



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

44^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

Comité permanent de la santé

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 052

Le mardi 7 février 2023

Président : M. Sean Casey



Comité permanent de la santé

Le mardi 7 février 2023

• (1100)

[Traduction]

Le président (M. Sean Casey (Charlottetown, Lib.)): La séance est ouverte.

Bienvenue à la 52^e réunion du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes. Les deux heures qui suivent seront consacrées à l'audition de témoins dans le cadre de notre étude sur la santé des enfants.

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

J'ai quelques consignes à l'intention des témoins. Si vous nous joignez par Zoom, vous pouvez accéder aux services d'interprétation en sélectionnant le parquet, l'anglais ou le français au bas de votre écran.

Il est interdit de faire des captures d'écran ou des photos de vos écrans. Les délibérations seront diffusées sur le site Web de la Chambre des communes.

Conformément à notre motion de régie interne, j'avise le Comité que les témoins ont effectué les essais de connexion requis avant la réunion.

Avant de présenter nos témoins... Chers collègues, on vous a distribué, aujourd'hui je crois, un résumé provisoire très complet des témoignages entendus depuis le début de notre étude sur la santé des enfants. Ce résumé avait été demandé lors d'une réunion précédente et les analystes ont fait un travail remarquable pour préparer rapidement ce document qui nous sera certainement très utile.

Sur ce, je vous présente les témoins qui comparaitront devant nous aujourd'hui.

[Français]

Nous accueillons Mme Catherine Haeck, professeure titulaire du Département des sciences économiques de l'Université du Québec à Montréal, qui est présente par vidéoconférence.

[Traduction]

Nous recevons également Mme Bukola Salami, qui est professeure à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de l'Alberta; Mme Leila Sarangi, la directrice nationale de Campagne 2000, qui se joint à nous par vidéoconférence, ainsi que Mme Susan Bisaillon, la directrice générale de Safehaven Project for Community Living.

Merci de prendre le temps de vous joindre à nous. Chaque témoin disposera de cinq minutes pour nous présenter une déclaration liminaire.

[Français]

Nous allons commencer par vous, madame Haeck.

Vous avez la parole.

Mme Catherine Haeck (professeure titulaire, Département des sciences économiques, Université du Québec à Montréal, à titre personnel): Bonjour.

Je suis professeure titulaire au Département des sciences économiques de l'Université du Québec à Montréal. Je suis spécialisée en économie de l'éducation et du travail.

Je suis heureuse d'être parmi vous aujourd'hui.

Ma recherche, au cours des 15 dernières années, s'est concentrée exclusivement sur les enfants et les familles, ainsi que sur les inégalités et leur transmission d'une génération à l'autre. Dans tous mes travaux de recherche, je porte une attention spéciale aux programmes et aux interventions de grande envergure qui ont une influence sur le développement des enfants et des familles. Pour ce faire, j'utilise des microdonnées de haute qualité et des techniques d'inférence causale pour essayer d'établir une relation de causalité entre ces interventions et le développement des enfants ou le bien-être des familles.

J'ai fait plusieurs études sur de nombreux sujets, dont le programme québécois de nutrition prénatale et les programmes de service de garde à contribution réduite du Québec. J'ai regardé aussi la réforme fédérale des congés parentaux, la taille des classes, ainsi que l'effet du redoublement scolaire sur le développement des enfants et la réussite éducative. Beaucoup de sujets ont donc été étudiés et, quand est arrivée la pandémie, j'ai été contactée pour faire des études qui portaient plus sur le développement des enfants dans le contexte de la pandémie.

Dès le début de la pandémie, je me suis mise à lire tout ce qui s'était écrit sur les répercussions qu'avaient les fermetures d'écoles sur les enfants et les jeunes. Dans ce contexte, j'ai remarqué qu'on avait énormément d'information sur ce qui allait se produire. On n'était pas complètement dans le néant. Il y avait eu des événements dans le passé dont on pouvait tirer des leçons. On avait constaté que, lorsqu'on fermait les écoles, les écarts d'apprentissage s'agrandissaient. En général, ceux qui ont de la facilité vont continuer à en avoir et à obtenir de bons résultats, et ceux qui ont plus de difficulté vont prendre du retard; plus les fermetures d'écoles sont longues, plus les retards sont importants.

Nous avons estimé qu'il y aurait un accroissement de 30 % des écarts entre les plus forts et les plus faibles à la suite des fermetures qui avaient eu lieu au printemps 2020, au début de la pandémie. Cet article a été publié à l'été 2020, durant la pandémie, dans *Canadian Public Policy/Analyse de politiques*, qui est quand même un journal sérieux au Canada. Ensuite, les recherches se sont multipliées un peu partout et ont confirmé un accroissement des écarts de performance.

