davantage préoccupés par la liste d'ingrédients ou l'étiquette nutritionnelle que par ces indicateurs, qui ne sont que des indicateurs que le consommateur ne comprend pas nécessairement.

Ce système joue un rôle, certainement, mais il n'a pas encore été adopté par les consommateurs ou, en tout cas, pas entièrement.

[Traduction]

**Mme Tanaka :** Je suis d'avis que l'emploi de couleurs dans l'étiquetage frontal est une simplification à outrance. On fait ainsi appel aux sentiments, et non à la raison. Nous avons répété à maintes reprises aujourd'hui qu'en éduquant les Canadiens, nous les aiderons vraiment à faire des choix éclairés en matière de nutrition. La campagne canadienne d'information sur la valeur nutritive des aliments est très efficace. Le tableau de la valeur nutritive des aliments est un instrument très utile qui, comme je l'ai indiqué, peut être utilisé conjointement avec d'autres instruments, notamment le *Guide alimentaire canadien*.

L'étiquetage frontal a des avantages et des inconvénients. On peut être pour ou contre, et les deux positions se défendent. Mais il ne faut pas se contenter de simplifier à outrance et de prendre les gens par les sentiments, car ce n'est pas en délaissant l'éducation qu'on aidera les Canadiens à prendre des décisions éclairées.

**La sénatrice Nancy Ruth :** L'éducation est souvent vue comme une panacée. Je m'y connais passablement en matière de nutrition, ce qui ne m'empêche pas d'être la plus grasse au Sénat. Je suis une habituée des cures d'amaigrissement de l'Université Duke. J'en connais pas mal sur la nutrition.

Pendant trois semaines ou un mois, je mange des aliments sans sel et sans sucre ajouté. J'en ressors en forme et en santé. Je reviens dans un environnement de muffins, de croissants, de bouteilles de vin et d'autres aliments du genre. Alors, un an plus tard, je suis de retour au point de départ. Pour moi, cette histoire de soupe Campbell n'est qu'une histoire.

Si on nous offre des produits remplis d'ingrédients que les gens comme moi, qui en sont à un stade prédiabétique, ne devraient pas consommer, c'est sûr que je vais en manger. Je suis incapable de résister à mes pulsions concernant la nourriture et les boissons. J'en suis complètement incapable, et ce que vous dites est une histoire à dormir debout. J'éprouve une certaine sympathie pour les petits restaurateurs, mais, pour ce qui est du reste, je pense que c'est une histoire à dormir debout.

Unless the industry — voluntarily, as some senators would like; and “impositionly,” as other senators would like — cut down on this stuff, it ain’t gonna happen. I tell you: In three weeks, I don’t miss it. My taste buds have changed significantly, and it doesn’t take a lot of time; in fact, it probably happens within a two-week period. You drive down to Duke, and I’ll tell you: You eat it at every fast food place down the way. You come back from Duke and they have given you a list of what to buy in those fast food places, and you stick to it.

I believe the food processing industry has a lot of sins to clean up on. I suspect you don’t believe what I’ve just said, but I’d like to know what your response is.

**The Chair:** See if you can fashion a response that doesn’t take the rest of the afternoon here, because there is an awful lot in that question that deals with the entire range of human nature. As chair, I’m going to limit you to see if you have any kind of specific comment to make, not the total analysis.

[*Translation*]

**Ms. Cloutier:** Everything you find that is not fresh — whether it is dairy products, yogurt, frozen vegetables — is part of the food industry. The food industry offers an infinite variety of products.

The only things that are not processed are fresh foods. Everything else has been processed and has passed through the food processing industry. We must be careful when we say that everything we eat is industrial and is bad. There are occasional foods and everyday foods. There are processed foods that have undergone very little processing. You can make that choice, just as you can choose high-fat foods.

The food industry provides just about everything that you find in the grocery store. It does not represent only occasional food. Today, when we talk about excessive sugar and salt, we are often talking about foods that could be considered occasional foods. For example, I am having a good day and I want to treat myself to a snack. I am in a chain restaurant, which I will not name, and I buy an occasional food. However, we must be careful, because the grocery stores are full of them. Everything you find in a grocery store that is not fresh is a product made by one of our companies in Quebec, Canada or elsewhere. We cannot lump everything together.

I really like occasional foods, but we have to make informed choices. We need to know how to distinguish between occasional foods and everyday foods.

