



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

44^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

Comité permanent de la santé

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 032

Le jeudi 29 septembre 2022

Président : M. Sean Casey



Comité permanent de la santé

Le jeudi 29 septembre 2022

• (1100)

[Traduction]

Le président (M. Sean Casey (Charlottetown, Lib.)): Je déclare la séance ouverte.

Bienvenue à la 32^e réunion du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes. Aujourd'hui, nous nous réunissons pendant deux heures pour discuter de notre étude sur la santé des enfants.

La réunion d'aujourd'hui se déroule en mode hybride, conformément à l'ordre adopté par la Chambre le 23 juin 2022.

J'ai quelques observations à faire à l'intention des témoins et des membres du Comité.

Veillez attendre que je vous nomme avant de prendre la parole. Si vous participez à la réunion par vidéoconférence, veuillez cliquer sur l'icône du microphone pour l'activer, et assurez-vous de le désactiver lorsque vous n'avez pas la parole.

Des services d'interprétation sont...

Allez-y, monsieur Garon.

[Français]

M. Jean-Denis Garon (Mirabel, BQ): Merci, monsieur le président.

J'aimerais savoir si les tests de son réglementaires ont été effectués par l'ensemble des témoins qui comparaisaient par vidéoconférence. Pourriez-vous m'indiquer pour lesquels d'entre eux ces tests ont été concluants, s'il vous plaît?

Le président: Je peux vous confirmer que les tests de son ont été concluants pour tous les témoins. Tout est donc en bonne et due forme.

M. Jean-Denis Garon: Merci, monsieur le président.

Le président: Je vous en prie.

Poursuivons.

[Traduction]

Des services d'interprétation sont offerts. Les participants à la réunion par Zoom ont le choix, au bas de leur écran, entre la transmission du parquet, l'anglais ou le français. Les participants qui se trouvent dans la salle peuvent utiliser l'oreillette et choisir le canal souhaité.

Il est interdit de faire des captures d'écran ou de prendre des photos de votre écran. Les délibérations seront accessibles sur le site Web de la Chambre des communes.

Conformément à notre motion de régie interne, j'informe le Comité que tous les témoins ont procédé aux tests de connexion avant la tenue de la réunion.

J'aimerais maintenant souhaiter la bienvenue aux témoins qui sont avec nous cet après-midi.

La Dre Quynh Doan, qui comparaît à titre personnel, est une clinicienne-chercheuse au département de pédiatrie de l'Université de la Colombie-Britannique. Nous recevons également Alex Munter, président et directeur général du Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario. Nous accueillons aussi le Dr James Drake, qui est chef du service de chirurgie à l'Hospital for Sick Children de Toronto et président de l'association Pediatric Surgical Chiefs of Canada. Enfin, nous accueillons Bruce Squires, président du McMaster Children's Hospital et président du conseil d'administration de Santé des enfants Canada.

Merci à tous de prendre le temps de comparaître aujourd'hui.

Chaque témoin dispose de cinq minutes pour faire une déclaration préliminaire.

J'invite la Dre Doan à commencer.

Bienvenue au Comité, docteur Doan. Vous avez la parole.

Dre Quynh Doan (clinicienne-chercheuse, Département de pédiatrie, University of British Columbia, à titre personnel): Bonjour.

Je suis urgentologue pédiatrique au BC Children's Hospital et chercheuse en services de santé à l'Université de la Colombie-Britannique. Mes recherches portent sur l'accès et le recours aux soins de santé mentale pour les enfants et les adolescents.

Depuis au moins 2002, nous observons une augmentation constante de 6 à 8 % du nombre de visites aux services d'urgence pédiatriques pour des problèmes de santé mentale. Cette tendance s'est maintenue pendant la pandémie. Il est toutefois fort probable que l'isolement social et le stress psychologique liés à la pandémie aient eu des répercussions importantes sur la santé mentale et le bien-être des enfants et des jeunes, répercussions qui ne sont pas entièrement prises en compte lors des visites aux services d'urgence. Si l'on se contente d'examiner uniquement le nombre d'hospitalisations et de visites aux services d'urgence pour des troubles psychiatriques, on risque d'obtenir des résultats qui pourraient sous-estimer l'incidence psychologique de la pandémie sur nos enfants et leurs besoins en ressources.

Afin d'évaluer le fardeau psychosocial caché de la pandémie chez les enfants et les jeunes de la Colombie-Britannique, mon équipe a utilisé MyHEARTSMAP, un outil numérique validé de dépistage psychosocial qui permet de recommander des services de santé personnalisés en fonction des données d'évaluation fournies par les jeunes ou leurs parents.

MyHEARTSMAP englobe dix facteurs psychosociaux qui correspondent à quatre domaines de la santé mentale des jeunes, à savoir la santé psychiatrique, la santé sociale, les capacités fonctionnelles et la santé des jeunes. Nous avons également examiné l'association entre les variables démographiques, ainsi que les expériences des familles dans le contexte de la pandémie, comme la scolarisation et la situation d'emploi, entre autres variables, et la gravité des difficultés psychosociales signalées dans MyHEARTSMAP.

Entre août 2020 et juillet 2021, nous avons constitué un échantillon diversifié et représentatif d'enfants et de jeunes en Colombie-Britannique grâce aux médias sociaux et par l'entremise d'organisations axées sur la famille et du cabinet Angus Reid, une entreprise privée de recrutement. Notre analyse comprenait 424 évaluations d'enfants et de leurs tuteurs au moment de la consultation initiale et 3 mois plus tard, avec un taux de rétention de 60 %. Lors du suivi de trois mois, nous avons également demandé s'ils avaient accédé à l'un des services de soutien en santé mentale qui avaient été recommandés à l'étape du dépistage initial, et nous avons cherché à établir les facteurs propices à l'accès aux soins.

La majorité des jeunes participants ont signalé un certain degré de difficultés sur le plan psychiatrique, social et fonctionnel. Après ajustement pour toutes les autres variables, nous avons constaté que les jeunes plus âgés étaient, d'un point de vue statistique, plus susceptibles de signaler de graves difficultés d'ordre psychiatrique. Le genre a également joué un rôle important. Comparativement aux garçons, les jeunes qui s'identifiaient comme non binaires ou en questionnement étaient quatre fois plus susceptibles de signaler des problèmes psychiatriques plus graves, et les filles étaient deux fois plus susceptibles de signaler des problèmes sociaux plus importants.

En Colombie-Britannique, au cours de la période d'étude, aucune politique n'avait imposé la fermeture généralisée des écoles; cependant, les jeunes qui ne suivaient pas de programmes pédagogiques officiels, que ce soit à la maison ou en classe, pendant une session scolaire normale étaient deux fois plus susceptibles de déclarer des problèmes plus graves dans les domaines de la santé psychiatrique et de la santé des jeunes, comparativement aux jeunes qui fréquentaient l'école à temps plein et en personne.

En fonction des renseignements fournis dans le cadre de leur évaluation, 74 % des participants se sont fait recommander des services de santé mentale communautaires. Bien que l'évaluation ait permis d'entamer une discussion avec les familles sur le soutien à apporter aux jeunes en matière de santé mentale, le fait d'avoir un médecin de famille constituait le meilleur indicateur de l'accès aux services de santé mentale communautaires, avec une probabilité de 11 contre 1.

En conclusion, la majorité des jeunes participants ont signalé des difficultés psychosociales pendant la pandémie. Heureusement, il s'agissait, pour la plupart, de difficultés légères. Ainsi, la présence de services de santé mentale adéquatement accessibles à l'échelle communautaire est essentielle pour combler les besoins grandissants en matière de ressources de plus en plus intensives, rares et coûteuses. Soulignons également qu'il faut envisager des ressources

particulières pour soutenir les jeunes qui sont peut-être en questionnement ou qui ont des identités de genre non binaires.

Dans l'ensemble, je préconise la mise en place de réseaux nationaux de services de santé intégrés grâce à l'expansion de programmes de santé multidisciplinaires pour les jeunes, comme le modèle de Foundry BC, où les fournisseurs de soins de santé primaires et de soins spécialisés en santé mentale travaillent en collaboration et de façon uniforme pour offrir un guichet unique de soins de santé aux jeunes de 12 ans et plus. Cela permettrait également de donner suite aux conclusions sur le rôle essentiel des médecins de famille et de l'accès aux soins primaires pour les jeunes qui ont besoin de ressources en santé mentale.

Je vous remercie.

• (1105)

Le président: Merci beaucoup, docteur Doan.

Nous allons maintenant entendre Alex Munter, qui représente le Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario.

Bienvenue au Comité. Vous avez la parole.

[Français]

M. Alex Munter (président-directeur général, Hôpital pour enfants de l'Est de l'Ontario): Merci, monsieur le président.

Je remercie le Comité de m'avoir invité.

• (1110)

[Traduction]

Je suis heureux d'être ici. Le CHEO est le centre de santé et de recherche pédiatrique de la capitale nationale. Nous comptons huit établissements dans toute la région d'Ottawa et de la vallée. Notre campus principal se trouve à environ cinq kilomètres d'ici. D'ailleurs, on peut voir la tour de la Paix aux derniers étages du CHEO.

J'invite chacun d'entre vous à venir nous rendre visite. Je serai ravi de vous faire visiter les lieux un jour.

Si vous veniez aujourd'hui, voici ce que vous verriez. Vous verriez un service d'urgence dont les installations ont été reconstruites il y a 10 ans pour accueillir 150 enfants, mais qui en a accueilli 213 hier et qui en accueille régulièrement près de 300.

Hier, la durée de séjour la plus longue dans notre service d'urgence était de 32 heures. Cela s'explique par le fait que notre taux d'occupation est aujourd'hui de 105 %, ce qui signifie qu'il n'y a pas de lits et que les enfants doivent attendre dans la salle d'urgence avec leurs parents jusqu'à ce qu'un lit se libère.

Nous sommes en passe de connaître le mois de septembre le plus chargé de l'histoire de notre hôpital. Le CHEO est un organisme qui existe depuis 48 ans. Les mois de mai, juin et juillet de cette année ont été les plus occupés de toute son histoire.

Si vous veniez aujourd'hui, vous verriez des enfants qui y ont été transférés de très, très loin parce qu'il n'y a pas de lits dans leur collectivité.

Vous verriez aussi des gens étonnants. Vous verriez des employés, des médecins, des bénévoles, des parents et des soignants incroyables, engagés et passionnés, qui font preuve de courage, de détermination et de compassion, qui prodiguent des soins spécialisés et qui travaillent d'arrache-pied, malgré la fatigue et la frustration.

Voici ce que vous ne verrez pas aujourd'hui si vous venez au CHEO. Vous ne verrez pas les enfants dont la chirurgie a été annulée, faute de lits disponibles. Nous devons réaffecter les lits de chirurgie aux enfants admis pour des virus respiratoires, y compris la COVID.

Vous ne verrez pas les 1 000 à 1 500 enfants qui ont été renvoyés ce mois-ci et qui seront aiguillés vers des services d'imagerie diagnostique, des cliniques médicales ou chirurgicales, des soins de santé mentale ou des soins de réadaptation, les 1 000 à 1 500 enfants par mois qui dépassent notre capacité d'accueil et qui sont ajoutés à notre liste d'attente. Cela représente 12 000 à 18 000 personnes ajoutées à la liste d'attente cette année.

Vous ne verrez pas les quelque 250 membres du personnel et médecins dont les postes sont vacants en raison des grands défis auxquels nous faisons face au Canada en ce qui concerne les ressources humaines en santé.

Je suis conscient que la même situation existe dans presque tous les hôpitaux, organismes de soins de santé et autres organisations du pays. Pourquoi devriez-vous vous intéresser à ce qui se passe au CHEO? Parce qu'il s'agit de nos enfants, de notre avenir.

Lorsqu'un enfant doit attendre un diagnostic pour des soins ou une thérapie, il en subit les conséquences. Les enfants souffrent aujourd'hui et demain, cette année et l'année prochaine. C'est déjà assez grave, mais en plus, cela pourrait avoir — et aura — une incidence, dans bien des cas, sur la trajectoire entière de leur vie.

Comme vous le comprendrez bien, lorsqu'un enfant est malade, lorsqu'un enfant souffre d'un handicap et qu'il ne reçoit pas la thérapie dont il a besoin, ce n'est pas seulement l'enfant, mais toute la famille qui en souffre. Bien souvent, cela nuit également à la capacité des parents de participer au marché du travail ou à la société en général.

Le CHEO appuie le travail de Santé des enfants Canada. Nous sommes membres de cette organisation. Comme vous le savez, Santé des enfants Canada a demandé une stratégie nationale pour la santé des enfants et des jeunes, le tout assorti d'un investissement fédéral significatif, car les mots ne suffisent pas. Je vois que Bruce Squires, le président du conseil d'administration de Santé des enfants Canada, est ici, et je suis sûr qu'il en parlera.

Au CHEO, c'est ce que nous appelons la « pédiatrie ». Je sais qu'il y a au moins un économiste parmi les membres du Comité. On entend par là l'étude des investissements dans la santé des enfants. Il s'agit d'examiner le rendement manifeste du capital investi dans des programmes visant à mettre les enfants sur la voie de la santé à long terme, parce qu'ils seront les innovateurs, les contribuables, les soignants et les parents de demain. De toute évidence, les investissements dans la santé des enfants procurent des avantages considérables à notre société. Ils permettent également de réduire la pression exercée sur le système de santé.

Dans le système de santé en général — ce que nous appelons, en pédiatrie, le système de santé pour adultes —, deux dollars sur trois sont consacrés à la gestion des maladies chroniques. Notre système

de santé est donc un système de gestion des maladies chroniques. Par conséquent, plus nous parviendrons à mettre les enfants sur la voie de la santé à long terme — qu'il s'agisse de leur santé mentale, de leur santé physique ou de leur développement — et plus nous nous attaquerons tôt à leurs problèmes de santé et de développement, plus nous pourrons alléger la pression qui s'exerce sur le système de santé.

Nos circonstances actuelles ne sont pas causées par la COVID ni par la pandémie. Elles ont toutefois été accélérées et amplifiées par la pandémie. Comme vous l'a dit la Dre Doan, et comme vous le diront certainement les autres intervenants, la pandémie a eu une incidence démesurée sur le développement et la santé physique et mentale des enfants et des jeunes. Nous leur devons, à eux et à notre pays, de prendre des mesures ciblées pour répondre à ces besoins et pour les mettre sur la voie de la santé à long terme.

Je vous remercie d'avoir entrepris cette étude et de m'avoir invité à y contribuer. J'ai hâte de pouvoir m'entretenir plus longuement avec vous à ce sujet au cours des deux prochaines heures.

Le président: Merci, monsieur Munter.