Au milieu de tout cela, je suis devenue codirectrice de l'Observatoire pour l'éducation et la santé des enfants, qui est basé à l'Hôpital Sainte-Justine, ici, à Montréal. Cet observatoire a été créé pour suivre le développement des enfants durant la pandémie et pour évaluer diverses stratégies ou interventions qu'on pourrait mettre en place pour pallier les effets de la pandémie et, surtout, des mesures de confinement sur les enfants. Nous sommes donc plusieurs chercheurs, à l'Observatoire, qui menons divers travaux sur les répercussions de la pandémie sur les enfants.

Une des études que nous avons menées a été faite en collaboration avec le ministère de l'Éducation du Québec. Nous avons fait passer un test standardisé à 10 000 enfants québécois pour connaître l'état de leurs connaissances en français, plus précisément en lecture. Le test que nous avons utilisé en juin 2021 était exactement le même que celui qui avait été utilisé par le gouvernement du Québec en juin 2019. Nous pouvions donc vraiment comparer des pommes avec des pommes. Environ 10 000 enfants ont passé le test en juin 2021, et nous avons remarqué que les 20 % les plus forts, ceux qui avaient beaucoup de facilité, réussissaient toujours aussi bien au test, tandis que les enfants les plus faibles avaient pris beaucoup de retard. Ces résultats ont été confirmés par les récents résultats qu'on a vus au Québec, dans le cadre des examens du ministère, qui ont eu lieu en juin 2022. Ce n'est donc pas une surprise. Nous nous y attendions. J'ai fait plusieurs sorties médiatiques, en avril 2020, pour essayer d'alerter les gens quant à l'importance de considérer avec prudence la fermeture d'écoles et de s'assurer que c'était une bonne pratique.

D'autres études portant davantage sur la santé mentale ont été faites par des gens de l'Observatoire, mais, partout au monde, on a vraiment pu observer des répercussions sur la santé mentale. Les données hospitalières que nous avons ici, à Sainte-Justine et ailleurs au Québec, indiquent un accroissement des visites liées à des tentatives de suicide ou à des idées suicidaires. Justement, hier, on a mis à jour ces données au Québec, et on voit que cette tendance continue. Il y a plus de visites hospitalières pour ces raisons. On constate donc une détérioration de la santé mentale de nos jeunes. On remarque aussi une baisse de l'activité physique, ainsi qu'une hausse du temps passé devant les écrans et de la consommation de malbouffe.

Je crois que mes cinq minutes de temps de parole sont écoulées, mais je pourrais continuer à parler très longtemps de ce sujet. En gros, les effets de la pandémie et des mesures qu'on a choisi de mettre en place au Canada sont non négligeables sur les enfants.

• (1105)

Le président: Merci beaucoup.

[Traduction]

Nous allons maintenant entendre la déclaration de Mme Salami. Elle est professeure à la Faculté de sciences infirmières de l'Université de l'Alberta. Bienvenue au Comité, madame Salami. Vous avez la parole pour les cinq prochaines minutes.

Mme Bukola Salami (professeure, Faculté des sciences infirmières, University of Alberta, à titre personnel): Merci beaucoup, monsieur le président, de l'occasion que vous m'offrez de parler de la santé des enfants et des efforts de redressement dans le sillage de la pandémie.

Je rappelle que nous nous réunissons sur le territoire non cédé de la nation algonquine anishinaabe. Je présente mes hommages aux peuples des Premières Nations, aux Inuits et aux Métis du Canada qui par leur présence continuent de contribuer au dynamisme de notre communauté.

J'enseigne à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de l'Alberta. Je dirige le secteur de la recherche spécialisée sur l'intersectionnalité et le genre, l'un des cinq champs de recherche d'excellence au sein du service de recherche du vice-président de l'Université de l'Alberta.

Mes recherches portent sur la santé des personnes noires et des immigrants racisés au Canada. J'ai participé à près de 8 500 recherches sur ce sujet.

Selon un rapport de l'UNICEF sur la santé des enfants dans le monde, dont il a été question lors de séances précédentes, le Canada fait piètre figure par rapport à d'autres pays à revenu élevé pour ce qui est des résultats en matière de santé infantile, avec un 30^e rang sur 38 en 2021.

Nous avons un des taux de suicide les plus élevés chez les adolescents en raison des inégalités en matière de santé. Je sais que M. Don Davies et d'autres ont posé des questions sur les raisons de cette mauvaise posture.

Si nous voulons améliorer cette situation, nous n'aurons pas le choix de tenir compte des inégalités dont sont victimes les enfants autochtones au Canada. Par exemple, le taux de suicide est 6,5 % plus élevé chez les Inuits que parmi la population non autochtone. Si nous parvenons à réduire ce taux de moitié, nous ferons des gains concrets et durables. La réduction des disparités auxquelles font face les populations autochtones en matière de santé sera bénéfique à bien des égards pour la santé des enfants canadiens.