À moins que l’industrie ne réduise l’utilisation de ces ingrédients — volontairement, comme certains sénateurs le souhaiteraient, ou en y étant forcée, comme le voudraient d’autres sénateurs —, aucun changement ne se produira. Je peux vous l’assurer pour en avoir fait l’expérience pendant mes cures de trois semaines. Mes papilles gustatives n’ont plus du tout la même sensibilité, et le changement s’opère en peu de temps. Il ne me faut que deux semaines. En route pour l’Université Duke, je mange sans discernement dans les restaurants-minute. Puis, au retour, je vous assure que je m’en tiens à la liste d’aliments que l’Université Duke me dit de consommer dans ces mêmes restaurants.

Je crois que l’industrie de la transformation alimentaire a beaucoup de péchés à se faire pardonner. Je m’attends à ce que vous ne soyez pas d’accord avec moi, mais je voudrais entendre votre réaction.

**Le président :** Tâchez de répondre sans prendre le reste de l’après-midi, parce que la question pourrait nous entraîner dans un long débat sur la nature humaine. Je vous demande de vous en tenir à des observations précises, plutôt que de faire une analyse complète du sujet.

[*Français*]

**Mme Cloutier :** L’industrie alimentaire, c’est tout ce que vous trouvez qui n’est pas frais, que ce soit des produits laitiers, des yogourts, des légumes surgelés. Les industries alimentaires offrent une variété infinie de produits.

Les seules choses qui ne sont pas transformées sont les aliments frais. Tout le reste a subi une transformation et est passé par l’industrie de transformation alimentaire. Il faut faire attention lorsqu’on dit que tout ce qu’on mange est industriel et mauvais. Il y a des aliments d’occasion, et il y a des aliments qu’on mange tous les jours. Il y a des produits transformés qui ont subi peu de transformation. C’est un choix que vous faites, comme vous pouvez choisir des aliments riches en gras.

L’industrie alimentaire, c’est à peu près tout ce que vous retrouvez en épicerie. Elle ne représente pas uniquement des aliments d’occasion. Quand on parle aujourd’hui d’excès de sucre et de sel, on parle souvent d’aliments que l’on pourrait qualifier d’aliments occasionnels. Par exemple, j’ai passé une bonne journée et je veux me payer une bonne collation, je suis dans une chaîne de restaurants que je ne nommerai pas, et j’y choisis un aliment d’occasion. Cependant, il faut faire attention, parce que les épiceries en sont remplies. Tout ce que vous trouvez en épicerie qui n’est pas frais est un produit qui provient d’une de nos entreprises québécoises, canadiennes ou autres. On ne peut pas tout mettre dans le même panier.

J’aime beaucoup les aliments d’occasion, mais cela doit être un choix éclairé, car il faut savoir distinguer les aliments d’occasion et les aliments de tous les jours.

[English]

**The Chair:** Do either of you wish to make any further comment?

**Ms. Tanaka:** Just a short comment on the human nature element of this.

I think all of us, under a restricted environment, can manage life a lot differently than in our real, day-to-day world, and that is why addressing obesity is not a straightforward, simple issue. The world we live in, the environment and the choices we make every day, or the choices available to us, are real, and this is a multifactorial issue that must be addressed in the context of the whole environment.

I think I could have fun at Duke University too, but when I came back home I'd be faced with the same challenges that you say you are faced with, that choice out there. What we have to do is find a way to help people deal with that.

**Senator Seidman:** Ms. Van Campenhout, I'd like to go back to continue our conversation, if I might, because you said something that was quite hopeful. In your work, you've noticed — I think you said in the last year or so — that consumers suddenly seem much more willing to change their patterns of consumption.

I'm sure there's an enormous amount of evidence and data on the subject of consumer behaviour patterns and all this, but one can hypothesize that there must be a growing awareness out there as the drumbeat gets louder and louder about these problems so that consumers are maybe paying more attention suddenly, and I would like to give them the benefit of the doubt.

Your survey shows that a full 80 per cent are willing to change their behaviour patterns, their eating habits and their loyalty to brands if companies are willing to produce healthier foods. I think that's hopeful and interesting.

I would like to go back to the issue of ingredient labelling that keeps coming up here and the whole area of sugar. We had a pediatric endocrinologist here, Dr. Lustig, who said ingredient labelling should include all sweetener components. There's a huge issue around added sugar.