C'est maintenant au tour du Dr James Drake, de l'Hospital for Sick Children.

Bienvenue au Comité, docteur Drake. Vous avez la parole.

Dr James Drake (chef du service de chirurgie, Hospital for Sick Children): Merci beaucoup.

Bonjour, mesdames et messieurs. Merci infiniment de me donner l'occasion de témoigner devant vous aujourd'hui.

Je suis neurochirurgien pédiatrique à l'Hospital for Sick Children, aussi appelé SickKids. J'y suis chirurgien en chef, et je préside également l'organisme Pediatric Surgical Chiefs of Canada.

Je suis extrêmement fier du fait que notre hôpital a été classé numéro un l'année dernière et numéro deux cette année par le magazine *Newsweek*, mais pour être honnête, SickKids est en difficulté.

Je suis ici aujourd'hui pour vous parler des problèmes d'accès des enfants aux soins chirurgicaux programmés, et je crois qu'il s'agit d'une crise partout au Canada.

Comme vous le savez, le facteur temps est crucial dans le développement des enfants; chaque retard est lourd de conséquences pour eux. Dans le mémoire que je vous ai remis, je parle de quatre affections courantes, à savoir le strabisme, la cryptorchidie, les déformations orthopédiques et la déficience auditive. Ces pathologies entraînent des problèmes de santé permanents, comme la cécité, l'infertilité, la douleur chronique et l'invalidité, ainsi que des troubles de la parole, pour ne citer que quelques exemples.

Nous utilisons toutes les ressources possibles pour tenter de résoudre ce problème, mais pour de nombreux hôpitaux comme SickKids, la liste d'attente ne fait que s'allonger. Parmi les obstacles auxquels nous nous heurtons, il y a la pénurie de ressources humaines en santé pédiatrique, le sous-financement, le manque d'espace pour les salles d'opération et la mise en application d'une approche régionale pour les soins chirurgicaux pédiatriques.

À l'instar des autres témoins qui ont pris la parole, nous pensons que la solution consiste, en partie, à appuyer les soins pédiatriques, y compris la chirurgie pédiatrique, à l'échelle nationale et à en faire une priorité absolue; à recruter et à former des ressources humaines spécialisées en santé, ce qui comprend le personnel infirmier, les professionnels paramédicaux et les médecins; et à mettre en place des modèles de financement adéquats qui tiennent compte de la complexité des soins chirurgicaux, anesthésiques et hospitaliers en pédiatrie.

Vous pouvez imaginer la différence entre un patient de 30 ans qui arrive en fauteuil roulant pour une réparation des hernies et un enfant de 2 ans qui se retrouve dans une grande salle remplie d'instruments chirurgicaux, d'individus masqués et de grosses aiguilles. Les soins aux enfants sont très différents des soins aux adultes. Comme vous le verrez, la liste d'attente pour les enfants est égale ou supérieure à celle des adultes.

Dans le mémoire, j'ai fourni quelques annexes, auxquelles je vais me reporter maintenant.

La première annexe montre la liste d'attente pour des interventions chirurgicales à SickKids au cours des trois dernières années. En raison de la pandémie et du manque actuel de ressources, notre liste d'attente en chirurgie a augmenté de 150 % au cours des 5 dernières années. À l'heure actuelle, 60 % de nos patients subiront leur chirurgie au-delà de la date idéale. Ce chiffre a augmenté de façon spectaculaire depuis le début de la pandémie.

L'annexe 2 présente la répartition des cas par spécialité chirurgicale. Vous verrez, par exemple, que la liste d'attente en urologie à notre hôpital compte 2 000 patients qui ont dépassé la date idéale pour leur traitement.

Comme dans les secteurs pour patients adultes, nos plus longues attentes sont en chirurgie orthopédique, en chirurgie plastique et en chirurgie oto-rhino-laryngologiste.

Nous faisons partie d'une région. J'ai montré ici, à l'annexe 3, les données relatives à la liste d'attente en chirurgie dans la région du Grand Toronto. Vous verrez que la région de Toronto compte plus de 4 000 patients qui sont en attente d'une chirurgie. Ce chiffre est égal à celui des autres groupes d'adultes les plus nombreux, notamment ceux en chirurgie orthopédique et en ophtalmologie. Ce n'est pas un problème mineur pour les patients pédiatriques.

À l'annexe 4, j'ai inclus les listes d'attente déclarées par des hôpitaux pédiatriques un peu partout au Canada. Ces listes ne représentent pas tous les hôpitaux. Il s'agit de données déclarées par les établissements eux-mêmes. Néanmoins, comme je l'ai indiqué, dans ces 8 hôpitaux, il y a 21 000 enfants qui sont sur des listes d'attente en chirurgie. La moitié d'entre eux ont dépassé le délai idéal de traitement.

Enfin, pour illustrer l'incidence de la pandémie sur les enfants, j'ai présenté à l'annexe 5 les données de l'Institut canadien d'information sur la santé en date de décembre 2021. Le délai des soins chirurgicaux pour les enfants est plus long que celui pour les adultes d'âge moyen ou avancé.

Je ne saurais trop insister sur les répercussions que le retard dans l'accès aux soins chirurgicaux a sur les enfants partout au Canada.

Je vous remercie.

• (1115)

Le président: Merci, docteur Drake.

Nous accueillons maintenant Bruce Squires, président et président du conseil d'administration de Santé des enfants Canada.

Bienvenue au Comité, monsieur Squires. Vous avez la parole.

M. Bruce Squires (président, McMaster Children's Hospital et président du conseil d'administration, Santé des enfants Canada): Merci beaucoup et bonjour. Je suis très heureux d'avoir l'occasion de vous parler de ce sujet d'une importance vitale.

Tel que mentionné, je suis ici aujourd'hui à titre de président du McMaster Children's Hospital et de président du conseil d'administration de Santé des enfants Canada. Je tiens à préciser que je me joins à vous depuis Hamilton, et que cette ville est située sur les territoires traditionnels des nations Mississauga et Haudenosaunee, dans les limites des terres protégées par l'entente Le Wampum du plat à une cuillère.

Le McMaster Children's Hospital est l'un des 16 hôpitaux pour enfants spécialisés du Canada. Nous desservons une zone de deux millions et demi de personnes, comprenant un demi-million d'enfants et de jeunes et leur famille, et fournissons une gamme complète de soins de santé spécialisés aux nouveau-nés, aux enfants et aux jeunes et à leur famille dans toute la région.

Comme toutes les autres personnes que vous avez entendues aujourd'hui, je suis ici parce que nos équipes et les familles qu'elles servent pensent que nous devons tirer la sonnette d'alarme en ce qui concerne la santé et le bien-être des enfants et des jeunes du Canada, et que nous devons faire de leur santé une priorité absolue pour l'avenir.

Nos équipes et les familles s'inquiètent du fait que le public et nos dirigeants ne se rendent pas compte de ce qu'elles voient et vivent concrètement. Elles pensent que nous devons nous engager clairement à recentrer nos efforts sur la santé de nos enfants. J'estime qu'il s'agit là du principal intérêt de l'étude menée par votre comité permanent.

Pourquoi devons-nous tirer la sonnette d'alarme? Mes collègues vous en ont déjà parlé. Vous avez entendu parler du bilan de 2020 de l'UNICEF. Sur les 38 pays de l'OCDE, le Canada se classe 30^e et 31^e en matière de santé physique et mentale des enfants, respectivement. Nous nous situons dans le tiers inférieur du rapport concernant des indicateurs clés comme la mortalité infantile, l'obésité, le suicide chez les adolescents et l'immunisation. Dans un pays aussi riche et développé que le Canada, il est inconcevable pour la plupart d'entre nous que nos résultats soient si médiocres. Les personnes qui travaillent directement avec les enfants, les jeunes et les familles au sein des écoles, des organismes communautaires et des hôpitaux ne sont pas surprises par ces chiffres parce qu'elles constatent les effets au quotidien.

Nos équipes de santé mentale voient des enfants qui ont attendu jusqu'à deux ans et demi pour accéder à des services de santé mentale spécialisés.

Nos équipes de réadaptation en développement de l'enfant ont du mal à soutenir les parents d'enfants qui ont besoin d'une réadaptation en milieu scolaire et qui doivent attendre trois ans pour en bénéficier. Et nos équipes de soins aux patients hospitalisés ont du mal à fournir des soins aux enfants et aux jeunes gravement malades à la suite de tentatives de suicide, d'overdose, de consommation de substances et de troubles alimentaires graves.

Ces données ont été recueillies avant la pandémie. Comme vous l'avez entendu, les enfants et les jeunes du Canada ont été les plus touchés. Leur développement — physique, émotionnel, social et spirituel — a été gravement affecté par les retards en matière d'apprentissage, la réduction de l'accès à l'activité physique, l'isolement social et les retards dans l'accès aux soins. Là encore, les données sont frappantes.

La Dre Doan vous a parlé de la santé mentale des enfants du Canada. Au McMaster Children's Hospital, nous constatons que le nombre d'admissions dans nos services de traitement des troubles liés à l'utilisation de substances a doublé et que le nombre d'admissions dans notre unité des troubles de l'alimentation et de traitement des patients a augmenté de 90 %.

Les retards dans la prestation des soins et la croissance de la demande ne se limitent pas à la santé mentale. Vous avez entendu le Dr Drake. Pensez-y. Ici, au McMaster Children's Hospital, près des deux tiers des parents d'enfants en attente d'une intervention chirurgicale ont déjà vu leurs enfants rater le délai recommandé. Partout au Canada, les hôpitaux connaissent des volumes, des taux d'occupation et des temps d'attente sans précédent.

Ce matin, au McMaster Children's Hospital, notre service d'urgence comptait 10 enfants qui avaient été admis à l'hôpital, mais qui attendaient parce que nous n'avions pas de lit. En effet, le taux d'occupation de ces lits était hier de 119 %. Ces chiffres signifient que des enfants attendent jusqu'à plus de 24 heures et que des enfants gravement malades et leur famille sont transférés dans toute la province, par exemple de Hamilton à Ottawa, parce que nous n'avons pas de lit pour les soins intensifs.

Je pourrais vous donner bien d'autres exemples. Les données montrent clairement que la situation de la santé des enfants et des jeunes du Canada n'est pas ce qu'elle devrait être.

J'en arrive donc à ce que je pense être la demande primordiale pour ce comité, à savoir que vous recommandiez au Canada de donner la priorité à l'amélioration de la santé et du bien-être de nos enfants et de nos jeunes.

Le fait que le gouvernement fédéral s'engage publiquement à travailler avec d'autres acteurs pour donner la priorité à l'amélioration de la vie des enfants aurait une incidence considérable. Cet engagement devra bien sûr être suivi de mesures tangibles, et vous avez entendu d'excellentes recommandations de la part d'experts ces derniers jours.

J'ajouterais premièrement que le rapport « Assurer un avenir en santé » peut servir de base à l'élaboration d'une stratégie pancanadienne en matière de santé des enfants et des jeunes. Il s'agit là d'une première étape essentielle.

• (1120)

Deuxièmement, j'aimerais souligner d'autres évolutions importantes. Le Canada doit déployer des efforts soutenus et ciblés pour comprendre les soins de santé offerts à nos enfants et de nos jeunes et en rendre compte. Nous devons recueillir des données exhaustives sur une base longitudinale, afin d'établir les meilleures politiques et mesures possibles. Cette démarche fera directement ressortir la nécessité d'un programme de recherche ciblé sur la santé des enfants et des jeunes axé sur l'acquisition de nouvelles connaissances sur la santé des mères, des nouveau-nés, des enfants et des jeunes qui, à leur tour, permettront d'améliorer le soutien et la coor-

dination du partage, de la diffusion, de la mobilisation et de l'adoption de ces connaissances dans tout le pays.

Troisièmement, j'aimerais souligner à nouveau quelques-uns des domaines les plus urgents sur lesquels doit se concentrer une stratégie de santé des enfants. L'amélioration de l'accès aux services spécialisés pour les populations vivant dans des régions rurales et éloignées, en particulier les populations autochtones, reste essentielle pour lutter contre les disparités en matière de santé et promouvoir l'équité dans les soins de santé et la santé des enfants. Les enfants et les jeunes doivent pouvoir bénéficier d'un accès rapide à des services de santé mentale appropriés, près de chez eux. Un engagement à réserver 25 % du Transfert canadien en matière de santé mentale aux enfants de moins de 18 ans nous permettrait de franchir une première étape cruciale. Il y a de nombreux autres domaines clés, comme vous l'avez entendu.

Pour conclure, j'aimerais remercier tous les membres du Comité d'avoir décidé d'entreprendre l'étude sur la santé des enfants. Comme je l'ai dit, il s'agit d'une première étape cruciale pour commencer à s'attaquer à la crise que nous constatons dans le domaine de la santé des enfants et des jeunes au Canada. J'espère que cette première étape vous amènera à recommander un engagement public et des mesures connexes pour donner la priorité à la santé et au bien-être des enfants de tout le Canada.

Je vous remercie de tout cœur de m'avoir accordé votre temps et votre attention.

• (1125)

Le président: Merci, monsieur Squires.

Nous allons passer aux séries de questions, et nous allons commencer par M. Ellis, qui disposera de six minutes.

M. Stephen Ellis (Cumberland—Colchester, PCC): Merci, monsieur le président, et merci à tous les témoins d'être ici aujourd'hui.

Il est clair que les difficultés auxquelles sont confrontés les enfants sont assurément aussi importantes que celles des adultes, et peut-être même plus importantes. Comme l'a dit M. Munter, ils sont notre avenir, cela ne fait aucun doute.

La dernière fois que nous nous sommes rencontrés, j'ai parlé de la nécessité d'une stratégie nationale sur la santé des enfants et des jeunes, et ce qui est triste, c'est qu'avec le nombre de réunions que nous avons actuellement, cette stratégie dépasse la portée de nos travaux. J'invite à nouveau les membres du Comité à tenir compte, le moment venu, du fait que nous devons consacrer plus de temps à ce sujet particulier si nous voulons jouer un rôle de chef de file et participer à la création de cette stratégie.

Monsieur Munter, l'une des choses dont nous entendons parler, qu'il s'agisse d'adultes ou d'enfants, est la difficulté à laquelle nous sommes tous confrontés en matière de ressources humaines dans le domaine de la santé. Pourriez-vous nous en dire un peu plus à ce sujet? Cette question ne relève peut-être pas de votre domaine de compétence, mais je sais que vous êtes un expert très respecté en matière de santé des enfants et des jeunes.

Les pédiatres doivent-ils être mieux financés? Avons-nous besoin de plus de places de résidence? Que devons-nous faire?