La pandémie de COVID-19 a mis en lumière les conséquences de ces inégalités. Avant la pandémie, les auteurs considéraient généralement le revenu comme étant le principal déterminant social de la santé, mais nous savons maintenant que ce n'est pas forcément le plus précis.

Nous avons compris durant la pandémie que le racisme contribue à perpétuer et à renforcer les incidences du revenu sur les résultats en matière de santé des populations pauvres. Des données recueillies à Montréal, à Toronto, à Ottawa et dans d'autres villes indiquent que les taux de cas de COVID-19 ont été plus élevés dans les quartiers où la population noire est proportionnellement plus nombreuse. En 2020, être Noir était synonyme de risque accru de décès des suites de la COVID-19.

La concentration de personnes noires dans un quartier a eu une incidence beaucoup plus déterminante que de l'inégalité des revenus. Les causes principales de ces disparités ne sont pas biologiques ou génétiques. Ces disparités sont plutôt le fruit du racisme systémique et structurel, ainsi que des inégalités qu'il perpétue, y compris l'inégalité des revenus et l'inégalité géographique.

Au cours de la dernière année, nous avons interrogé des jeunes Noirs vivant au Canada. Nous avons aussi mené... Je devrais plutôt dire que nous sommes en train de mener une enquête auprès de 2 000 jeunes Noirs au Canada pour mieux comprendre les effets qu'a eus la pandémie de COVID-19 sur leur santé mentale.

Ces entrevues nous ont permis de comprendre qu'entre 2020 et maintenant, les jeunes Noirs ont dû faire face à deux pandémies: la pandémie de COVID-19 et la pandémie liée au mouvement Black Lives Matter. Ces jeunes ont fait l'objet d'une surveillance disproportionnée et la couverture médiatique intense autour de ce mouvement leur a fait subir des traumatismes à répétition.

Pour de nombreux jeunes Noirs, le sport est un moyen d'évacuer leur stress et de surmonter beaucoup d'inégalités sociales. La fermeture des installations de loisirs et l'incapacité de pratiquer des activités sportives ont eu des répercussions sur la santé mentale des jeunes Noirs.

L'insécurité financière et alimentaire a été difficile à vivre pour ces jeunes. Certains, et notamment des jeunes qui sont handicapés, nous ont raconté qu'ils ont dû mendier de la nourriture et aller à l'église pour la simple raison qu'ils pouvaient y trouver à manger.

Des jeunes ont été séparés de leurs familles et ont eu de la difficulté à les retrouver à cause de la fermeture des frontières et des restrictions en matière d'immigration.

Les jeunes ont aussi eu à composer avec des difficultés d'accès aux services de santé mentale. Les services virtuels ont réglé une partie du problème, mais ils en ont créé d'autres. Selon les jeunes, la prestation de services virtuels a entraîné un manque d'empathie et des problèmes fréquents de confidentialité. Par exemple, si un jeune recevait l'appel d'un fournisseur de services quand il était avec ses parents, il devenait difficile de s'exprimer librement.

La faible représentation des personnes noires parmi les effectifs en santé nuit à l'accessibilité des services en santé mentale. Les enfants noirs ont quand même fait preuve de résilience. Les jeunes ont réussi à prendre appui sur leurs forces intérieures, leur communauté et leur spiritualité pour améliorer leur santé mentale.

• (1110)

Les résultats de nos recherches nous ont inspiré certaines recommandations.

Il faut réinvestir dans l'offre d'activités sportives pour les jeunes.

Il faut investir dans des interventions ciblant les populations racisées à haut risque, et particulièrement les jeunes Autochtones et Noirs au Canada.

Il faut investir dans des programmes ayant pour objectifs de renforcer le sentiment d'appartenance communautaire et d'aider à développer une image de soi positive, et notamment des programmes d'éducation des enfants et de mentorat.

Il faut combattre le racisme à l'intérieur du système scolaire.

Il faut diversifier les effectifs en santé, améliorer l'accès à une carrière dans ce domaine pour les professionnels formés à l'étranger, adopter des mesures pour favoriser la mobilité ascendante des professionnels autochtones, noirs et racisés, et offrir du mentorat aux jeunes Noirs, racisés et Autochtones.

Il faut intégrer des mécanismes de reddition de comptes aux initiatives de lutte contre le racisme, y compris une composante anti-

raciste dans les critères d'évaluation et les normes d'exercice pour l'ensemble des professionnels de la santé.

Il faut favoriser et valoriser la résilience des jeunes Autochtones, Noirs et racisés, et faire davantage de sensibilisation du public relativement à la contribution des Noirs et des Autochtones au Canada.

Il faut renforcer la capacité des réseaux de soutien informels offerts par exemple par les églises ou les leaders communautaires, et le rôle de premier point de contact pour les problèmes de santé mentale.