Are you aware of any jurisdictions that require all components of food sweetening agents to be listed in the ingredients? If that's the case, are you aware of any change in consumer patterns based on that?

[Translation]

**Ms. Van Campenhout:** That is the case for some European countries, like France. I am not going to comment on the requirement, but I know that the industry, however, did move to include that information on labels. We are talking about

[Traduction]

**Le président :** L'une de vous deux aurait-elle quelque chose à ajouter?

**Mme Tanaka :** Je voudrais dire quelques mots sur la nature humaine.

Je crois que, lorsque nous nous trouvons dans un environnement où le choix est restreint, nous sommes tous capables de gérer notre vie très différemment de ce qu'elle est dans le monde réel où nous vivons quotidiennement. C'est pourquoi la solution au problème de l'obésité n'est pas simple. Le monde dans lequel nous vivons, l'environnement et les choix que nous faisons chaque jour ou les choix qui nous sont offerts sont des facteurs bien réels. Il s'agit d'un problème multifactoriel qui doit être résolu en tenant compte du contexte et de l'environnement.

Je pense que je pourrais passer un bon moment à l'Université Duke, moi aussi, mais, une fois de retour chez moi, je serais obligée d'affronter les mêmes problèmes et de faire encore des choix, comme vous avez pu le constater. Nous devons trouver un moyen d'aider les gens à gérer ces difficultés.

**La sénatrice Seidman :** Madame Van Campenhout, je voudrais que nous poursuivions notre conversation, si vous voulez bien, parce que vous avez prononcé des paroles porteuses d'espoir. Dans votre travail, vous avez remarqué que les consommateurs semblent tout à coup beaucoup mieux disposés à changer leurs habitudes de consommation. Je crois vous avoir entendu dire que vous observez ce changement depuis un an environ.

Je suis certaine qu'il existe beaucoup de données sur les habitudes des consommateurs, mais on peut supposer que les gens sont de plus en plus sensibilisés en raison de l'attention croissante accordée à ces problèmes sur la place publique. Les consommateurs s'intéressent peut-être davantage à ce sujet tout à coup, et j'aimerais que nous leur donnions le bénéfice du doute.

Votre enquête montre que 80 p. 100 des gens sont prêts à changer leurs habitudes alimentaires et à ne plus acheter les mêmes marques si les fabricants leur proposent des aliments plus sains. Je pense qu'il y a de l'espoir et que c'est intéressant.

Je voudrais revenir à la question de l'étiquetage indiquant les ingrédients. C'est un sujet qui fait constamment surface quand il est question du sucre. Un endocrinologue pédiatrique, le Dr Lustig, est venu nous dire que tous les édulcorants devraient être bien inscrits parmi les ingrédients, sur l'étiquette. La question du sucre ajouté constitue un enjeu de taille.

Connaissez-vous des pays dans le monde où la loi exige d'indiquer tous les édulcorants ajoutés aux aliments dans la liste des ingrédients? Si c'est le cas, savez-vous si ce genre d'étiquetage a eu un effet sur les habitudes des consommateurs?

[Français]

**Mme Van Campenhout :** Certains pays d'Europe l'ont fait, y compris la France. Je ne vais pas m'avancer sur l'obligation, mais je sais que l'industrie, par contre, s'est mobilisée pour l'inscrire sur les étiquettes. On parle ici des édulcorants. Je ne peux pas vous

sweeteners. I cannot tell you about the results, because I do not have them here. If you would like them, I can find them for you fairly easily. France has established a monitoring centre for nutritional quality known as OQALI. We would very much like to do the same thing here. This centre provides, among other things, a lot of data about the impact of better food on the health of the population. That is extremely important.

The Melior program has a component that is geared to companies. A company that undertakes to reduce sugar must not replace this ingredient with a sweetener. The more salt you eat, the more you crave it, and it is the same for sugar. This phenomenon has been clearly demonstrated. Under the Melior program, a sweetener cannot replace sugar because that practice is not acceptable for us.

Depending on the area and the country in which you live, and looking at the same brand — I have a cereal in mind that I will not name — why is it that this same brand, from the same global supplier, with the same branding, has 50 per cent less sugar and 20 per cent less salt in Europe than in Canada? I am asking you the question. That is not normal. That means that the industry operates according to the population and the tastes of that population. It is along the same lines as what I was saying earlier when I spoke about the chicken and the egg. The industry responds to consumers and the consumer waits for the industry.