M. Alex Munter: Toutes ces réponses sont valables.

Nous savons depuis un certain temps qu'il y a un manque de personnel. Avant la pandémie, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada prévoyait un déficit de 60 000 personnes. Au début de la pandémie, les gens ont reporté leur retraite, et en fait, ils sont sortis de la retraite pour revenir travailler. Une grande partie de la réponse à la pandémie a été apportée par des membres du personnel infirmier, des médecins et d'autres personnes qui ont repris le travail. Aujourd'hui, certaines personnes retournent à la retraite, ou prennent leur retraite après l'avoir reportée, et nous avons un problème de maintien en poste, car l'environnement, le lieu de travail, devient de plus en plus difficile.

Nous devons prendre deux catégories de mesures. Nous devons d'abord maintenir notre personnel en poste. Bien sûr, il y a des problèmes de rémunération, de conditions de travail, etc. Deuxièmement, nous devons augmenter le nombre de ressources et nous devons en accueillir plus. Nous devons faire en sorte qu'il soit plus facile de faire venir des gens. Nous avons huit médecins, pour la plupart américains, mais aussi d'ailleurs dans le monde, qui sont prêts à commencer à travailler au CHEO et qui nous aideront à réduire nos listes d'attente. Par exemple, le Dr Drake a parlé de l'urologie. Nous avons des fonds pour trois urologues. Notre personnel en compte actuellement un. Nous avons deux postes vacants. Nous avons un urologue qui attend de venir de Californie. Nous devons accélérer les choses du point de vue de l'immigration. Nous devons accélérer le processus d'accréditation et faire venir des gens. Nous avons des personnes au Canada qui pourraient travailler. Nous devons également accélérer ce processus.

Honnêtement, le Canada est l'un des seuls pays du monde occidental à ne pas avoir de stratégie nationale en matière de ressources humaines dans le domaine de la santé, et c'est donc une lacune.

Le Dr Drake et moi-même discutons avant la réunion. Comme pour beaucoup de choses, étant donné la nature spécialisée du domaine, il y a probablement environ 30 neurochirurgiens pédiatriques dans tout le Canada. Si deux ou trois d'entre eux prennent leur retraite, cela aura une incidence considérable sur les listes d'attente.

Nous avons besoin à la fois d'une stratégie globale et d'une stratégie en matière de ressources humaines en santé pour les enfants.

• (1130)

M. Stephen Ellis: Merci.

Par votre intermédiaire, monsieur le président, j'aimerais dire à M. Munter que nous nous trouvons à un carrefour important et terrifiant — si je peux utiliser ce mot — dans le sens où nous voulons améliorer les conditions de travail, mais pour ce faire, nous avons besoin de plus de personnes. Il faut beaucoup de temps pour créer un pédiatre, surtout un sous-spécialiste, comme nous le savons tous parfaitement. C'est donc un problème énorme.

Je voudrais faire un autre commentaire, et j'espère que vous pourrez commenter ces deux points dans le peu de temps qu'il nous reste. Que pensez-vous du rôle des médecins de famille? Encore une fois, il se peut que cette question dépasse votre domaine d'expertise, mais il y a certainement une interaction entre la façon dont nous formons les médecins de famille et le besoin en soins pédiatriques, en soins pédiatriques généralistes et en sous-spécialistes.

Pourriez-vous formuler des commentaires à ce sujet et nous dire quelle est selon vous la voie à suivre?

M. Alex Munter: L'une des raisons de cette augmentation de la demande en services d'urgence est évidemment que nous voyons souvent dans les services d'urgence pédiatriques des enfants qui pourraient être vus par un médecin de famille et qui n'en ont pas ou qui ne sont pas en mesure d'obtenir un rendez-vous. Le renforcement de notre capacité en matière de soins primaires est absolument crucial à cet égard.

Ici, localement, nous y travaillons. Nous avons une équipe de santé appelée Les enfants avant tout qui travaille avec des médecins de soins primaires et des pédiatres communautaires. Nous avons mis en place quelques cliniques de soins d'urgence. Je pense que nous devons définir, à l'échelle du système, la manière dont nous soutenons les soins primaires pour qu'ils soient en mesure de fournir, dans le cadre de modèles fondés sur le travail d'équipe, cette réponse de première ligne qui permettra d'éviter l'hospitalisation des enfants et des adultes.

M. Stephen Ellis: Merci beaucoup.

Je pense qu'il me reste environ 20 secondes, monsieur le président.

Il est intéressant de noter que nous avons assisté à cette évolution vers la prestation de soins en équipe. J'ai été médecin de famille pendant très, très longtemps. Cette approche est certainement moins efficace, mais permet-elle d'offrir de meilleurs soins? Qu'en pensez-vous, monsieur Munter? Je sais que c'est un peu...

M. Alex Munter: En 20 secondes?

M. Stephen Ellis: En 20 secondes ou moins, monsieur, exactement.

M. Alex Munter: Cette discussion prendrait beaucoup plus longtemps.

Elle n'est pas nécessairement moins efficace. Tout dépend des incitatifs que vous mettez en place.

Il est certain que si je regarde certains de nos cabinets de soins primaires les plus efficaces au niveau local, lorsqu'ils ont des psychologues, des ergothérapeutes, des travailleurs sociaux et d'autres professionnels qui travaillent avec les médecins de famille, ils peuvent fournir ces soins aux familles très rapidement.

M. Stephen Ellis: Merci pour votre réponse.

Le président: Merci beaucoup, monsieur Ellis et monsieur Munter.

La parole est maintenant à Mme Sidhu, qui dispose de six minutes.

Mme Sonia Sidhu (Brampton-Sud, Lib.): Merci, monsieur le président.

Merci à tous les témoins d'être présents.

Ma première question s'adresse au Dr Drake.

Docteur Drake, nous avons mené une étude sur la pénurie de ressources humaines. Pouvez-vous nous indiquer quel rôle la technologie et l'innovation pourraient jouer dans la réduction des arriérés en chirurgie? Avez-vous des conseils à nous donner sur la façon de réduire la liste d'attente pour les patients?

Dr James Drake: Je pense que l'une des principales façons dont nous pouvons tirer parti de la technologie serait de mettre en œuvre des systèmes qui reflètent avec précision le nombre de patients qui se trouvent sur les listes d'attente dans une région particulière, par exemple dans la région du Grand Toronto.

La province a financé plusieurs projets visant à centraliser les listes d'attente, afin que les enfants puissent consulter le premier chirurgien disponible capable de les prendre en charge dans un hôpital situé à proximité de leur lieu de résidence, plutôt que de devoir se rendre à Toronto pour y recevoir des soins.

Le problème est que nos partenaires communautaires luttent également contre les effets de la pandémie. C'est un problème majeur, mais le deuxième problème, qui est tout aussi important, est que les soins de santé offerts aux enfants ne sont pas toujours considérés comme une priorité chirurgicale par les hôpitaux. L'une des raisons est qu'ils ne sont pas particulièrement bien remboursés. L'anesthésie d'un enfant est considérée comme une opération sur une personne autrement en bonne santé, mais, comme je l'ai mentionné dans mes observations liminaires, le fait d'amener un enfant en salle d'opération n'est pas un processus simple. La complexité des soins prodigués aux enfants est plus élevée que chez un adulte présentant le même problème médical.

Nous travaillons d'arrache-pied avec nos partenaires régionaux — et je parle maintenant de SickKids — pour essayer de faire opérer plus d'enfants près de chez eux, dans un hôpital communautaire où la plus grande partie du volume élevé de cas de faible gravité pourrait être traitée. Je pense que c'est l'une des façons dont la technologie pourrait nous aider.

Nous effectuons également une modélisation précise de l'optimisation du flux des patients au sein de l'hôpital. Nous pouvons examiner leur problème sous-jacent, la durée probable de leur opération, l'endroit où ils doivent se rendre par la suite et s'ils ont besoin d'un lit en unité de soins intensifs, et nous pouvons ajuster les horaires des salles d'opération pour optimiser le rendement.

Enfin, ce que nous faisons aussi à SickKids, c'est opérer les fins de semaine. Nous n'avons pas assez d'espaces pour opérer, alors nous opérons maintenant les fins de semaine pour essayer de réduire les temps d'attente en chirurgie.

• (1135)

Mme Sonia Sidhu: Je vous remercie.

Ma prochaine question s'adresse au Dr Munter.

Docteur Munter, vous avez dit que vous attendiez un chirurgien de la Californie. Comment pouvons-nous attirer des médecins et les convaincre de rester ici, au Canada? Un grand nombre de nos médecins formés au Canada travaillent maintenant aux États-Unis. Comment pouvons-nous les inciter à rester et à travailler ici, au Canada?

M. Alex Munter: Tout d'abord, je vous remercie de m'avoir décerné un doctorat en médecine. Vous pouvez m'appeler Alex ou M. Munter, mais je n'ai pas encore obtenu mon diplôme de médecine. Vous pouvez compatir avec ma mère à ce sujet.

Pour ce qui est du CHEO, j'ai appris plus tôt cette semaine que nous avons réussi à recruter deux chercheurs cliniques de premier plan pour notre institut de recherche. La semaine dernière, j'ai mené des entrevues pour un poste de direction médicale, et la plupart des candidats venaient des États-Unis. De plus, nous avons huit méde-

cins — surtout des pédiatres, un chirurgien et un urologue — qui ont accepté un poste et qui sont prêts à venir ici.

Je pense qu'il y a là une occasion à saisir. En effet, il existe de nombreuses raisons pour lesquelles des gens pourraient vouloir quitter les États-Unis, sans entrer dans les détails pour le moment. Les chercheurs de premier plan, par exemple, sont des femmes, et elles sont aussi racisées. Elles ne se sentent pas à l'aise aux États-Unis et elles souhaitent donc quitter le pays.

Je pense que nous pouvons saisir cette occasion, si nous leur facilitons les choses. Pour un organisme qui parraine des gens qui souhaitent venir au pays, les différentes modalités liées à l'immigration, par exemple l'EIMT que nous devons produire et les permis que nous devons obtenir, sont souvent laborieuses et prennent beaucoup de temps. Si nous pouvions accélérer le processus d'approbation du gouvernement fédéral en matière d'immigration et celui des gouvernements provinciaux pour les permis, cela changerait la donne, à mon avis.

Permettez-moi d'ajouter quelque chose. Nous parlons ici de médecins. Par exemple, dans le cas du CHEO — et je peux parler pour l'Ontario —, la plupart des grands hôpitaux partagent leurs dossiers médicaux avec l'hôpital pour enfants malades de Toronto — ou SickKids —, mais le Réseau universitaire de santé de l'Ontario, l'Hôpital d'Ottawa et le Centre des sciences de la santé de Hamilton utilisent tous un système appelé Epic pour les dossiers médicaux électroniques, et c'est le système prédominant aux États-Unis.

Une infirmière de l'hôpital pour enfants de Cincinnati qui tient des dossiers sur Epic — une infirmière pédiatrique qualifiée — pourrait commencer à travailler lundi au CHEO ou au SickKids si elle souhaitait venir ici et si nous étions en mesure de la faire venir au pays, car elle possède les compétences techniques nécessaires et elle connaît bien la technologie utilisée. C'est donc vraiment difficile.

Je pense qu'il faut discuter de la façon de simplifier ce processus. Ce n'est pas la solution. Personne ne devrait penser que l'importation de travailleurs de la santé est la solution pour notre système, mais nous avons réellement besoin de dizaines de solutions, et c'est l'une de ces solutions.

Mme Sonia Sidhu: Je vous remercie, monsieur Munter.

Le président: Je vous remercie, madame Sidhu et monsieur Munter.

[Français]

Monsieur Garon, vous avez la parole pour six minutes.

M. Jean-Denis Garon: Merci, monsieur le président.

Je remercie l'ensemble des témoins d'être présents aujourd'hui. C'est très intéressant.

Je vais commencer par vous, monsieur Munter. Étant donné ma déformation professionnelle, nous allons parler un peu d'argent.

Dans votre allocution d'ouverture, vous avez souligné que le gouvernement, à un moment donné, allait devoir refaire des investissements importants en santé, d'une façon ou d'une autre. J'imagine que c'est votre position, n'est-ce pas?

M. Alex Munter: Oui, c'est exact.

• (1140)

M. Jean-Denis Garon: Quand on étudie les systèmes de santé pour voir lesquels sont les plus performants dans certains domaines ou dans certaines spécialités, on a tendance à faire des comparaisons interprovinciales et internationales. On regarde les diverses pratiques un peu partout et on se rend compte que les différents systèmes ou gouvernements tendent à s'inspirer les uns des autres et à faire des expériences pour s'améliorer.

En ce qui a trait aux transferts en santé, ici, à Ottawa, il y a cette espèce de mentalité selon laquelle il faudra dorénavant, en contrepartie desdits transferts, imposer des conditions à chacune des provinces. Je me demande si cela n'est pas de nature à empêcher chacun des systèmes de santé d'innover, de telle sorte qu'à un moment donné, nous ne pourrions plus nous inspirer les uns des autres pour nous améliorer.

Qu'en pensez-vous?

M. Alex Munter: Cela dépendrait des conditions, non?

Je comprends bien que, dans la fédération, il y a des vues divergentes quant au rôle du gouvernement fédéral dans le financement des services donnés par les gouvernements provinciaux.

Cela dit, si le gouvernement fédéral investit dans des systèmes de santé provinciaux, les contribuables canadiens sont en droit de s'attendre à des résultats. Tel devrait être l'objectif. Si le gouvernement fédéral assortit son investissement de conditions liées à des résultats attendus, par exemple une réduction des temps d'attente ou une plus grande capacité de soins, et qu'il est possible de rendre compte de ces résultats, c'est ce qui est important.

Il est déjà arrivé que des investissements fédéraux aient été faits dans le système de santé pour enfants, par exemple en santé mentale, mais sans qu'on ait pu voir à quoi cet argent avait été consacré ni ce qui en avait résulté. C'est cela, l'enjeu.

Néanmoins, je comprends évidemment votre point de vue.

M. Jean-Denis Garon: Il reste que nous avons le même intérêt: mieux soigner les gens et les enfants.

Je m'intéresse à la situation où le contribuable fédéral est aussi un contribuable à l'échelle provinciale, au Québec. Par exemple, nous avons reçu une représentante de l'Association des pédiatres du Québec, qui soutient les demandes de l'ensemble des provinces et du Québec d'augmenter les transferts en santé, et ce, sans conditions.

J'ai été très touché par votre allocution. Vous avez dit qu'il n'y aurait bientôt plus de lits disponibles. Or, les pédiatres du Québec n'ont pas l'impression que le fait de donner davantage de moyens au gouvernement sur le terrain compromettra son objectif d'améliorer les soins qu'il donne. C'est pour cela que l'Association des pédiatres du Québec soutient la demande des provinces.