Je suis convaincue que ces stratégies aideront à améliorer les résultats en matière de santé des populations noires, racisées et autochtones au Canada.

Merci.

• (1115)

Le président: Merci beaucoup, madame Salami.

Nous passons maintenant à Mme Leila Sarangi, la directrice nationale de l'organisme Campagne 2000.

Bienvenue au Comité. Je vous cède la parole.

Mme Leila Sarangi (directrice nationale, Campagne 2000): Bonjour. Merci, monsieur le président, et merci aux membres du comité de la santé de me donner l'occasion de témoigner devant vous.

Campagne 2000 est une coalition non partisane qui regroupe plus de 120 organismes qui œuvrent à enrayer la pauvreté des enfants et des familles à l'échelle du pays.

Nous vous avons remis un mémoire que nous avons corédigé avec nos collègues du programme PROOF, de l'Université de Toronto, qui mène des recherches sur les interventions stratégiques de lutte à l'insécurité alimentaire. Nous recommandons une série de réformes du régime de l'Allocation canadienne pour enfants, l'ACE, qui selon nous fait partie des outils clés dont dispose le gouvernement fédéral pour améliorer la santé des enfants. Ces recommandations visent à renforcer et à élargir le rôle de l'ACE dans la lutte contre la pauvreté et l'insécurité alimentaire au Canada.

Voici nos recommandations.

Premièrement, il faut augmenter les montants que les ménages à faible revenu reçoivent au titre de l'ACE, et cibler plus particulièrement les familles vivant dans une grande pauvreté en créant un supplément pour mettre fin à la pauvreté infantile. Ce supplément sera destiné aux familles ayant un revenu inférieur à la mesure de faible revenu, suivant le modèle proposé dans le budget fédéral alternatif de 2023.

Deuxièmement, il faut créer un supplément complémentaire pour les familles à faible revenu des collectivités éloignées et nordiques.

Troisièmement, il faut assurer l'accès à l'ACE pour les familles immigrantes au statut précaire. Dans beaucoup de cas, leurs membres sont considérés comme des résidents aux yeux de la Loi de l'impôt sur le revenu, mais l'admissibilité à l'ACE est arbitrairement déterminée par le statut au regard de l'immigration. Par conséquent, même s'ils travaillent, produisent une déclaration d'impôt et, dans certains cas, ont des enfants nés au Canada, on leur refuse l'ACE.

Quatrièmement, il faut lever les mesures actuelles de récupération de l'ACE pour les familles à revenu modeste qui ont touché des prestations d'urgence liées à la pandémie.

Pauvreté et problèmes de santé sont intimement liés. Les recherches montrent l'existence d'un lien de causalité entre la pauvreté et le développement des enfants. La pauvreté compte parmi les facteurs prédictifs les plus importants et les mieux établis des problèmes de santé et de développement chez les enfants.

En 2019, plus de 1,3 million d'enfants, soit près de 1 sur 5, vivaient au sein d'une famille à faible revenu au Canada. Le revenu moyen de ces familles était inférieur de 37 % à la mesure de faible revenu. L'équité en santé est en jeu ici puisque, comme nous venons de l'entendre, les taux de pauvreté infantile sont considérablement plus élevés au sein des groupes visés par la colonisation, le racisme systémique et la marginalisation.

En 2020, en pleine pandémie mondiale, nous avons assisté à une diminution importante des taux de pauvreté infantile par suite des investissements massifs dans l'aide financière aux familles. Cette aide est aujourd'hui terminée, et Statistique Canada prévoit un retour aux taux de pauvreté pré-pandémiques.

L'insécurité alimentaire des ménages est la conséquence de difficultés financières qui se traduisent par un accès inadéquat ou aléatoire à de la nourriture. Cette insécurité est un déterminant social très important de la santé qui a des effets nuisibles semblables à ceux d'un faible revenu. Le fait de vivre dans une famille qui peine à se nourrir a des effets délétères sur la santé et le bien-être des enfants qui vont au-delà de la malnutrition. Ces enfants présentent un risque plus élevé de souffrir de troubles de santé mentale comme l'anxiété, la dépression et l'idéation suicidaire.

L'insécurité alimentaire ne touche pas seulement l'alimentation, mais tout le bien-être financier du ménage. Elle est un marqueur de dénuement matériel permanent, attribuable principalement à un revenu inadéquat.

La persistance des taux élevés d'enfants vivant dans la pauvreté et au sein de foyers aux prises avec l'insécurité alimentaire est la preuve que l'ACE n'est pas suffisante pour assurer la sécurité des familles. En 2021, sur l'ensemble du territoire canadien, 1,4 million d'enfants vivaient dans un foyer touché par l'insécurité alimentaire. Au Canada, la seule présence d'enfants dans un foyer accroît le risque d'insécurité alimentaire. La situation est particulièrement difficile au Nunavut, où 80 % des enfants vivent dans un foyer touché par l'insécurité alimentaire.