Something must be done. What we are proposing, with Melior, is to take action and to put in place something, a project that has limits but that also has an impact.

[English]

**Senator Seidman:** Who should step in and do something?

[Translation]

**Ms. Van Campenhout:** All stakeholders in society should take action. My response is somewhat generic. The government is participating in the project through education. The industry is collaborating by changing products. Of course, there is an economic reality that determines the industry's priorities. If the consumer asks, it will receive. If tomorrow morning, for example, no one drinks Coca Cola, Coca Cola will close its doors. The example may be somewhat simplistic, but that is what happens.

Many new products are put on the shelves. If consumers do not consume them, they will be removed from the shelves.

I would add that a 20 per cent change is not discernable by taste buds. The industry can thus reduce sodium and sugar by up to 20 per cent. That has been scientifically proven.

donner les résultats, car je ne les ai pas ici. Si vous désirez les obtenir, je peux vous les trouver assez facilement. La France a mis en place un observatoire sur la qualité nutritionnelle du nom d'OQALI. Nous aimerions beaucoup en faire autant ici. Cet observatoire offre, entre autres, beaucoup de données sur l'impact de l'amélioration de l'offre alimentaire sur la santé de la population. C'est extrêmement important.

Le programme Melior comporte un élément sur lequel on met beaucoup l'accent pour l'entreprise. Une entreprise qui s'engage à réduire le sucre ne doit pas remplacer cet ingrédient par un édulcorant. Plus on mange de sel, plus on a envie de sel, et c'est la même chose pour le sucre. Ce phénomène est clairement démontré. Ce que l'on préconise, au sein de Melior, c'est de ne pas remplacer le sucre par un édulcorant, parce que cette pratique ne passera pas chez nous.

Selon l'endroit et le pays où on se trouve, pour une même marque — et j'ai une céréale en tête que je ne nommerai pas —, comment se fait-il que cette même marque, d'un même fournisseur mondial, même *branding*, comporte 50 p. 100 moins de sucre et 20 p. 100 moins de sel en Europe qu'ici? Je vous pose la question. Ce n'est pas normal. Cela veut dire que l'industrie fonctionne selon la population et les goûts de cette population. C'est un peu ce que je disais tout à l'heure, lorsque j'évoquais l'histoire de la poule et de l'œuf. L'industrie répond aux consommateurs et le consommateur attend l'industrie.

Il faut faire quelque chose. Ce que nous proposons, avec Melior, c'est de bouger et de mettre en action quelque chose, un projet qui a ses limites, mais qui donne aussi des résultats.

[Traduction]

**La sénatrice Seidman :** Qui devrait bouger et mettre en action quelque chose?

[Français]

**Mme Van Campenhout :** Tous les acteurs de la société devraient agir. Ma réponse est un peu générique. Le gouvernement participe au projet en termes d'éducation. L'industrie y collabore en termes de changements de produits. Bien sûr, il y a une réalité économique qui oriente les priorités de l'industrie. Si le consommateur demande, il va finir par recevoir. Si, demain matin, par exemple, plus personne ne consomme de Coca Cola, Coca Cola fermera ses portes. L'exemple est un peu gros, mais il en est ainsi.

Beaucoup de nouveaux produits sont mis sur les rayons. Or, s'ils ne sont pas consommés par les consommateurs, ils seront retirés des rayons.

J'ajouterais, à titre d'information, qu'un changement de 20 p. 100 n'est pas perçu par les papilles gustatives. L'industrie peut donc aller jusqu'à 20 p. 100 de réduction de sodium et de sucre. Ce fait est scientifiquement démontré.

[English]

**Senator Seidman:** You offered data that you may have. Is it on changes in consumer patterns? In that case, I would really like to see that data. If you could send it to the clerk, that would be very welcome.

[Translation]

**Ms. Van Campenhout:** Certainly. There is a large amount of data. I can give you the link to that. I don't know what data you need. The centre in France has a lot of data. In France, the voluntary charters were implemented in 2005. For 10 years they have been collecting data on the changes in items stocked, the changes in the industry and the changes in consumer habits. All this data is found on the OQALI site. I can send you the information.

[English]

**The Chair:** I'm going to risk entering this discussion. In actual fact, I think today we've heard some very important overall observations coupled with lines of evidence that support the general directions that have emerged.