Comment se fait-il que votre vue soit différente de celle des pédiatres du Québec?

M. Alex Munter: J'aimerais m'entretenir avec les pédiatres du Québec. Je suis certain que nous serions d'accord que l'investissement destiné aux soins de santé pour enfants, qu'il vienne du fédéral ou du provincial, devrait donner des résultats. C'est l'objectif.

M. Jean-Denis Garon: Je comprends.

Pour ce qui est d'imposer des conditions, vous êtes un peu d'avis que le gouvernement fédéral, qui ne gère pratiquement pas d'hôpi-

taux, a les compétences, la fonction publique et la machine administrative nécessaires pour dire aux provinces quels objectifs elles devraient atteindre et comment faire les choses. Le gouvernement fédéral est bon dans ce domaine. Est-ce bien ce que vous me dites?

M. Alex Munter: Le gouvernement de l'Ontario ne gère pas d'hôpitaux non plus. Ils sont gérés par des organismes...

M. Jean-Denis Garon: C'est parce que les systèmes diffèrent. C'est cela, l'intérêt.

M. Alex Munter: Les systèmes diffèrent, mais le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux peuvent certainement s'attendre à des résultats dont on peut rendre compte.

M. Jean-Denis Garon: L'un des plus grands transferts que reçoivent les provinces et qui sont basés sur le nombre de personnes, c'est le Transfert canadien en matière de santé, et, à bien des égards, ce transfert est inconditionnel. Vous jugez donc que cette approche historique est une erreur.

M. Alex Munter: Nous pourrions discuter de l'histoire des transferts depuis...

• (1145)

M. Jean-Denis Garon: Vous dites que c'est une mauvaise pratique, parce que le contribuable a des attentes.

M. Alex Munter: C'est intéressant de débattre de fédéralisme avec vous. Nous pourrions aller prendre un verre et continuer la discussion.

L'Association des hôpitaux de l'Ontario appuie la demande du gouvernement ontarien d'augmenter...

[Traduction]

M. Majid Jowhari (Richmond Hill, Lib.): Monsieur le président, j'invoque le Règlement...

Le président: Monsieur Munter, puis-je vous interrompre? Apparemment, nous avons perdu l'interprétation.

Monsieur Munter, le temps imparti est écoulé, mais je vous ai interrompu au milieu de votre réponse.

Si vous le pouvez, veuillez répondre à cette dernière question, et nous passerons ensuite à l'intervenant suivant.

Je vous remercie.

M. Alex Munter: Oui. Je dirais que nous appuierions — et je l'appuierais aussi — le gouvernement de l'Ontario lorsqu'il demande une augmentation de 35 % des dépenses totales en soins de santé provenant du gouvernement fédéral. J'appuierais le fait que le gouvernement fédéral impose des conditions réalistes à l'utilisation de ces fonds, afin qu'ils servent effectivement à répondre aux besoins aux premières lignes et qu'ils nous permettent d'aider concrètement les enfants qui sont hospitalisés et qui sont dans nos cliniques.

Le président: Je vous remercie, monsieur Munter et monsieur Garon.

La parole est maintenant à M. Davies. Il a six minutes.

M. Don Davies (Vancouver Kingsway, NPD): Je vous remercie, monsieur le président. Je remercie également les témoins.

Docteur Doan, j'aimerais vous poser mes premières questions.

Les résultats préliminaires de l'étude que vous dirigez, qui s'intitule *Child and Youth Mental Health during a Pandemic*, une étude sur la santé mentale des jeunes et des enfants pendant une pandémie, révèlent que les deux tiers des enfants et des jeunes de la Colombie-Britannique ont éprouvé des problèmes de santé mentale légers ou modérés pendant la pandémie. Vous soulignez que cette proportion est à la hausse, car elle était d'un tiers avant l'arrivée de la COVID-19.

Dans un article publié récemment dans le *Vancouver Sun*, vous avez déclaré que ce renseignement sera très utile pour ce qu'on appelle la pandémie fantôme ou les conséquences qui découleront de la pandémie dans les années à venir.

Selon vous, docteur Doan, quelles mesures le gouvernement devrait-il prendre pour faire face à cette imminente pandémie fantôme?

Dre Quynh Doan: Comme je l'ai souligné, je pense que l'accès aux soins primaires est essentiel pour que les enfants qui souffrent de problèmes de santé mentale légers ou modérés puissent avoir accès aux soins qui sont offerts dans la collectivité. Toutefois, les familles qui souhaitent accéder à ces soins doivent surmonter de nombreuses difficultés, car de nouveaux modèles apparaissent chaque jour et les familles ne savent pas comment s'y retrouver.

Ensuite, il est essentiel d'avoir accès à un médecin de première ligne pour pouvoir accéder aux soins primaires offerts dans la collectivité. C'est donc le premier point.

Deuxièmement, nous regardons souvent les données sur les hospitalisations, car ce sont des données que nous collectons. Cependant, nous n'examinons pas vraiment les problèmes de base en matière de santé mentale dans la collectivité. Je recommanderais donc de favoriser le dépistage, que ce soit à l'école ou par l'entremise d'un médecin de première ligne, afin de détecter ces problèmes dès le départ et ainsi permettre aux jeunes d'avoir accès à des soutiens en santé mentale moins coûteux et plus accessibles avant qu'ils ne soient en crise et se retrouvent dans un service d'urgence où on devra les hospitaliser.

M. Don Davies: Je vous remercie.

Vous avez deviné où je voulais en venir, car docteur Doan, je sais qu'en réponse à l'augmentation du nombre d'enfants qui se présentent aux services d'urgence avec des problèmes de santé mentale, vous avez travaillé à l'élaboration du programme HEARTSMAP qui, si j'ai bien compris, est un outil conçu pour aider les cliniciens à effectuer une évaluation psychosociale efficace et complète des enfants et des jeunes qui présentent des problèmes de santé mentale.

Pourriez-vous décrire brièvement en quoi consiste HEARTSMAP et en quoi cet outil diffère des autres outils d'évaluation psychosociale?

Dre Quynh Doan: Oui. HEARTSMAP a été conçu pour les cliniciens, mais nous avons maintenant une version d'auto-évaluation pour les jeunes et les parents. Cet outil aborde essentiellement 10 facteurs différents du bien-être psychosocial, à savoir le foyer, l'éducation, l'alcool et les drogues, les pensées et l'anxiété, etc. Les familles ou les cliniciens, selon l'outil utilisé, attribuent une note à chaque facteur en fonction des renseignements reçus lors de l'évaluation. L'échelle d'évaluation va de l'absence de problèmes aux problèmes graves. Ces notes sont ensuite mises en correspondance avec différents facteurs liés à la santé mentale, comme je l'ai mentionné plus tôt.

Il ne s'agit pas seulement d'une note cumulative, mais aussi d'un modèle de distribution des notes qui tient compte de l'acuité. Le problème peut être grave, mais aussi chronique, et la personne a peut-être déjà accès à des soins, tandis qu'un autre problème peut être nouveau, mais se révéler moins grave.

L'outil utilise un algorithme dont les résultats ont été comparés à ceux de l'évaluation menée par un clinicien — une évaluation menée par un psychiatre. On a conclu que l'algorithme recommandait les soins appropriés aux familles qui l'utilisaient.

Tous les utilisateurs n'ont pas besoin de consulter immédiatement un psychiatre dans un service d'urgence. En réalité, un grand nombre d'entre eux souffrent de problèmes de comportement et de problèmes sociaux qui peuvent être résolus avec l'aide d'un travailleur social ou avec l'aide d'un ergothérapeute. L'outil mène donc une évaluation, mais il oriente également cette évaluation, soit pour que les cliniciens puissent aiguiller les patients, soit pour que les familles et les jeunes explorent et accèdent aux services offerts dans la collectivité.

La version de dépistage, c'est-à-dire la version MyHEARTSMAP, est actuellement accessible au public en ligne, et les familles peuvent l'utiliser à des fins de dépistage et ensuite avoir recours aux services appropriés avant que le comportement ne devienne un problème et que la personne doive se présenter aux services d'urgence, où le clinicien utiliserait alors l'outil HEARTSMAP.

● (1150)

M. Don Davies: Je vous remercie.

Monsieur Squires, docteur Drake et monsieur Munter, étant donné que vous travaillez dans des hôpitaux pédiatriques, j'aimerais vous demander votre avis sur quelque chose.

Notre comité a entendu dire que la carie dentaire demeure la maladie chronique infantile évitable la plus courante au Canada — et cette information est corroborée par l'Association dentaire canadienne. C'est la raison la plus courante pour laquelle les enfants canadiens doivent subir une chirurgie d'un jour et c'est l'une des principales raisons pour lesquelles les enfants s'absentent de l'école.

J'aimerais vous faire part d'une proposition dont on m'a parlé. L'intervention chirurgicale la plus souvent pratiquée sur les enfants d'âge préscolaire dans la plupart des hôpitaux pédiatriques du Canada est le traitement de la carie dentaire. Est-ce aussi le cas dans votre hôpital? Si oui, est-ce que le fait d'avoir un bon programme de soins dentaires axé sur la prévention dès le plus jeune âge chez les enfants permettrait de réduire la pression exercée sur vos services d'urgence et vos hôpitaux pédiatriques?

M. Alex Munter: Pas pour le service des urgences, mais effectivement, lorsqu'on parle de volume, la chirurgie dentaire est la plus courante au CHEO. C'est la chirurgie d'un jour la plus fréquemment pratiquée, et habituellement, les enfants dont...

Les malformations génétiques et les problèmes liés, par exemple, à la chirurgie de la fente labiale et de la fente palatine constituent une grande partie de ces cas, mais une proportion très importante se retrouve au CHEO en raison de problèmes liés à la carie dentaire qui auraient pu être évités. La Société canadienne de pédiatrie appuie grandement l'idée d'un programme national de soins dentaires qui garantirait l'accès aux soins dentaires à tous les enfants, quel que soit le revenu familial.

M. Don Davies: Je vous remercie, monsieur Munter.

Docteur Drake, pouvez-vous répondre à la question?

Dr James Drake: Les soins dentaires pédiatriques représentent une partie importante des interventions à l'hôpital SickKids, mais nous avons tendance à ne voir que les cas les plus complexes qui nécessitent des soins précis. En réalité, une proportion beaucoup plus grande des chirurgies dentaires est effectuée dans la collectivité, et je pense donc que nous voyons un petit sous-ensemble de ces patients.

Nous sommes tout à fait d'accord avec vous lorsque vous dites qu'il s'agit d'un enjeu très important, en particulier dans les collectivités du Nord, où cela représente un problème encore plus grave, si je ne me trompe pas.

Nous sommes très conscients de la situation, et nous sommes pour l'adoption d'autres méthodes qui pourraient améliorer les soins dentaires pour les enfants, car comme vous l'avez mentionné, cela a des répercussions sur un grand nombre de facteurs liés à leur état de santé en général.

M. Don Davies: Docteur Squires, pouvez-vous répondre à la question?

M. Bruce Squires: Je vous remercie. Comme mon collègue, je n'ai pas encore obtenu mon doctorat, mais je vous remercie de croire en moi.

La réponse est certainement affirmative. Ce n'est qu'un exemple de l'interdépendance de l'environnement et de tous les éléments du système de soins de santé, mais aussi de la communauté sociale et du système familial dans lesquels vivent les enfants.

Le fait est que nous ne pouvons pas nous concentrer sur un seul élément lorsqu'il est question de la santé des enfants. Nous devons vraiment tenir compte de leur santé mentale et de leur santé physique, ce qui comprend la santé dentaire et, bien entendu, leur développement orthopédique. Nous devons aussi nous pencher sur leur développement social et spirituel, qui est si souvent influencé par le milieu scolaire, mais aussi par leurs interactions dans la collectivité.

Je vous renvoie à... C'est la raison pour laquelle nous demandons une stratégie sur la santé des enfants, car il faut aborder cette question dans son ensemble, de manière holistique, et veiller à ne pas se concentrer sur un seul élément. Le fait de cibler les soins dentaires permettra de faire bouger les choses, mais ce ne sera pas suffisant. Nous devons envisager la question des soins à domicile, etc.

Le président: Je vous remercie, monsieur Squires et monsieur Davies.

La parole est maintenant à M. Lake. Il a cinq minutes.

L'hon. Mike Lake (Edmonton—Wetaskiwin, PCC): J'aimerais remercier les témoins.

Je dois avouer que je viens de me rendre compte de quelque chose. Comme un grand nombre d'entre vous le savent, j'ai un fils autiste. Il a maintenant 26 ans, mais il avait 9 ans lorsque j'ai été élu. J'ai eu la chance de travailler fréquemment avec presque tous vos organismes. Monsieur Munter, j'ai visité le CHEO à de nombreuses reprises.

Je dois dire qu'à titre de parents d'une personne très vulnérable, nous avons passé beaucoup de temps au service d'urgence d'Edmonton, car il n'y avait vraiment aucun autre endroit où emmener Jaden, un enfant non verbal qui ne pouvait pas expliquer ce qu'il vivait à certains moments. En écoutant la conversation, j'ai donc été

frappé par la façon dont cela reflète également les difficultés de nombreux enfants en général, qui sont trop jeunes ou qui n'ont pas le niveau de communication nécessaire pour pouvoir expliquer ce qu'ils vivent. L'importance de ce dont nous parlons aujourd'hui me paraît encore plus évidente que d'habitude. Je vous remercie du travail que vous faites.

Je vais maintenant parler d'un secteur de dépenses très précis. Les autres membres du Comité ne seront pas surpris. Notre pays dépense plus d'argent que jamais — et de loin — et pourtant, nous parlons de ces secteurs de dépenses en crise ici même. Je vais me concentrer sur la question de la santé mentale des enfants.

Nous avons abordé la question lors de la dernière réunion du Comité. En matière de santé mentale, je crois que notre pays occupe le 31^e rang sur 38 pays, selon un rapport de l'UNICEF. Lors de la dernière campagne électorale, l'une des rares choses sur lesquelles les partis se sont mis d'accord, c'était que nous devions investir davantage dans la santé mentale. Tous les partis avaient pris des engagements importants à cet égard dans leur plateforme.

Le parti qui a gagné et qui travaille maintenant avec le NPD — les libéraux et le NPD — avait promis un transfert canadien en matière de santé mentale qui aurait dû représenter 225 millions de dollars pour l'exercice 2020-2021 et 650 millions de dollars supplémentaires pour l'exercice en cours. Ce sont donc 875 millions de dollars qui devaient être versés aux provinces dans le cadre d'un transfert canadien en matière de santé mentale. Il s'agit d'un total de 4,5 milliards de dollars et nous sommes censés entrer dans la troisième année de ce financement, mais jusqu'à présent, nous n'avons pas vu un seul dollar.