L'ACE est la principale mesure fédérale de soutien pour les familles à faible revenu avec enfants et il est possible d'accroître ce soutien. Actuellement, cette mesure n'est pas utilisée à son plein potentiel si on considère qu'elle échoue à sortir les familles de la pauvreté et qu'il existe des obstacles à l'accès pour les communautés victimes de marginalisation systémique. De plus, compte tenu de la proportion démesurée d'enfants touchés au Nunavut, il faut une intervention ciblée sous la forme d'un supplément complémentaire qui compensera le coût de la vie très élevé pour les familles des régions nordiques.

La preuve n'est plus à faire que les politiques d'augmentation des ressources financières des familles à faible revenu sont efficaces pour atténuer l'insécurité alimentaire. Étant donné le lien très étroit entre l'insécurité alimentaire, la pauvreté et la santé, l'Allocation canadienne pour enfants est indéniablement une politique en matière

de santé. Il faut améliorer et réformer le régime de l'ACE si nous voulons empêcher que des enfants et des familles se retrouvent dans des conditions qui sont nuisibles à leur santé.

Merci de m'avoir accordé votre temps. Je suis impatiente de répondre à vos questions.

● (1120)

Le président: Merci, madame Sarangi.

Notre dernière intervenante sera Mme Susan Bisaillon, la directrice générale de Safehaven Project for Community Living.

Bienvenue. Nous vous écoutons.

Mme Susan Bisaillon (directrice générale, Safehaven Project for Community Living): Merci de m'avoir invitée à témoigner devant le Comité.

L'organisme communautaire Safehaven Project for Community Living offre des services de répit et de soins à domicile aux enfants, aux jeunes et aux adultes ayant un handicap et des besoins médicaux complexes. Nous offrons ces services depuis 35 ans. Nous avons six centres de services dans la région du Grand Toronto.

Il est essentiel à nos yeux de reconnaître le droit de nos clients de faire partie prenante de toutes les sphères de la société. Nous œuvrons sans relâche pour accroître l'inclusivité dans le cadre de notre mouvement #WeBelong.

J'aimerais aujourd'hui expliquer comment les investissements dans les modèles de soins de santé communautaires destinés aux enfants handicapés peuvent désengorger nos hôpitaux bondés, élargir leurs options et améliorer le système de santé. Je voudrais de plus mettre en lumière la nécessité d'accroître le financement pour le soutien direct aux personnes et d'offrir des solutions de logement aux personnes handicapées afin de leur assurer un passage à la vie adulte dans la dignité et le respect quand elles atteignent 18 ans.

Même si notre organisme offre des services en Ontario, je sais que je parle au nom de mes collègues de partout au pays quand j'affirme que le financement et les systèmes de soutien ne sont pas suffisants pour aider les personnes vulnérables.

Safehaven offre des services uniques dans la province et à l'échelle du Canada. Nous procurons des soins à des enfants qui présentent des besoins extrêmement complexes et des maladies rares. Nous jouons un rôle clé dans le continuum de soins des hôpitaux pour enfants constamment submergés en raison des pénuries de capacité et de ressources humaines en santé. Beaucoup de nos clients viennent chez nous après un séjour prolongé au SickKids, l'Hôpital pour enfants de Toronto, ou à l'hôpital Holland Bloorview.

Le système actuel ne répond pas aux besoins des enfants, mais il existe des solutions. Safehaven offre des soins à des enfants parmi les plus vulnérables, ceux dont la longévité défie tous les pronostics. Grâce aux avancées médicales, aux innovations en matière de soins et au travail d'hôpitaux pédiatriques parmi les meilleurs au monde, la vie de ces enfants est sauvée et beaucoup sont maintenant des adultes.

La charge physique, émotionnelle et financière est très lourde pour les familles qui s'occupent d'un enfant présentant des besoins spéciaux complexes. Dans la grande majorité des cas, lorsque les soins sont prodigués à domicile, un des parents doit quitter son emploi pour devenir aidant à temps plein. Certaines familles n'y arrivent pas et doivent se résoudre à confier leur enfant aux services de santé publics. C'est un geste de désespoir, mais la longueur des listes d'attente ne laisse pas le choix à ces familles si elles veulent obtenir de l'aide, du soutien et des services. Je suis certaine que vous êtes plusieurs ici à être des parents et à trouver que c'est inadmissible, mais c'est une réalité dans notre pays.

Selon les chiffres publiés par le Bureau de la responsabilité financière de l'Ontario, le nombre d'enfants en attente de services est passé de 1 600 en 2012 à 27 600 en 2020.