First of all, one of the critical things that Ms. Cloutier explicitly stated is that change takes time or moves forward slowly. Others have made comments that support that. I don't want to accuse you. I heard from witnesses today the idea that in this area change may take some time. That emerged from a number of questions that were asked, and specifically Senator Frum's question using a particular company example. That is that there is evidence that change in societal attitudes can occur but in some areas, such as the area of food, it may take a lot longer than some people would like it to.

I will take one example, and Senator Eggleton referred specifically to the bliss point. We know that an enormous amount of research went into establishing what is commonly known as the bliss point. It's not just taste. Feel and all kinds of things go into that. Whether or not that is singularly responsible for the change in the food composition that leads us to where we are today, I will not make that statement, but there is clear evidence of the importance of that development in terms of human reaction to food.

It would, however, again suggest that it would be possible to move forward deliberately, but not in a precipitous way, to bring about change over time in public attitude, especially if the public attitude itself in terms of desire, as Senator Nancy Ruth has said, is evolving in that direction. I know that there have been quasi-

[Traduction]

**La sénatrice Seidman :** Vous nous offrez les données dont vous disposez. Portent-elles sur les changements dans les habitudes des consommateurs? Dans ce cas, je voudrais vraiment voir ces données. Je vous serais reconnaissante de bien vouloir les transmettre à la greffière.

[Français]

**Mme Van Campenhout :** Certainement. Il y a une somme de données extrêmement importante. Je peux vous donner le lien qui va vous y conduire. Je ne sais pas de quelles données vous avez besoin. L'observatoire qui a été mis en place en France a une somme de données. En France, les chartes d'engagement volontaire ont été mises en œuvre en 2005. Ils ont commencé à récolter, depuis 10 ans, les données sur les changements à l'étalage, les changements survenus au sein de l'industrie et les changements quant aux habitudes de consommation. Toutes ces données sont répertoriées sur le site de l'observatoire OQALI. Je peux vous transmettre l'information.

[Traduction]

**Le président :** Je vais prendre le risque d'entrer dans la discussion. Je pense que nous avons entendu aujourd'hui des observations globales très importantes accompagnant des ensembles de données qui étayent les orientations générales préconisées.

Premièrement, entre autres observations primordiales, Mme Cloutier nous a indiqué clairement que les changements ne se font pas du jour au lendemain, mais se produisent lentement. D'autres nous ont fait un peu la même observation. Je ne veux pas vous accuser. J'ai entendu les témoins nous dire aujourd'hui que les changements dans ce domaine peuvent prendre un certain temps. C'est ce qui ressort des réponses données à un certain nombre de questions, notamment celle de la sénatrice Frum où elle se servait de l'exemple d'une entreprise. Les études nous montrent qu'il est possible de changer les attitudes dans une société, mais que, dans certains domaines, comme celui de l'alimentation, le changement peut être plus lent que certaines personnes ne le souhaiteraient.

Je prends l'exemple des saveurs qui plaisent dont le sénateur Eggleton nous a parlé. Nous savons qu'il se fait une quantité énorme d'études pour trouver la saveur idéale, qui plaît aux consommateurs. On ne s'intéresse pas seulement au sens du goûter. La texture et beaucoup d'autres facteurs sont pris en compte. Je n'irais pas jusqu'à affirmer que ces études sont à elles seules responsables des changements dans la composition des aliments qui ont fait de ceux-ci ce qu'ils sont aujourd'hui, mais il est assez clair que les préférences des êtres humains relativement aux aliments jouent un rôle important dans la problématique.

Nous pouvons en conclure qu'il serait possible de faire délibérément d'autres choix, mais pas de manière précipitée. Les changements dans les attitudes du public pourraient se produire au fil du temps, en particulier si le public est effectivement disposé à accepter les changements voulus, comme la sénatrice

references between the issue of obesity and the tobacco issue and how we could learn from the tobacco issue. In actual fact, what we were dealing with there is very different in terms of food, in the human dimension.

However, there may be something to take from that. It may not be perhaps in the same way, but the fact is that attitudes have changed. Overall they have changed dramatically, but it took quite a long period of time to do. If we can learn that deliberate activity over time can bring about a large societal change, then perhaps that's the thing that we really need to look at.

We have seen, as well — and again, I think it was Senator Frum who used or commented on the use of the trans fat as an example — that when society recognizes that a particular component of its diet has a very clear definitive health risk outcome, both the industry and society changed. Probably society changed and then industry changed in that order, but there is another kind of lesson there.