L'un des témoins a abordé la question l'autre jour, et cela a provoqué un petit débat sur la question de savoir si les 25 % consacrés à la santé mentale des enfants représentaient une proportion suffisante ou si on devait l'accroître. Les 25 % qui auraient été versés à ce jour représenteraient plus de 200 millions de dollars répartis entre les provinces.

Dans quelle mesure cela aurait-il changé les choses au cours de la dernière année — et nous sommes presque à la fin de la deuxième année —, si nous avions injecté 200 millions de dollars à l'échelle du pays dans le seul secteur de la santé mentale des enfants?

Je vais ouvrir la question à tous ceux qui souhaitent y répondre. J'aimerais d'abord entendre M. Squires, puis M. Munter et ensuite tous ceux qui souhaitent intervenir.

● (1155)

M. Bruce Squires: Je vous remercie, monsieur Lake, d'avoir raconté votre expérience avec votre fils. Je sais que nous partageons tous aux défis que cela représente.

Encore une fois, sans surprise, la réponse courte, c'est que cela aurait changé beaucoup de choses. Je tiens à préciser que ce que nous faisons maintenant, comme l'a si bien décrit M. Munter, produira souvent des résultats concrets dans 5, 10, 15, 20 et 30 ans, car nous parlons de la trajectoire des enfants.

Les services et les interventions qui deviennent possibles lorsque nous consacrons des ressources supplémentaires au domaine de la santé mentale des enfants et des jeunes, qu'il s'agisse de ressources communautaires, de soutien aux soins primaires, de services scolaires ou des services que nous fournissons dans les hôpitaux spécialisés pour enfants qui, dans de nombreux cas, sont réellement au bord de la crise et nécessitent un traitement intensif... Dans tous ces cas, un financement supplémentaire à ce stade aurait permis aux jeunes et aux enfants d'avoir un meilleur accès à un diagnostic et aux traitements.

L'hon. Mike Lake: Avant de donner la parole à M. Munter, il est juste de dire que l'investissement de 200 millions de dollars au cours de cette dernière période aurait permis de créer une série d'avantages sur le plan de la réduction des coûts.

M. Alex Munter: C'est effectivement le cas.

Tous ceux qui me connaissent savent que je peux assurément vous dire comment dépenser 200 millions de dollars ou même davantage.

Un enfant sur quatre, et plus précisément un jeune sur quatre, qui se retrouve à l'urgence du CHEO pour un problème de santé mentale est déjà passé par là au cours des six mois précédents. Ils reviennent. Cela montre bien qu'il leur est impossible d'avoir accès à des services communautaires en santé mentale.

À titre d'exemple, nous avons créé le service 1appel1clic qui regroupe la totalité des 24 organismes locaux, y compris le CHEO, qui s'occupent des problèmes de santé mentale et de toxicomanie chez les enfants et les jeunes. C'est un guichet unique. Depuis deux semaines, tous les cas référés par les écoles passent par 1appel1clic. Nous avons des infirmières dans les écoles. C'est un système centralisé de prise en charge et de coordination des cas. Nous voulons ainsi nous assurer de garder les jeunes patients dans le système en voyant à ce qu'ils ne nous échappent pas lors des transitions entre les paliers de soins et les différentes organisations.

Ce programme existe grâce à la Banque Royale du Canada. Il n'a pas été mis en place avec le soutien du gouvernement. C'est la philanthropie qui nous a permis d'offrir ce service. Nous avons pu convaincre la Banque Royale de s'engager à le financer pendant plusieurs années.

En revanche, le soutien gouvernemental est requis pour que ce service puisse être exploité à son plein potentiel. Au risque de générer de nouvelles questions de M. Garon à ce sujet, je vous dirais que je souhaiterais voir ce montant théorique de 200 millions de dollars — que l'on en réserve 25 % ou davantage pour la santé mentale des enfants et des jeunes — être assorti d'une obligation de faire rapport au gouvernement du Canada. Dans notre cas en Ontario, vous pourriez ainsi voir que les sommes prévues sont effectivement parvenues jusqu'à 1appel1clic, par exemple, et ont bel et bien contribué à faciliter l'accès des enfants à des services de santé mentale et à améliorer les soins qui leur sont prodigués.

Je n'en reviens toujours pas que Jaden ait 26 ans, car je le vois encore à 11 ans. C'est assez exceptionnel.

• (1200)

Le président: Merci, monsieur Munter.

Nous passons à M. Jowhari pour les cinq prochaines minutes.

M. Majid Jowhari: Merci, monsieur le président. Merci à tous nos témoins.

J'allais poser des questions sur un autre sujet, mais je vais poursuivre sur le thème de la santé mentale. Je me sens un peu tenu de le faire à titre de fondateur du Caucus multipartite de la santé mentale à Ottawa et du fait que j'ai moi-même dû composer avec des problèmes de santé mentale.

Monsieur Munter, vous avez indiqué dans votre allocution que, malgré certains investissements sans précédent consentis par le gouvernement fédéral... On parle plus précisément d'un engagement de 5 milliards de dollars pris en 2017 avec des investissements annuels de 600 millions de dollars jusqu'en 2027. De cette somme, quelque 128 millions de dollars vont aller à l'Ontario. Cela s'ajoute à l'engagement de 4,7 milliards de dollars qui a été pris.

Quelles mesures aurions-nous dû mettre en place pour pouvoir constater les résultats de ces investissements? Comme vous l'avez indiqué, ces sommes ont été investies et nous n'avons pas vu de résultats. Je me réjouis de vous voir appuyer l'instauration de telles mesures. Il faut normalement pour ce faire être capable de collecter les bonnes données au bon moment pour pouvoir en faire rapport.

Pourriez-vous nous indiquer où ces sommes sont allées selon vous et comment nous aurions dû contrôler le tout pour pouvoir constater les résultats aujourd'hui?

M. Alex Munter: Pour que les choses soient bien claires, je serais aussi prêt à appuyer le gouvernement ontarien dans sa démarche pour obtenir que 35 % des dépenses en santé soient couvertes par le transfert fédéral.

Si je pense par exemple à l'accord de financement intervenu en 2004-2005, on souhaitait alors en fait améliorer l'accès aux chirurgies et aux diagnostics tout en fixant des paramètres pour évaluer cet accès, comme la capacité de traitement et les temps d'attente.

Comme le disait le Dr Drake, si nous parvenions à mieux faire en matière de résultats, de mesures... Il est bien certain que dans le domaine de la santé mentale des enfants et des jeunes et de leur développement, nous faisons le suivi des résultats fonctionnels. Toute combinaison de ces éléments serait selon moi une bonne façon de démontrer qu'il y a optimisation des ressources et de mettre en évidence les effets...

• (1205)

M. Majid Jowhari: Seriez-vous favorable au concept d'un financement stratégique fondé sur les besoins et s'appuyant sur des indicateurs?

M. Alex Munter: Je ne sais pas trop quelle forme cela pourrait prendre, mais si l'on peut ainsi en fin de compte...

M. Majid Jowhari: Quelle forme voudriez-vous que cela prenne?

M. Alex Munter: À la fin de cette séance, je vais retourner à l'hôpital où mon rôle consiste dans une large mesure à recruter le personnel nécessaire pour assurer le maintien des programmes et réduire les temps d'attente. D'un point de vue strictement pratique, il s'agit donc d'abord et avant tout de me fournir de meilleurs outils pour y parvenir. Il faut éviter que l'on ait à se tourner vers la philanthropie pour financer nos programmes essentiels.

Dans ce contexte bien précis, c'est surtout l'accès que l'on cherche à mesurer, et les indicateurs les plus concrets pour le faire sont la capacité de traitement et les délais d'attente.

M. Majid Jowhari: On pourrait ainsi évaluer l'accès à un médecin, à un lit, à une chirurgie ou à un regroupement de services proactifs, n'est-ce pas?

M. Alex Munter: Tout à fait.

Comme nous l'avons indiqué en Ontario, il y a une garantie de 30 jours pour les services en santé mentale. Ainsi, un enfant ou un jeune ayant besoin de counselling en santé mentale peut y avoir accès dans un délai de 30 jours, de préférence via un organisme communautaire spécialisé, plutôt que dans un hôpital.

M. Majid Jowhari: Je suis totalement favorable à une intervention en santé mentale s'appuyant sur les ressources communautaires. C'est ce que je préconise depuis longtemps déjà.

Il me reste environ 30 secondes.

Qui collecte ces données? Je sais que les hôpitaux le font et vous nous parlez du cas du CHEO et de tous ces chiffres que vous compilez.

Comment ces chiffres sont-ils transmis au gouvernement fédéral pour qu'on puisse les analyser? Est-ce que les hôpitaux s'en chargent ou est-ce que ce sont les provinces qui doivent rassembler ces données pour les transmettre par la suite? Nous pourrions ainsi mettre en place un financement fondé sur les besoins en fonction d'une évaluation très ciblée des résultats produits par nos transferts.

Je vous remercie.

Le président: Veuillez répondre brièvement.

M. Alex Munter: Monsieur le président, il n'est pas facile de répondre à des questions d'aussi vaste portée en 20 secondes à peine.

Je crois que l'Institut canadien d'information sur la santé reçoit des hôpitaux une partie de ces données, notamment pour ce qui est de la capacité de traitement et de l'accès. Il y a quelques données qui manquent, mais on dispose essentiellement à l'échelle provinciale de données suffisantes pour pouvoir rendre compte de la situation relativement à ces différents enjeux.

Le président: Merci.

[Français]

Monsieur Garon, vous avez la parole pour deux minutes et demie.

M. Jean-Denis Garon: Poursuivons notre discussion, monsieur Munter.

M. Alex Munter: Ha, ha! Il y a aussi d'autres témoins qui ont des choses à dire, vous savez.

M. Jean-Denis Garon: Oui, mais c'est tellement agréable.

Monsieur Munter, vous êtes gestionnaire de soins de santé. Aujourd'hui, nous nous penchons sur un projet de loi qui porte principalement sur les soins dentaires et qui aura deux effets: premièrement, il donnera une prestation fixe aux parents, indépendamment du montant dépensé en soins dentaires; deuxièmement, en échange du montant, les parents devront remplir la paperasse de l'Agence du revenu du Canada et subir des audits. Or, le Québec a un régime universel selon lequel le parent va chez le dentiste avec son enfant, obtient les soins pour ce dernier et ressort du cabinet de dentiste avec une facture de 0 \$.

Pensez-vous que cela pourrait être considéré comme une assurance? Sur le plan de l'efficacité, est-ce raisonnable de donner aux parents 650 \$ pour un nettoyage qui coûte 50 \$, plutôt que de réal-

louer l'argent à de vrais soins, ainsi que de demander aux parents de remplir la paperasse administrative de l'ARC, plutôt que de bonifier les programmes qui existent déjà dans les provinces et qui sont efficaces?

M. Alex Munter: Je n'ai pas lu le projet de loi. J'ai...

• (1210)

M. Jean-Denis Garon: Je vous l'ai résumé.

M. Alex Munter: Oui, je vous crois, mais je n'ai pas eu l'occasion d'étudier la façon dont le programme serait mis en place. Il s'agit d'un programme intérimaire, selon ce que je comprends.

En principe, vous avez raison. En Ontario, nous avons un programme qui s'appelle Beaux sourires Ontario, mais l'accès y est très limité. Je n'ai pas les chiffres exacts, mais, si je ne me trompe pas, il se limite aux personnes dont le revenu familial annuel est de 30 000 \$ ou moins. Un des moyens d'élargir l'accès à ce programme serait de bonifier celui-ci. Ce serait alors un investissement dans une structure existante.

Cela étant dit, il me semble que ce n'est pas la vraie question. La vraie question, c'est...

M. Jean-Denis Garon: Oui, c'était la question.

M. Alex Munter: Eh bien, laissez-moi vous poser une question, si c'est permis.

Quelle est la meilleure option: améliorer un système existant ou ne rien faire?

M. Jean-Denis Garon: Je comprends.

M. Alex Munter: Donner quelque chose aux familles, c'est mieux que de ne rien leur donner, si ce sont les deux seules options.

M. Jean-Denis Garon: Oui, absolument.

M. Alex Munter: En Ontario, nous avons un système et nous pourrions le renforcer. Ainsi, ce serait beaucoup plus facile à la fois pour les familles et pour les organismes de santé.

[Traduction]

Le président: Merci, monsieur Munter.

C'est maintenant au tour de M. Davies pour une période de deux minutes et demie.

M. Don Davies: Je veux d'abord préciser aux fins du compte rendu que la prestation de 650 \$ — et il peut y en avoir jusqu'à deux — est une mesure provisoire pour aider les familles d'ici à ce que le régime permanent pour les soins dentaires soit en place. Je pense qu'il est important de le souligner.

Voyons comment les choses se présentent.

Monsieur Squires, docteur Drake, monsieur Munter, vous avez brossé un tableau très sombre de la situation quant aux temps d'attente et aux arriérés pour les diagnostics et les chirurgies, particulièrement pour nos enfants. Vous avez tous fait valoir, d'une manière ou d'une autre, que ces problèmes ont été exacerbés par la pandémie, ce qui nous indique qu'ils existaient déjà avant la COVID, et vous nous avez cité des chiffres à ce sujet.

Je ne sais pas si vous pourriez me donner une meilleure idée de la situation. Qu'est-ce qui a causé au départ ces arriérés? Y a-t-il toujours eu des arriérés pour les chirurgies et les diagnostics? Sinon, depuis quand y en a-t-il?

J'ai l'impression que cela témoigne d'un problème structurel qui a pris de l'ampleur au fil des ans. J'aimerais que vous puissiez nous indiquer comment tout cela a commencé et quels sont les éléments à l'origine de cette problématique de telle sorte qu'il nous soit possible de proposer quelques solutions structurelles.

Dr James Drake: Vous avez tout à fait raison. Depuis des décennies, il y a des arriérés au sein de notre système de santé, aussi bien pour les adultes que pour les enfants. C'est ainsi que dans la plupart de nos centres de soins pédiatriques, entre 20 % et 30 % des patients attendent encore après la date de traitement recommandée. La pandémie a certes fait grimper ces arriérés, comme en témoignent les données de l'Institut canadien d'information sur la santé qui parlent de 600 000 actes médicaux qui ont dû attendre. Il s'agit là d'un nombre saisissant de chirurgies n'ayant pu être effectuées par rapport à ce que l'on connaissait auparavant. Les retards se sont accumulés en raison des fermetures d'hôpitaux, du temps qu'il a fallu pour remettre les choses en marche et de l'impossibilité actuelle pour de nombreux établissements de fonctionner à plein régime en raison des problèmes de ressources humaines en santé.