Safehaven reçoit régulièrement des témoignages de première main de familles qui ont besoin de services pour un enfant qui présente une déficience développementale. Toutes les semaines, des familles de partout dans la province nous demandent des services de répit. Nos capacités limitées et certaines restrictions en matière d'admissibilité nous ont permis de répondre à la moitié seulement de ces demandes.

Une des grandes difficultés a trait à la transition entre les services pédiatriques et les services pour adultes. Comme il n'avait pas été prévu que ces enfants atteignent 18 ans, aucun système de soins intégré n'a été mis en place pour la durée de leur vie. Selon les parents, le passage entre l'enfance et l'âge adulte ressemble à une chute du haut d'une falaise. Le 18^e anniversaire de ces enfants n'est pas vu comme un passage à célébrer, mais plutôt comme un jalon redouté. Et comme ils reçoivent très peu d'aide individuelle quand ils deviennent de jeunes adultes, ils sont condamnés à vivre sous le seuil de la pauvreté.

Le projet de loi C-22, la Loi sur la prestation canadienne pour les personnes handicapées, est actuellement examiné par le Sénat. J'en profite pour insister sur l'importance de soutenir les programmes comme Safehaven, qui vise à favoriser la prestation de soins inclusifs pour les plus vulnérables. Plus particulièrement, les enfants et les personnes qui arrivent à l'âge adulte doivent avoir accès à un revenu stable et à un logement abordable.

Ces personnes ont le même droit de vivre que tous les autres. Ils ont les mêmes droits que les enfants en santé. Un jeune adulte ne devrait pas se retrouver dans un établissement de soins de longue durée. Ce ne devrait même pas être envisageable.

À notre avis, il faut privilégier dès maintenant les investissements dans l'offre de lieux et de programmes destinés aux enfants, aux jeunes et aux adultes, ainsi que dans des mesures pour remédier aux lacunes du système, améliorer le soutien pour les familles qui souhaitent garder leur enfant à la maison et offrir des programmes adéquats de répit et de soins à domicile pour aider les parents vieillissants qui ne peuvent plus s'occuper de leurs enfants.

Par ailleurs, les personnes qui présentent des besoins médicaux complexes doivent recevoir une aide financière suffisante pour échapper à la pauvreté. Je parle aujourd'hui d'enfants qui ont des besoins de santé très complexes et qui nécessiteront des soins pendant toute leur vie, durant l'enfance et à l'âge adulte.

• (1125)

Ces personnes sont vues comme des miracles de la médecine. Nous devons faire en sorte qu'elles vivent plus longtemps et qu'elles puissent compter sur un système qui prendra soin d'elles.

Leur état est permanent. Elles ne guériront jamais et il n'y aura pas d'amélioration. Elles ont le droit de vivre dans un endroit sûr et sain, et d'avoir accès à des soins pendant toute leur vie. Si nous ne comblons pas leurs besoins maintenant, le fossé va continuer de se creuser. Ces enfants vulnérables et leurs familles méritent mieux.

Les principes qui animent Safehaven et le mouvement #WeBe-long correspondent aux quatre piliers du projet de loi C-22 qui est à l'examen actuellement, soit la sécurité financière, l'emploi, l'accessibilité et l'inclusivité des communautés, et une approche moderne à l'égard des personnes handicapées.

Nous devrions tous aspirer à construire un monde dans lequel les enfants ont un sentiment d'appartenance et sentent qu'ils ont leur place dans un environnement et des communautés inclusives. Merci.

Le président: Merci beaucoup, madame Bisailon.

Nous allons passer aux périodes de questions, avec M. Ellis pour commencer. Vous avez six minutes.

M. Stephen Ellis (Cumberland—Colchester, PCC): Merci, monsieur le président. Je tiens à remercier sincèrement nos témoins. C'est intéressant d'entendre des témoignages qui nous donnent des perspectives très différentes. J'espère que nous aurons un débat enrichissant.

J'ai été médecin de famille. Une des choses qui me chagrinent le plus est de réaliser à quel point la situation des enfants est difficile dans notre pays et l'échec du gouvernement à combler leurs besoins financiers actuellement. C'est bien connu que cette aide a diminué.

Madame Salami, j'ai une question pour vous. Elle est directement liée à la pandémie. Vous avez mentionné les difficultés particulières qu'elle a entraînées pour les enfants de communautés racisées. À un moment donné, je crois que le Comité ou l'ensemble du Parlement devra tirer les choses au clair pour ce qui est de la réponse à la pandémie.

Si vous le voulez bien, j'aimerais vous entendre à ce sujet. Selon vous, qu'aurions-nous pu faire différemment durant la pandémie?

Mme Bukola Salami: C'est plus vaste que la pandémie. Bien des choses auraient pu être faites avant. Par exemple, nous n'avons pas fait grand-chose contre le racisme systémique, qui est une des causes des inégalités dont les enfants sont victimes.