The additional thing with regard to the difference between tobacco and the issue of food is that, to the best of my knowledge, there are only exceedingly limited examples where smoking anything is of any real value to human beings, and there is on the other side a very significant negative impact to a large amount of society. Food, however, is an essential and it's coupled, in terms of its access, with changes in society and how society operates. Senator Nancy Ruth has given us a good example of those kinds of things.

With regard to the additional issue of labelling, I think very clearly we're hearing a sense that there can be symbols. I know you have suggested that the colour code is too simplistic, but in actual fact we're dealing with a very significant social issue here and simplicity will be an outcome. Senator Wallace referred to the labels. My understanding is that labels are being proposed now for certain areas of products that are on the shelves. I've heard it said that if they're imposed there will be no room for the name of the product left on the container because of the detail that is going there. The fact is that the average person isn't going to read that and understand what it means anyway.

So somewhere between listing the entire chemical composition down to the molecule of everything we consume, to the ultimate ridiculously simple kind of concept, there has to be some sort of symbol so a reasonable person could move through a large range of products, or in a restaurant or whatever, and quickly pick up some reasonable kind of sense of where that would go.

I think, Ms. Reynolds, you very carefully and I thought very reasonably described the difficulties in the restaurant business with this kind of issue and the range of establishments that are called restaurants in terms of how to deal with this. In those cases, maybe there is some way of coming up with a symbol for an entire

Nancy Ruth l'a dit. Un parallèle a été fait entre la question de l'obésité et celle du tabagisme. On pense pouvoir tirer des leçons du dossier du tabagisme. Mais le domaine de l'alimentation est très différent de celui du tabagisme, dans sa dimension humaine.

Il y a peut-être néanmoins un point commun : les attitudes changent bel et bien. Elles ont beaucoup changé, mais le changement s'est produit sur une longue période. Si nous constatons qu'en agissant délibérément pendant longtemps, il est possible d'effectuer des changements sociaux, ce serait peut-être l'optique que nous devrions adopter.

Nous avons pu constater également — et je pense que l'exemple est venu encore une fois de la sénatrice Frum, qui nous a parlé de l'utilisation des gras trans — que, lorsque la société est consciente du danger pour la santé de certains aliments, l'industrie et la société sont capables de changer. Il est probable que ce soit d'abord la société en général qui change, puis l'industrie, mais il y a encore une fois une leçon à tirer de cet exemple.

Il y a une autre différence qui rend hasardeuse la comparaison entre le tabagisme et les habitudes alimentaires. C'est que fumer une substance ne présente un avantage pour les êtres humains que dans un très petit nombre de cas alors qu'à l'inverse, les conséquences néfastes du tabagisme sont colossales pour une grande partie de la société. Les aliments, eux, sont essentiels. L'accès à divers aliments dépend des changements sociaux et du fonctionnement de la société. La sénatrice Nancy Ruth nous a fourni un bon exemple dans ce domaine.

En ce qui concerne l'étiquetage, nos témoins semblent nous dire que les symboles peuvent avoir leur place. Je sais que, selon vous, les codes de couleur sont simplistes, mais nous sommes vraiment en présence d'un important problème social, et la simplicité fera partie des résultats souhaitables. Le sénateur Wallace a parlé de l'étiquetage. Si je comprends bien, certains préconisent actuellement que de l'information soit ajoutée sur l'emballage de certains produits qui se trouvent sur les tablettes. Toutefois, j'ai entendu certaines personnes dire que, si on ajoute cette information, il risque de ne plus y avoir de place pour mettre le nom du produit sur l'emballage, car l'information ajoutée serait trop détaillée. Et, de toute façon, le citoyen moyen ne lirait pas cette information et ne la comprendrait pas.

Par conséquent, entre l'énumération détaillée de la composition chimique de tout ce que nous consommons, jusqu'à la moindre molécule, et la simplification à outrance qui nous fait basculer dans le ridicule, il devrait y avoir une sorte de système de symboles qui permettrait à une personne raisonnable, en circulant dans les allées d'une épicerie ou en prenant place dans un restaurant, par exemple, de savoir en gros à quelle catégorie appartiennent les aliments qui lui sont proposés.