Je pense que chaque hôpital a vécu les choses différemment. Notre arriéré a augmenté de 150 % par rapport à son niveau d'avant la pandémie. Il y aura toujours des patients sur les listes d'attente. C'est inévitable, mais il s'agit de faire en sorte qu'ils soient le plus nombreux possible à être traités avant la date recommandée.

Je peux seulement vous dire que tout le monde a l'impression que la situation est maintenant hors contrôle. Nous avons des adolescents qui doivent attendre de deux à trois ans pour une chirurgie de la colonne vertébrale pendant que leur courbure rachidienne s'accroît. Il y en a d'autres qui se traînent en claudiquant avec une hanche disloquée parce que nous ne pouvons pas les opérer.

Une situation qui semblait gérable, à défaut d'être idéale, s'est transformée selon moi en véritable crise. En raison de l'arriéré accumulé, nous devons porter nos volumes de traitement à des niveaux supérieurs à ce qu'ils étaient auparavant pour venir à bout du problème. C'est ce qui rend la situation particulièrement difficile. Comment y arriver lorsqu'on manque de personnel et de salles d'opération et, il faut bien le dire, lorsque cela nous oblige à en demander davantage à des travailleurs de la santé qui ont accompli un travail phénoménal depuis deux ans et demi. Ces gens-là sont fatigués. Ils sont épuisés et nous leur demandons sans cesse d'en faire plus. C'est ce qui est problématique pour nous.

Le président: Merci, docteur Drake.

M. Don Davies: Nous y reviendrons.

Le président: Nous passons à Mme Goodridge pour les cinq prochaines minutes.

• (1215)

Mme Laila Goodridge (Fort McMurray—Cold Lake, PCC): Merci, monsieur le président.

Merci à tous nos témoins.

Je vais d'abord m'adresser à Alex Munter.

J'ai jeté un coup d'œil à votre fil Twitter. Vous y traitiez hier d'un sujet qui m'a directement interpellée à titre de maman d'un bébé qui perce des dents, soit la pénurie d'analgésiques pour bébés et pour enfants que nous connaissons actuellement au pays. Je crois que l'on n'en fait pas suffisamment, surtout au gouvernement du Canada, pour régler ce problème.

Je ne sais pas si vous auriez des suggestions à faire au gouvernement quant aux mesures à prendre.

M. Alex Munter: Je compatis avec vous pour ce qui est de la poussée des dents. J'ai un enfant de quatre ans, et ce souvenir est encore frais à ma mémoire.

C'est effectivement une source de préoccupation. C'est l'un des nombreux problèmes liés à la chaîne d'approvisionnement avec lesquels nous devons composer. Nos pharmaciens m'indiquent que l'intensification de la production devrait se faire ressentir concrètement dans quatre à six semaines.

Nos experts au CHEO, comme ceux d'autres hôpitaux pour enfants, ont élaboré, de concert avec l'Association des pharmaciens du Canada, des lignes directrices et des documents d'information pour aider les familles à trouver des solutions de rechange, notamment pour ce qui est par exemple de l'utilisation du Tylenol pour adultes, de l'ibuprofène et des préparations pour nourrissons avec les enfants plus âgés.

Il y a toutefois une mise en garde...

Mme Laila Goodridge: J'ai vu...

M. Alex Munter: Permettez-moi de terminer, car il y a vraiment une mise en garde que je dois faire. N'essayez pas cela à la maison. Les pharmaciens sont extrêmement serviables et vont vous aider à faire les calculs nécessaires et à vous assurer que tout se passe de façon sécuritaire.

Mme Laila Goodridge: Merci.

J'ai pris connaissance des recommandations formulées et je trouve que c'est excellent. J'ai essayé de donner du Tylenol à mon bambin d'un an, plutôt que le Motrin qu'il prend habituellement, et il a tout régurgité parce qu'il n'aime pas le goût du Tylenol pour nourrissons. Je ne me vois donc pas essayer de lui donner un composé de Tylenol pour adultes en espérant qu'il va effectivement l'avaler. C'est simplement mon expérience personnelle.

Je vois que la Dre Doan semble acquiescer vivement.

Je me demandais si vous pouviez ajouter quelque chose à ce sujet. À votre avis, que pourrait faire le gouvernement fédéral pour régler ce problème?

Dre Quynh Doan: Je souscris à ce qui a été dit jusqu'à maintenant.

Je pense qu'il faut donner le bon dosage à la bonne personne suivant la bonne formulation. Pour des raisons pratiques, nous utilisons souvent des préparations pour nourrissons avec des enfants plus âgés. Comme je viens de l'immigration, j'estime qu'il faut conserver et utiliser seulement ce qui est absolument nécessaire, et uniquement au moment voulu. On peut également offrir des conseils quant à savoir à quel moment utiliser les préparations pour nourrissons et quand apprendre à notre enfant plus âgé à avaler des comprimés.

À l'urgence, j'ai des enfants qui peuvent boire toute une bouteille de préparation pour nourrissons parce qu'ils sont incapables d'avaler un comprimé. Le dosage fait en sorte qu'ils doivent prendre la bouteille entière en une seule fois.

M. Alex Munter: Monsieur le président, si vous permettez, j'aurais une suggestion à ajouter quant aux mesures que le gouvernement fédéral pourrait prendre.

Les trois quarts des médicaments prescrits à des enfants canadiens n'ont jamais été testés sur des enfants au Canada parce que nous n'avons pas dans ce pays un régime d'essais cliniques pédiatriques. Dans des établissements comme le CHEO ou SickKids pouvant compter sur une pharmacie pédiatrique spécialisée, les risques peuvent être bien gérés, mais cela demeure préoccupant.

Santé des enfants Canada recommande notamment de mettre en place — comme c'est le cas en Europe et aux États-Unis — un régime permettant de s'assurer que des recherches approfondies et des essais cliniques poussés sont menés sur un médicament avant qu'on l'administre à des enfants.

Mme Laila Goodridge: Merci.

Monsieur Squires, je vois que vous hochez la tête. Auriez-vous quelque chose à ajouter?

M. Bruce Squires: Merci beaucoup.

J'allais dire un peu ce qu'Alex vient de mentionner. J'ajouterais seulement que lorsqu'on réfléchit à une stratégie pour la santé des enfants et à un rôle pour le gouvernement fédéral, il faut veiller à aborder toutes les décisions stratégiques en analysant les considérations liées à la santé des enfants. Je ne parle pas seulement ici des décisions touchant les soins de santé, mais de toutes les autres également.

Vous pouvez penser à des exemples comme certaines pénuries de médicaments et, bien sûr, l'immunisation. Trop souvent, on débat de ces questions sans prendre en considération les répercussions pour les enfants et les jeunes du Canada. Comme Alex vient de le souligner en parlant des essais pharmaceutiques et de la prise de décisions, nous négligeons souvent en pareil cas de penser aux enfants et aux jeunes, un phénomène qui se manifeste aussi dans de nombreuses autres sphères.

Il faut espérer qu'une stratégie pour la santé des enfants s'appuiera notamment sur une prise en charge par le gouvernement fédéral pour s'assurer que ces considérations sont toujours prises en compte en se demandant quelles sont les répercussions pour les enfants et les jeunes, quelle est leur situation et quels sont leurs besoins.

• (1220)

Le président: Merci, monsieur Squires.

Nous passons au Dr Hanley pour les cinq prochaines minutes.

M. Brendan Hanley (Yukon, Lib.): Merci beaucoup et merci encore à tous nos témoins. Nous avons eu droit aujourd'hui à des échanges très intéressants.

Je vous parle depuis ma circonscription du Yukon.

J'ai plusieurs questions bien précises. Je veux dire d'emblée que nous sommes confrontés à une crise en matière de santé infantile. Nous devons considérer la situation à court et à long terme, notamment du point de vue de la santé des enfants et des jeunes, un enjeu qui m'intéresse au premier chef en ma qualité de médecin en santé publique. Nous devons aussi reconnaître les répercussions que les arriérés dont on a parlé aujourd'hui ont sur l'accès aux soins, l'un des déterminants de la santé des enfants. Quelles dispositions devons-nous prendre pour éliminer ces arriérés, nous assurer d'une main-d'œuvre suffisante et garantir l'accès aux soins primaires, sans oublier tout ce qu'il faut faire à plus long terme?

Du point de vue de la performance, comment se fait-il que notre pays semble incapable d'utiliser avec une efficacité optimale tout

cet argent qui est investi? Cela m'amène à penser au rôle fédéral. Ne devrions-nous pas exiger que le financement que nous octroyons au nom des citoyens canadiens produise des résultats? Lorsque nous fournissons des fonds, quels résultats devrions-nous demander? Sans entrer dans les détails, je crois que nous devrions tout de même pouvoir exiger des résultats et une amélioration du rendement.

Docteur Doan, j'ai trouvé votre témoignage particulièrement intéressant. S'il y a un aspect qui me préoccupe, c'est bien de voir les difficultés d'accès à un médecin de famille compliquer l'accès à des services en santé mentale.

Je me réjouis de constater que la mise en place du programme MyHEARTSMAP permet de tabler davantage sur l'autogestion, laquelle peut presque être assimilée à une forme d'autotriage. Cependant, compte tenu de la pénurie de médecins que je prévois pour les années à venir, comment pouvons-nous aller plus loin que l'offre de soins primaires et l'autogestion pour améliorer l'accès aux services en santé mentale en rendant l'ensemble du processus d'aiguillage plus efficient?

Dre Quynh Doan: Les médecins de famille ont peu de temps à consacrer à chaque patient. Je pense que si les patients ont déjà une idée des problèmes et s'ils se sont autoévalués, cela peut faciliter les discussions avec le médecin de famille. Ils peuvent se concentrer sur les types de ressources disponibles et le processus d'aiguillage peut être accéléré.

Avant la pandémie, j'espérais travailler avec des médecins de premier recours et des centres de pédiatrie pour que les évaluateurs soient disponibles. Puis la pandémie a frappé, et nous avons dû aller en ligne et nous avons rejoint les familles directement dans leur province.

Il est utile de favoriser le dépistage et de permettre aux gens de discuter immédiatement des résultats avec un professionnel de la santé, car s'ils font une évaluation à la maison et qu'ils ne peuvent pas consulter leur médecin de premier recours, que se passe-t-il? Ils se rendent au service des urgences et ils peuvent avoir besoin de soins d'urgence ou non. Je pense que le moment du dépistage, l'accès aux soins primaires et le soutien à l'orientation sont essentiels.

Nous devons également soutenir nos médecins de famille, car ils n'ont pas été formés en psychiatrie. Il leur est également utile de pouvoir avoir accès à des conseils et à de l'information sur la manière de gérer certaines situations sans avoir à s'en remettre à un psychiatre et à attendre six mois. Un système d'orientation pour les médecins...

M. Brendan Hanley: Merci beaucoup.

Monsieur Squires, l'argent vient du gouvernement fédéral et, d'une certaine façon, il parvient à votre centre. Vous avez mentionné qu'il faut améliorer les soins en milieu rural et éloigné. Vous travaillez dans un centre d'expertise. Quelles sont les innovations à apporter et les choses à améliorer pour que votre centre d'expertise urbain puisse soutenir les soins prodigués dans les milieux éloignés et ruraux, surtout si vous aviez plus de financement?

M. Bruce Squires: Merci beaucoup, monsieur Hanley. Je suis ravi de vous revoir.

Un certain nombre d'initiatives différentes peuvent être utiles, à mon avis. J'en reviens à certaines des choses dont vous avez vous-même parlé il y a 20 ou 30 ans. Il s'agit de tirer vraiment parti de l'amélioration des technologies qui nous permettent d'éliminer les obstacles aux soins et à l'expertise parfois spécialisés. C'est vraiment utile lorsqu'on parle des défis auxquels les enfants et les jeunes sont confrontés en matière de santé et de soins de santé.

Encore une fois, le domaine de la santé des enfants et des soins de santé pour les enfants est en bonne partie relativement spécialisé. Heureusement, dans de nombreux cas, le nombre d'enfants qui ont besoin de ces soins spécialisés peut être assez faible. Nous ne serons jamais en mesure d'avoir autant de professionnels spécialisés dans tous les endroits, mais grâce aux technologies de la communication, nous pouvons faire un bien meilleur travail pour aider ceux qui sont dans les communautés rurales et éloignées. Il s'agit en particulier des médecins de premier recours et des médecins de famille avec ce soutien et cette expertise supplémentaires.

Si nous revenons à la question du rôle d'une stratégie nationale sur la santé des enfants et de l'aide du gouvernement fédéral pour créer l'infrastructure à la fois, encore une fois, du point de vue de la technologie de connexion et des logiciels, mais aussi du point de vue du soutien aux réseaux de chercheurs à la ligne de front et de fournisseurs de soins et ensuite, bien sûr, aux parents, aux jeunes et aux familles pour les aider... Il s'agit en grande partie de l'information dont ils ont besoin. Mettez tous ces éléments ensemble et nous pouvons vraiment changer la donne.

C'est le premier point que je souligne. Ce n'est pas sorcier. Il s'agit des technologies de communication, mais c'est quelque chose que nous avons à notre disposition dès maintenant.

• (1225)

Le président: Merci, monsieur Squires.

C'est maintenant au tour de M. Lake, qui dispose de cinq minutes.

L'hon. Mike Lake: Merci encore, monsieur le président.

Je veux parler de santé dentaire pendant un instant. En guise d'introduction, j'ai parlé de mon fils plus tôt. À 26 ans, il a des problèmes de grincement de dents et des choses l'affectent vraiment. Je suis conscient de l'importance des soins dentaires.

Il est intéressant que nous ayons abouti à cette conversation où nous dressons une liste des problèmes auxquels sont confrontés les enfants. Nous parlons de la santé dentaire et de la santé mentale presque comme des éléments qui sont à égalité sur la liste. Il est certain que les gouvernements peuvent intervenir à l'égard de différentes priorités en même temps. Je remarque cependant que le programme libéral n'inclut rien au sujet d'un investissement dans la santé dentaire, mais qu'une promesse d'investissement de 4,5 milliards de dollars pour un transfert en matière de santé mentale y figure.

Je constate que parmi les témoins qui ont comparu devant le Comité, presque aucun n'a parlé de la crise liée aux soins dentaires que nous connaissons au Canada, mais beaucoup ont parlé de la crise de santé mentale. Presque tout le monde a parlé de la crise de santé mentale que nous connaissons au Canada.

J'ai une question très simple. Dans les salles d'urgence pédiatrique partout au pays, si l'on compare la crise des soins dentaires à la crise de santé mentale, où les besoins sont-ils les plus criants?