La collecte de données liées à la race a été une autre de nos grandes lacunes avant la pandémie. À ce moment, nous n'avons pas vraiment compris les disparités au chapitre des résultats en matière de santé infantile. À la suite d'une recension documentaire, j'ai constaté que beaucoup d'études ont été faites sur la santé des enfants immigrants, mais que les données sont très peu souvent ventilées selon la race. Tout le monde est mis dans le même paquet et on espère trouver des solutions. Nous savons maintenant que si les données avaient été ventilées et que si les personnes noires avaient fait l'objet d'une analyse distincte, la réponse aurait pu être beaucoup mieux ciblée.

Un autre domaine où nous étions loin du compte et qui s'est beaucoup amélioré durant la pandémie est celui de la valorisation et de la mobilisation des professionnels du secteur de la santé et des fournisseurs de services de santé. Bien entendu, je parle des populations noires et racisées. Les choses ont changé durant la pandémie.

Beaucoup d'organismes ont été créés par des personnes noires. Il est fort possible que le mouvement La vie des Noirs compte ait aussi contribué à ce foisonnement. Par exemple, il existe maintenant des organismes qui regroupent du personnel infirmier et des médecins noirs, dont Black Physicians of Canada et la Black Physicians' Association of Alberta.

Il faut continuer de tirer parti des forces de ces organismes pour faire avancer les approches et les interventions que nous préconisons et faire en sorte que les besoins des communautés soient pris en compte.

M. Stephen Ellis: Merci, madame Salami. Vos remarques me parlent beaucoup.

La question suivante s'adressera à Mme Bisailon.

Vous avez beaucoup parlé des enfants qui souffrent de maladies rares. Pour certains enfants handicapés ou qui ont une maladie rare, le passage à l'âge adulte signifie un transfert d'un hôpital pour enfants à un autre pour adultes. C'est un problème qui se pose souvent. Je crois que le Canada est le seul pays du G7 qui n'a pas de stratégie liée aux maladies rares.

Qu'auriez-vous à dire au sujet de cette réalité difficile pour les enfants ayant une maladie rare ou un handicap?

• (1130)

Mme Susan Bisailon: Merci beaucoup de me le demander.

Vous avez tout à fait raison de dire que nous n'avons pas de stratégie liée aux maladies rares. Beaucoup des enfants que nous recevons ont reçu un diagnostic. Je parle de personnes qui présentent des besoins médicaux complexes et des maladies rares.

Beaucoup de ces enfants ont défié les pronostics et ont atteint l'âge adulte. C'est la réalité que je rencontre tous les jours. Comme je l'ai dit, depuis le début il y a 35 ans, Safehaven a donné un foyer à vie à ces enfants.

Nous avons de la technologie médicale... Des enfants sont reliés à un respirateur, d'autres ont une sonde gastrique. La technologie médicale nous permet de préserver la vie de bien des façons. Ces enfants peuvent rester en vie et devenir des adultes.

Le problème est qu'ils auront besoin de soins durant toute leur vie. Le passage de l'enfance à l'âge adulte est extrêmement pénible. Il n'existe pas vraiment de système. Vous avez parlé de maladies rares et de besoins médicaux complexes. Ce qu'il faut, c'est un programme de transition et un filet de sécurité qui seront très bien conçus.

C'est une des choses dont je suis fière. Nous venons de lancer un programme qui a permis à 14 personnes de faire un passage heureux de l'enfance à l'âge adulte. Cette initiative a été rendue possible grâce au soutien du gouvernement ontarien. J'oserais dire que c'est quelque chose d'assez unique à l'échelle du pays.

À mon avis, il faut envisager dès la naissance qu'un enfant peut vivre jusqu'à l'âge adulte. À quoi faut-il s'attendre? Quelle aide pouvons-nous lui apporter? Nous devons aussi nous assurer qu'ils

aient un logement. Pour ces enfants, une bonne santé va forcément de pair avec l'accès à un logement.

J'espère que j'ai répondu à votre question. Chose certaine, nous avons besoin d'une stratégie très complète et bien conçue, qui va de l'enfance à l'âge adulte, pour soutenir les enfants qui ont des besoins de santé complexes ou une maladie rare. Je serais ravie de participer à ce chantier et de voir les résultats.

M. Stephen Ellis: Merci beaucoup.

Je sais que mon temps de parole est limité, monsieur le président.

Madame Bisailon, puis-je vous demander de transmettre au Comité un document sur l'approche que vous préconisez pour accompagner le passage des enfants de l'enfance à l'âge adulte? Je suis convaincu que cela nous serait fort utile.

Mme Susan Bisailon: D'accord.

Pour vous donner une idée, j'ai joint l'équipe de Safehaven il y a un peu plus de cinq ans. J'ai travaillé dans un important centre universitaire de sciences de la santé pendant une bonne partie de ma carrière. Je peux donc vous affirmer que je comprends très bien la notion de besoins médicaux complexes.