Je pense, madame Reynolds, que vous avez prudemment et très judicieusement décrit les difficultés que poserait l'étiquetage pour l'industrie de la restauration, parmi laquelle se trouve une grande variété d'établissements. Dans certains cas, il serait possible d'attribuer un symbole à un plat. Souvent, les petits restaurateurs

plate. In actual fact, the mom and pop places are not usually highly diverse in their product offerings. They don't change every day, usually, and there are a lot of things that Canadians like as a regular part of their diet, especially at the smaller locations.

I know some indicators are being worked on in that regard because, as you again correctly pointed out, there are lots of things on that plate, and you can't reasonably expect a person to look at the menu and then go to a flip chart showing for that particular item there are these hundreds of things you should consider and these are the amounts.

I thought what we got today was a very good discussion that didn't just say that this is a complex issue and therefore there is nothing we can do. I think you all gave us some very important inputs into our thinking with regard to how we may ultimately be able to make some suggestions forward.

Finally, I think one of the absolute keys is to recognize the overall change in this area, without destroying either the industrial base of society or society itself, is to recognize it's going to take a little time to bring about an overall issue. At the same time, I think our senators have elicited through their questions some areas in which we expect there will be development of information that is useful to us as Canadians in terms of acting as consumers in this particular area.

I want to thank my colleagues for their questions today and thank you for not only the way you answered our questions but the content of the answers that you gave us today.

(The committee adjourned.)

n'offrent pas une grande variété de mets. Dans la plupart des cas, ils ne changent pas leur menu chaque jour, et les Canadiens aiment beaucoup manger certains mets, en particulier dans les petits restaurants.

Je sais qu'on s'affaire présentement à définir des indicateurs pour pouvoir déterminer quels symboles apposer. Comme vous l'avez également souligné à raison, chaque assiette peut contenir beaucoup d'aliments, et il ne serait pas raisonnable de s'attendre à ce qu'en consultant le menu, le client passe son temps à se référer à un tableau pour y trouver les centaines d'ingrédients contenus dans un plat et faire des calculs selon la quantité.

Je crois que la discussion d'aujourd'hui a été très utile. Il serait faux de conclure que, vu la complexité du problème, rien ne peut être fait. Je pense que vous nous avez tous donné des points de vue très importants qui stimuleront nos réflexions sur les suggestions que nous pourrons faire, en fin de compte.

Enfin, je pense que, pour agir dans ce domaine, il est primordial d'être conscient que, si l'on veut y effectuer des changements sans détruire la base industrielle de la société ou la société elle-même, ces changements doivent se faire sur une certaine période. En revanche, je pense aussi qu'en réponse aux questions des sénateurs, nos témoins nous ont indiqué que nous pouvions nous attendre à ce que de la nouvelle information soit conçue pour guider les consommateurs canadiens dans le domaine de l'alimentation.

Je voudrais remercier mes collègues pour les questions qu'ils ont posées aujourd'hui et je remercie nos témoins pour la formulation et la teneur des réponses qu'elles ont su nous donner.

(La séance est levée.)





WITNESSES

**Wednesday, February 18, 2015**

*As individuals:*

Carolyn Gotay, Professor, School of Population and Public Health;

Laurie Twells, Associate Professor, Faculty of Medicine, School of Pharmacy.

**Thursday, February 19, 2015**

*Food and Consumer Products of Canada:*

Phyllis Tanaka, Senior Advisor, Food and Nutrition, Public and Regulatory Affairs.

*Restaurants Canada:*

Joyce Reynolds, Executive Vice-President, Government Affairs.

*Food Processing and Consumer Products Council:*

Sylvie Cloutier, President and CEO;

Annick Van Campenhout, Chief Executive Officer, Council for Food Progress Initiatives.

TÉMOINS

**Le mercredi 18 février 2015**

*À titre personnel :*

Carolyn Gotay, professeure, School of Population and Public Health;

Laurie Twells, professeure agrégée, faculté de médecine, École de pharmacie.

**Le jeudi 19 février 2015**

*Produits alimentaires et de consommation du Canada :*

Phyllis Tanaka, conseillère principale, Alimentation et nutrition, Affaires publiques et réglementaires.

*Restaurants Canada :*

Joyce Reynolds, vice-présidente exécutive, Affaires gouvernementales.

*Conseil de la transformation agroalimentaire et des produits de consommation :*

Sylvie Cloutier, présidente-directrice générale;

Annick Van Campenhout, chef de la direction, Conseil des Initiatives pour le progrès en alimentation.