Je comprends que nous pouvons certainement investir dans les deux secteurs, mais vous vivez dans le monde réel, vous travaillez dans un milieu où vous prenez des décisions basées sur les priorités et le triage tous les jours.

Docteur Drake, peut-être vais-je vous mettre sur la sellette et m'adresserai à vous en premier.

Dr James Drake: Je pense que la question que vous posez est en fait extrêmement compliquée. Je ne crois pas qu'il y ait une réponse simple.

Je pense que les dirigeants du secteur des soins de santé, comme ceux qui sont présents ici aujourd'hui, ainsi que les médecins et les infirmières, sont les mieux placés pour essayer d'établir les priorités, de déterminer ce qui est vraiment important et ce qui prend du retard.

Nous tenons ce genre de discussion tout le temps. Le meilleur exemple que je puisse vous donner, c'est une situation où deux patients attendent une intervention chirurgicale d'urgence, et c'est aux chirurgiens de décider lequel des deux doit passer en premier: celui du neurochirurgien et celui du chirurgien cardiaque.

On parle de choses très différentes. Il existe des mesures universelles des soins de santé et de bien-être. Je suppose que c'est une façon de procéder, mais il est extrêmement difficile d'essayer de comparer un groupe de maladies à un autre. Le problème, c'est qu'ils sont tous importants. Il existe des moyens d'examiner quelles sont les répercussions sur ces patients à court et à long terme. Il existe des mesures. Je ne suis pas un expert en la matière. C'est une façon d'essayer de comprendre quel est vraiment le plus gros problème.

• (1230)

L'hon. Mike Lake: Je vais peut-être formuler ma question autrement.

Est-ce que vous ou l'une de vos organisations avez signalé au gouvernement que, bien qu'il ait promis d'investir 4,5 milliards de dollars dans la santé mentale, il devrait plutôt se concentrer sur les soins dentaires? Il a manifestement changé de direction par rapport à ce qu'il avait promis pendant les élections il y a un an. Est-ce que l'une de vos organisations a dit au gouvernement « hé, les soins dentaires sont une priorité plus urgente »?

Dr James Drake: Cela dépasse mon échelon de rémunération. Je m'en remets à notre directeur général ou à M. Munter ici.

Des voix: Ha, ha!

M. Alex Munter: Si vous me donnez un diplôme en médecine, je serai heureux de répondre à la question.

Des voix: Ha! ha!

M. Alex Munter: Monsieur Lake, à Ottawa, au CHEO — ce sont les chiffres que je connais —, seulement un enfant sur huit dont la douleur dentaire grave nécessite des soins hospitaliers les obtient dans le délai d'attente approprié d'un point de vue clinique. Il s'agit d'un problème grave. Depuis de très nombreuses années, la Société canadienne de pédiatrie demande un accès élargi aux soins dentaires, tout comme elle demande un accès élargi aux soins de santé mentale.

Comme le dit le Dr Drake, dans nos organisations, nous ne pouvons pas vraiment nous permettre de refuser des enfants malades sous prétexte que leur maladie, leur syndrome ou leur handicap n'est pas une priorité sur le plan des politiques publiques. Nous devrions être en mesure de faire les deux. C'est là où je veux en venir.

L'hon. Mike Lake: Exactement.

M. Alex Munter: Il est certain que le système de santé mentale et de lutte contre les dépendances sous-financé depuis longtemps s'est heurté à une augmentation très importante de la demande, surtout à partir de 2009 dans le monde de la santé des enfants et des jeunes. Il faut y consacrer des ressources. Il faut y répondre. En même temps, des enfants souffrent parce qu'ils ne peuvent pas avoir accès à la chirurgie dentaire, ce qui est l'aspect que nous verrions. Sept huitièmes d'entre eux ne sont pas opérés en temps voulu.

Donc, les deux sont importants. Nous devons répondre aux besoins des deux.

Le président: Merci, monsieur Munter.

Monsieur Powlowski, vous disposez de cinq minutes.

M. Marcus Powlowski (Thunder Bay—Rainy River, Lib.): Permettez-moi de délaissier la comparaison de pommes et d'oranges pour parler de bananes totalement différentes — à savoir les arriérés pour les chirurgies et les longs délais d'attente. Il est certain que cette situation a des effets négatifs sur la santé des enfants. C'est également très stressant pour les enfants et leurs parents. Que pouvons-nous faire à cet égard? Dans quelle mesure la solution consiste-t-elle à injecter plus d'argent dans le système?

Docteur Drake, vous en avez déjà parlé un peu. Le nombre de chirurgiens, d'anesthésistes, d'infirmières de salle d'opération ainsi que de salles d'opération est limité. Avez-vous la capacité d'augmenter le nombre de chirurgies pour rattraper ce retard? Vous avez dit que vous travailliez déjà les fins de semaine. Dans quelle mesure pourriez-vous ou voudriez-vous travailler davantage les soirs et les fins de semaine afin de résoudre ce problème?

Dr James Drake: C'est une très bonne question. Je pense que le problème concernant l'arriéré, c'est que nous pensons qu'il s'agit d'un problème temporaire que nous pouvons surmonter, en supposant que nous puissions obtenir les ressources humaines en santé dont nous avons besoin. Mais comment embaucher pour quelque chose qui va durer deux ou trois ans avant que nous réglions cela? Que faisons-nous ensuite?

Nous pensons que le problème de l'accès aux soins de santé va persister bien au-delà de la durée des effets de la pandémie. Nous recrutons actuellement autant de personnes que possible en soins infirmiers, en médecine et en chirurgie, etc. La question est de savoir comment garder ces personnes. À l'hôpital pour enfants SickKids, nous embauchons autant que nous le pouvons et nous ne parvenons pas à garder la tête hors de l'eau. En ce moment, par exemple, à l'hôpital SickKids, nous devrions normalement fonctionner à 16 salles d'opération. Nous ne pouvons en utiliser que 14 actuellement parce que nous n'avons pas le soutien infirmier nécessaire.

Les médecins, les infirmières, tout le monde est prêt à le faire. Nous sommes prêts à travailler le soir et la fin de semaine, mais nous avons besoin des personnes en place pour le faire. Cela va durer plusieurs années. Ensuite, une fois que nous aurons dépassé cette période, nous pensons qu'il faudra des ressources supplémentaires pour garder les choses sous contrôle.

• (1235)

M. Marcus Powlowski: Je pense que parmi les obstacles concernant les salles d'opération, il y a toujours le temps et le fait que le nombre de salles d'opération ouvertes n'est pas suffisant. Injecter plus d'argent dans le système vous permettrait-il d'ouvrir plus de salles d'opération pour éliminer l'arriéré?

Dr James Drake: On a beaucoup parlé aujourd'hui d'argent et de résultats et de la façon dont notre système se compare à d'autres systèmes de santé développés. Je pense que ce n'est pas la seule solution.

La question de l'efficacité a été soulevée aujourd'hui, et elle est évidemment d'une importance capitale. Je peux vous assurer que tous les hôpitaux pour enfants s'efforcent de trouver des moyens d'améliorer l'efficacité de leurs activités — c'est certainement un aspect sur lequel nous nous concentrons en permanence — et ce sont des choses que nous essayons d'améliorer pour améliorer des soins de santé que nous pouvons fournir.

Le financement est, évidemment, extrêmement important. C'est vraiment important, mais je pense...

M. Brendan Hanley: Monsieur le président, j'invoque le Règlement.

Je n'entends rien. J'ignore si je suis le seul.

Le président: Est-ce que les autres participants qui sont en ligne entendent bien?

Dre Quynh Doan: Oui.

M. Bruce Squires: Oui.

Le président: Je pense que vous êtes le seul, monsieur Hanley.

M. Brendan Hanley: Il ne doit s'agir que de moi. Je vais essayer de régler le problème alors.

Dr James Drake: Je pense que le plus important, c'est de considérer les soins de santé pour enfants comme une priorité absolue, et je ne suis pas sûr que ce accepté universellement, donc je pense que c'est la première chose.

La deuxième chose, à mon avis, c'est qu'il faut favoriser l'investissement dans des approches régionales pour la prestation des soins de santé. Les médecins sont prêts, donc nous sommes prêts à avoir le premier chirurgien disponible et le patient sur la plus longue liste d'attente — la personne la mieux placée pour s'occuper de ce patient... Cependant, nous devons être intégrés dans tous les hôpitaux pour pouvoir le faire correctement.

M. Marcus Powlowski: Je vois que M. Squires et la Dre Doan ont levé la main. Veulent-ils répondre à la même question?

M. Bruce Squires: Oui, si possible. Je serai très bref. Je suis tout à fait d'accord avec le Dr Drake, mais j'ajouterais que, en effet, un investissement supplémentaire dans un système de santé pour enfants qui manque de ressources changerait la donne.

Je veux seulement souligner à quel point, à l'heure actuelle, l'investissement dans la santé des enfants est faible par rapport à l'investissement global dans les soins de santé au Canada. En Ontario, la Coalition pour la santé des enfants, qui comprend tous les hôpitaux pour enfants et les organisations qui représentent les organismes de développement de l'enfant et les organismes communautaires en santé mentale, a présenté un plan pour vraiment faire en sorte que les enfants comptent et améliorer notre système de santé pour les enfants.

Le coût total est d'environ 250 millions de dollars par année, peut-être un peu plus. Il s'agit d'un montant relatif à un budget de 75 milliards de dollars consacré aux soins de santé en Ontario, alors si l'on pense à ces chiffres à l'échelle du pays, il s'agit d'un montant relativement faible qui changera les choses.

Le président: Merci, monsieur Squires.

Docteur Doan, je sais que vous voulez répondre à la question. Puisque le temps est écoulé, je vous saurais gré d'être brève.

Dre Quynh Doan: Merci. Oui.

Je veux seulement ajouter qu'on ne peut pas examiner l'un de ces problèmes sans tenir compte des autres. Ce sont des mesures visant l'équilibre. Il ne s'agit pas seulement du temps en salle d'opération. Une fois l'opération terminée, le patient occupe un lit pendant quelques jours. C'est un lit dans lequel nous ne pouvons pas admettre un patient malade du service des urgences. Tout doit être équilibré en même temps.

• (1240)

Le président: Merci beaucoup, docteur Doan.

[Français]

Monsieur Garon, vous avez la parole pour deux minutes et demie.

M. Jean-Denis Garon: Merci, monsieur le président.

Je vais laisser M. Munter tranquille quelques minutes.

Docteur Drake, quand on...

Le président: Attendez un instant, monsieur Garon.

[Traduction]

Monsieur Garon, monsieur Munter, selon la règle générale au Comité, le témoin dispose d'autant de temps pour répondre à la question que la personne qui la pose, avec une certaine flexibilité.

[Français]

Vous pouvez recommencer et, si je dois interrompre le témoin, je vais le faire.

M. Jean-Denis Garon: Je ne suis pas certain d'avoir compris ce que vous venez de mentionner, monsieur le président. Pouvez-vous le répéter?

Le président: J'ai dit que, selon les règles du Comité, les témoins peuvent donner une réponse d'une durée équivalente à celle de la question.

M. Jean-Denis Garon: Est-ce une façon de me dire que mes questions sont trop longues?

Des voix: Ha, ha!

Le président: Monsieur Garon, vous avez la parole pour deux minutes et demie à partir de maintenant.

M. Jean-Denis Garon: Docteur Drake, quand on regarde l'augmentation des coûts des systèmes de santé au cours des dernières années, on remarque qu'une inflation ou une croissance économique réelle de 2 ou 3 % entraînait autrefois une augmentation des coûts des systèmes de l'ordre de 5, 6 ou 7 %, en fonction de la province.

J'aimerais que vous nous expliquiez le rôle que joue l'augmentation du coût d'acquisition des nouvelles technologies dans cette inflation des coûts des systèmes de santé.

[Traduction]

Dr James Drake: C'est une question très importante. En fait, l'augmentation des coûts de la technologie utilisée dans les soins de santé est bien supérieure au taux d'inflation annuel, de sorte qu'ils augmentent généralement de 5 à 10 % par année. C'est un problème auquel nous sommes confrontés lorsque nous essayons d'offrir à nos patients la technologie la plus récente possible. Il faut aussi dire que la plupart des technologies développées dans le système de soins de santé le sont pour les adultes, car les enfants représentent une plus petite proportion des patients qui reçoivent des soins.

Nous devons adapter les soins de santé pour adultes aux enfants, et ce n'est pas simple. Il est vraiment important que nous restions à jour sur le plan des technologies des soins de santé. Par exemple, nous nous efforçons tous d'avoir l'appareil d'IRM le plus récent ou l'appareil de scintigraphie employé en médecine nucléaire le plus récent, et ainsi de suite, et il en va de même pour l'équipement des salles d'opération.

C'est un problème vraiment important, et je ne pense pas qu'il existe une solution simple.

[Français]

M. Jean-Denis Garon: Je reviens sur un sujet abordé par M. Munter précédemment.

Au sein de votre établissement, docteur Drake, dans quelle mesure devez-vous faire appel au mécénat pour faire l'acquisition de technologies de première importance pour soigner les enfants?

[Traduction]

Dr James Drake: Nous dépendons fortement du mécénat. Heureusement, les Canadiens comprennent l'importance capitale des soins de santé pour enfants et ils répondent généreusement à l'appel. Ils semblent tout à fait prêts à nous aider, mais malheureusement, nous peinons toujours à demeurer à la pointe de la technologie, surtout pour les appareils très coûteux comme les appareils d'IRM.

[Français]

M. Jean-Denis Garon: Je vous remercie.

[Traduction]

Le président: Je vous remercie, docteur Drake.

Monsieur Davies, vous disposez de deux minutes et demie.

M. Don Davies: Je vous remercie, monsieur le président.

Ma question s'adresse aux administrateurs d'hôpitaux pour enfants. Connaissez-vous le nombre de lits et le taux d'occupation des hôpitaux pour enfants au Canada?

M. Bruce Squires: Je peux répondre.

À l'heure actuelle, nous n'avons pas de système nous permettant de suivre en temps réel le taux d'occupation ou même de connaître le nombre de lits dans les hôpitaux pour enfants partout au Canada. La réponse courte est donc non. Je ne peux pas vous donner le taux d'occupation exact, mais ce que je peux vous dire, en me fondant sur mes discussions avec mes collègues d'un océan à l'autre — M. Munter l'a mentionné tout à l'heure —, c'est que nous n'avons jamais connu un mois de septembre aussi occupé, et ce, par beaucoup. Les visites aux urgences et le nombre de patients hospitalisés augmentent toujours un peu à ce temps-ci de l'année étant donné la rentrée scolaire, mais cette année, les pressions sont sans précédent.

Nous soupçonnons que cette situation est attribuable à une intensification des maladies virales plus importante que d'habitude, en particulier la grippe et le VRS, plutôt que la COVID. Selon des données probantes, c'est ce qui semble s'être passé dans l'hémisphère Sud. Vraiment, ce qu'il faut retenir, c'est que dans le contexte actuel, y compris compte tenu des problèmes de ressources humaines dont vous avez entendu parler, l'ensemble des hôpitaux pour enfants ont beaucoup de mal à répondre à l'augmentation de la demande.

• (1245)

M. Don Davies: Aurais-je raison de présumer que les lits de vos hôpitaux pour enfants sont pleins en tout temps?

M. Alex Munter: Notre taux d'occupation est de 105 % aujourd'hui. J'ai vérifié.

J'ai des données pour l'Ontario. Nous avons approximativement 900 lits pour enfants. La vaste majorité se trouve dans des hôpitaux pour enfants, mais il y a aussi de petites unités de soins pédiatriques dans des hôpitaux communautaires, principalement dans le Grand Toronto. L'Ontario dispose de moins de 100 lits de soins intensifs pour enfants. L'Hôpital d'Ottawa compte plus de lits de soins intensifs pour adultes que l'ensemble du système de soins intensifs pour enfants. Le système est petit et donc fragile. Il a toujours été trop petit et il est certainement trop petit relativement à la demande actuelle.

L'autre détail important à souligner en ce qui concerne les soins aux enfants, c'est qu'une grande partie de ces soins sont offerts en consultation externe. Au CHEO, 80 % des chirurgies sont des chirurgies d'un jour. Les visites à la consultation externe se chiffrent en centaines de milliers. Les soins en consultation externe représentent une plus grande partie de nos activités que les soins aux patients hospitalisés.

Le président: Je vous remercie, monsieur Munter.

Nous passons maintenant à M. Ellis pour cinq minutes.

M. Stephen Ellis: Je vous remercie, monsieur le président.

J'ai deux questions pour les docteurs Drake et Doan.

Nous savons qu'il y a beaucoup de pression sur le secteur des ressources humaines en santé. Voici mes deux questions: devons-nous modifier la méthode principale utilisée pour rémunérer les médecins, c'est-à-dire laisser tomber immédiatement le paiement à l'acte? Devons-nous augmenter les salaires des médecins?

Je tiens à préciser que je ne pratique pas en ce moment; je ne pose donc pas la question pour servir mes intérêts personnels.

Dr James Drake: Il y a un enjeu lié aux soins pour enfants dont on ne semble pas parler. Nous devons recruter des gens de partout dans le monde, surtout pour pourvoir les postes de chirurgiens pédiatriques, car les spécialistes, par exemple, de la chirurgie cardiaque pédiatrique ou de la chirurgie orthopédique pédiatrique sont peu nombreux. Le bassin de candidats est très restreint, et nous concurrençons le monde entier. Nous concurrençons des établissements aux États-Unis, au Royaume-Uni et partout ailleurs. Nous devons absolument offrir des salaires concurrentiels.

Je peux vous donner un exemple. Au cours des 3 dernières années, 35 médecins et chirurgiens ont quitté SickKids la majorité pour des mutations latérales. Nous avons peine à soutenir la concurrence, surtout avec les États-Unis, mais aussi avec d'autres.

Les enjeux relatifs à la rémunération des médecins sont importants, mais je dirais que notre plus grand problème en ce moment touche le personnel infirmier. Nous avons beaucoup de difficulté à rivaliser contre les États-Unis pour attirer du personnel infirmier. Une des solutions proposées, c'est d'accélérer le processus de certification afin de simplifier l'immigration, car de nombreuses personnes partout dans le monde — nous devons recruter partout — aimeraient beaucoup venir s'installer ici. Nous devons rendre le processus le plus simple possible.

M. Stephen Ellis: Docteur Doan, pouvez-vous aussi vous prononcer sur la question, s'il vous plaît?

Dre Quynh Doan: J'appuie ce qui a été dit, mais j'ajouterais qu'à l'heure actuelle, les conditions de travail sont si difficiles et les blessures morales si sérieuses que ce n'est pas seulement une question de modèle de rémunération. Il faut aussi réparer le système de sorte que nous puissions faire notre travail.

C'est démoralisant d'arriver aux urgences et de se faire dire: « Dix patients attendent un lit, mais aucun lit n'est disponible ce soir, alors faites ce que vous pouvez ici. » C'est pour cela que les gens démissionnent. J'ai beaucoup de collègues qui préfèrent diriger une clinique pédiatrique dans la communauté à travailler aux urgences parce que les conditions y sont tellement éprouvantes.

Ce n'est pas seulement une question de rémunération. Il faut aussi réparer le système afin que les médecins puissent faire ce qu'ils sont censés faire quand ils vont travailler.

La deuxième chose, c'est l'endroit. En Colombie-Britannique, nous avons de la difficulté à recruter des gens parce que le coût de la vie est tellement élevé par comparaison aux salaires. Il n'y a pas de solution universelle pour l'ensemble du pays.

• (1250)

M. Stephen Ellis: Merci beaucoup, docteur Doan.

Monsieur Munter, j'aime beaucoup le concept du programme d'appellic que vous avez mis sur pied avec le soutien financier de la Banque Royale du Canada. Quels obstacles empêchent que ce programme soit mis en place ailleurs? Je pense à l'hôpital d'Halifax, IWK. Ce programme me semble idéal. Comment pouvons-nous améliorer la propagation des idées novatrices comme celle-ci?

M. Alex Munter: C'est une très bonne question.

Ce programme novateur est unique en son genre au Canada, et nous en sommes fiers. Les gens qui l'ont conçu et qui travaillent à son développement le présentent dans divers milieux. Je suis sûr qu'ils seraient heureux de se rendre à Halifax, en Nouvelle-Écosse — c'est un très bel endroit à visiter —, pour y présenter le modèle. Il s'agit certainement d'un modèle adaptable.

Un des avantages que nous avons à Ottawa sur le plan de la santé des enfants et des jeunes, mais aussi d'autres secteurs du système de soins de santé, c'est que nous sommes assez grands pour avoir plusieurs services spécialisés, dont un hôpital pour enfants, des centres francophones et anglophones de traitement de la toxicomanie, des programmes d'intervention en cas de crise, etc. C'est peut-être semblable en Nouvelle-Écosse. Nous sommes à la fois assez grands pour avoir accès à une gamme complète de services et assez petits pour que tous les intervenants puissent se réunir afin de trouver des solutions.

Certains endroits sont trop petits; ils n'ont pas les organismes voulus ou l'échelle n'est pas suffisante. D'autres sont trop grands, comme Toronto. C'est beaucoup plus difficile de regrouper un plus grand nombre de fournisseurs et d'organismes.

Les conditions à Ottawa me semblent idéales, mais je pense qu'en Nouvelle-Écosse, l'échelle doit être comparable. Je connais les gens de l'hôpital IWK et le rôle qu'ils jouent dans la province; je crois qu'ils pourraient sûrement apporter des innovations de ce genre.

Je vais vous envoyer l'information sur l'appel clic.

Le président: C'est M. van Koeverden qui posera les dernières questions de la journée. Vous disposez de cinq minutes.

M. Adam van Koeverden (Milton, Lib.): Merci beaucoup.

Je remercie sincèrement les témoins pour leur précieux apport à la réunion d'aujourd'hui.

Monsieur Munter, je pense que nos mères s'entendraient très bien.

Ma question concerne le fait sur lequel je pense que nous nous entendons tous: il nous faut une meilleure stratégie pour répondre aux besoins en santé des enfants au Canada. Pouvez-vous nous parler de vos priorités en ce qui concerne l'élaboration d'une stratégie sur la santé des enfants au Canada? Pouvez-vous aussi nous faire part de vos réflexions quant à la nécessité d'améliorer les soins de santé préventifs?

Nous avons beaucoup parlé des opérations chirurgicales pour soigner le spina-bifida, les cancers pédiatriques et autres. Je n'insinue pas que ces maladies sont le résultat du mode de vie, mais y aurait-il des moyens d'envisager la santé des enfants sous l'angle des interventions ou de la prévention? Quelles seraient vos priorités à cet égard?

Je demanderais à M. Squires de commencer.

Il fait bon vous voir au moyen de Zoom. J'espère vous rendre visite à McMaster bientôt. Je vous remercie pour la visite guidée que vous m'avez offerte il y a quelques mois. J'ai appris énormément de choses.

M. Bruce Squires: Merci beaucoup.

J'invite tous les membres du Comité à venir nous rendre visite. Je sais que mes collègues partout au pays se feraient toujours un plaisir d'accueillir des visiteurs.

Je vous remercie pour la question. C'est une très bonne façon de conclure.

Votre question s'appuie sur la prémisse que le Canada mettra en place une stratégie sur la santé des enfants et des jeunes. Il faut donc se demander par où commencer. Les possibilités étant si nombreuses, je vais souligner quelques points. Le premier est une référence: le rapport *Assurer un avenir en santé*, qui a été produit, soit dit en passant, par quatre des plus importants organismes de santé nationaux, y compris UNICEF et l'IRSC. Ils ont écouté les enfants, les jeunes, les fournisseurs de soins de santé, les intervenants de divers secteurs — comme l'éducation, les services sociaux et la justice — et les collectivités en vue de créer un cadre global. J'encourage fortement le Comité à prendre connaissance du rapport *Assurer un avenir en santé*.

Ensuite, je répéterais qu'il nous faut une stratégie nationale en matière de données sur la santé des enfants et des jeunes. Nous ne suivons pas nos résultats dans le domaine de la santé. Nous en avons peut-être beaucoup parlé, mais dans les faits, nous n'avons pas de portrait global brossé en continu de l'état de santé des enfants, des jeunes et des familles au Canada. Comme je l'ai déjà dit, ces données pourront être utilisées pour mettre en place un programme de recherche en santé et un programme de transfert des connaissances sur la santé, pour ensuite établir des lignes directrices en fonction des priorités. Comme vous l'avez déjà entendu, ces priorités touchent avant tout la santé mentale, mais aussi la réduction des inégalités quant aux résultats en santé et l'amélioration de l'accès partout au pays.

Merci beaucoup pour la question.

● (1255)

M. Adam van Koeverden: Je vous remercie, monsieur Squires.

Plaît-il à quelqu'un d'autre de répondre?

Allez-y, monsieur Munter.

M. Alex Munter: Je suis d'accord avec mon collègue.

J'ai deux choses à ajouter rapidement.

D'abord, les politiques globales en matière de santé doivent comprendre un volet particulier visant les enfants et les jeunes. Le Dr Drake a parlé de la difficulté de recruter du personnel spécialisé. Encore une fois, c'est l'Ontario que je connais. À l'heure actuelle, les données de l'Ontario montrent que les visites aux urgences n'ont pas augmenté et que les fournisseurs de soins primaires reçoivent maintenant autant de patients qu'avant. C'est vrai pour le système dans son ensemble, mais c'est faux pour les enfants. Un plus grand nombre d'enfants se rendent aux urgences, et les fournisseurs de soins primaires reçoivent moins d'enfants. Quand on considère le système dans son ensemble, les répercussions sur les enfants passent inaperçues. C'est la première chose. Toute stratégie globale doit accorder une attention particulière à la santé des enfants.

Deuxièmement, il ne faut pas oublier qu'une des caractéristiques distinctives des soins pédiatriques, c'est que dans ce secteur, « intervention » peut être synonyme de « prévention ». Dans le domaine de la santé mentale, on sait que deux tiers des problèmes de santé mentale et de toxicomanie chez les adultes commencent durant l'adolescence. Par conséquent, une intervention efficace durant l'adolescence est en fait de la prévention. Dans l'immédiat, c'est un traitement, mais à long terme, c'est de la prévention sur le plan de la maladie, des besoins et des coûts.

M. Adam van Koeverden: Je vous remercie.

Docteur Doan, docteur Drake, voulez-vous intervenir brièvement pour conclure?

Dre Quynh Doan: Oui, je vous remercie.

J'appuie les recommandations des témoins précédents.

Je vais répondre du point de vue d'une personne qui présente une demande de subvention de recherche. On demande toujours aux chercheurs s'ils travaillent avec des utilisateurs du savoir et des décideurs afin de rendre leurs recherches applicables et utiles. D'après moi, on devrait aussi faire le contraire pour la reddition de comptes à l'égard des fonds. Quand les fonds sont répartis, il devrait y avoir un engagement de travailler avec les cliniciens, les scientifiques et les chercheurs en vue de mettre en place les mesures nécessaires pour évaluer l'incidence du financement et de l'investissement.

Dr James Drake: Je terminerais en répétant quelque chose que vous avez déjà entendu ici aujourd'hui.

Il ne faut surtout pas oublier que les enfants ne sont pas de petits adultes. Ils représentent notre avenir. Les décisions que nous prenons aujourd'hui auront des répercussions sur les générations de demain. C'est notre motivation.

Le président: Merci beaucoup pour cette observation réfléchie, docteur Drake.

C'est une excellente façon de conclure.

Après avoir entendu les défis auxquels vous faites face au quotidien dans votre vie professionnelle, je ne pourrais jamais assez vous remercier pour tout ce que vous faites. C'est manifestement difficile.

Vos témoignages nous font aussi comprendre à quel point votre temps est précieux. Nous vous sommes très reconnaissants de vous être joints à nous, d'avoir répondu si patiemment à nos questions et de nous avoir fourni une tonne de renseignements extrêmement utiles.

Au nom du Comité, je vous remercie chaleureusement.

Chers collègues, d'après ce que j'ai compris, nous devrions recevoir le projet de rapport sur les ressources humaines du secteur de la santé d'ici la fin de la journée. Nous serons donc en mesure de l'examiner la semaine prochaine.

Plaît-il au Comité de lever la séance?

La séance est levée.

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

Les délibérations de la Chambre des communes et de ses comités sont mises à la disposition du public pour mieux le renseigner. La Chambre conserve néanmoins son privilège parlementaire de contrôler la publication et la diffusion des délibérations et elle possède tous les droits d'auteur sur celles-ci.

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

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

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

Aussi disponible sur le site Web de la Chambre des communes à l'adresse suivante :
<https://www.noscommunes.ca>

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

SPEAKER'S PERMISSION

The proceedings of the House of Commons and its committees are hereby made available to provide greater public access. The parliamentary privilege of the House of Commons to control the publication and broadcast of the proceedings of the House of Commons and its committees is nonetheless reserved. All copyrights therein are also reserved.

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

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

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

Also available on the House of Commons website at the following address: <https://www.ourcommons.ca>