Nous avons mis sur pied un programme que nous voulions le plus intégré possible. Quand j'ai commencé à parler de la création d'un programme intégré de l'enfance à l'âge adulte, on me disait que c'était très ambitieux, mais nous avons réussi. Le premier du mois, nous avons permis à 14 personnes de faire ce passage. Nous avons créé des espaces. Nous avons travaillé en partenariat avec un organisme pour être en mesure de leur offrir un logement. Ces personnes vivent dans un logement sûr où elles ont accès à des soins en tout temps. Elles vivent dorénavant dans un milieu pour adultes. Elles ont un foyer. C'est très emballant. Je crois que nous avons réussi quelque chose que personne n'imaginait possible.

Il serait certainement possible d'en tirer un modèle qui pourrait être reproduit à la grandeur du pays. Je suis en lien avec des collègues de la Colombie-Britannique et de la côte Est. Je sais que c'est possible. Il faut un engagement et l'établissement de partenariats de la part des gouvernements de tous les échelons... La question du logement doit être étudiée, de même que la transition des modèles de financement associés. Il faut du financement pour les logements et pour la prestation des soins. En fait, nous aurons besoin d'une approche globale pour mettre en place un système de logements et de soins.

Comme je l'ai déjà dit, nous venons de le faire pour un premier groupe de 14 personnes. Ces enfants ont des problèmes médicaux complexes et ont vécu en milieu hospitalier pendant une dizaine d'années...

Le président: Merci, madame Bisailon.

Nous faisons de notre mieux pour répartir le temps équitablement et pour donner à tout le monde la chance de s'exprimer.

Je cède maintenant la parole à M. Hanley, pour six minutes.

M. Brendan Hanley (Yukon, Lib.): Merci beaucoup à tous les témoins de participer à la réunion. Les sujets abordés sont très intéressants.

Le dénominateur commun de vos interventions est l'augmentation... Les résultats en matière de santé varient en présence d'un facteur de stress. Des facteurs comme la pandémie, les difficultés économiques ou le racisme peuvent accentuer les disparités.

Je vais m'adresser à Mme Haeck pour débiter.

• (1135)

J'aimerais savoir s'il existe des moyens d'aider les enfants les plus susceptibles de subir des effets négatifs à accroître leur résilience aux facteurs de stress, que ce soit la pandémie ou une autre situation difficile. Comment pouvons-nous y arriver?

Je vous demanderais une réponse assez brève parce que j'ai d'autres questions.

[Français]

Mme Catherine Haeck: Cela me fait plaisir de vous répondre.

Au bout du compte, il faut tenir compte de toutes les dimensions de la vie des enfants. Le plus grand écosystème dans lequel la plupart des enfants évoluent est le service de garde quand ils sont tout petits — dans certaines provinces, ils sont toujours à la maison —, ou l'école quand ils sont plus vieux. De toute évidence, il est extrêmement important de maintenir les systèmes dans lesquels ils se développent pour faciliter leur réussite et réduire leur vulnérabilité.

On a constaté, dans nos données, un phénomène frappant. En effet, quand on ferme une école, ce sont les enfants les plus vulnérables qui sont les plus touchés, parce que tout un écosystème se greffe autour de l'école pour les aider. On remarque donc que dans le cadre scolaire, entre autres, on pourrait aider davantage ces enfants. Ce serait souhaitable de le faire.

Il devient donc très important de maintenir ces systèmes et de faire en sorte qu'ils restent ouverts. Il faut aussi garder les services. Quand il y a des chocs, tout cela devient très important pour ces familles pour toutes sortes de raisons. Je pourrais en parler longtemps, car le fait de fermer une école a aussi des répercussions sur les parents et, par ricochet, sur les enfants. Il faut donc vraiment faire très attention quand on parle des enfants. Quand on développe des programmes et des politiques, il faut s'assurer de protéger les plus vulnérables.

Ça va toujours bien pour les enfants moins vulnérables. Ils s'en sortent. Ils ont toutes sortes de mécanismes autour d'eux qui font en sorte que ça va continuer et qu'ils vont s'en sortir.

Par contre, dès qu'on fait des changements, la situation peut devenir assez grave pour les enfants vulnérables. La fermeture des écoles, qui a duré très longtemps, a été assez catastrophique.

Pour être honnête avec vous, j'ajouterai qu'il n'était pas vraiment possible de pallier cela. Il n'y a pas de façon de remplacer un contact humain quotidien par Zoom, par exemple, surtout quand on parle de jeunes enfants. Cela ne fonctionne pas du tout. C'est complètement utopique d'avoir pensé qu'on pourrait remplacer l'école.

M. Brendan Hanley: Merci.

J'hésite à vous couper la parole, mais j'ai d'autres questions très importantes à poser.

Mme Catherine Haeck: Il n'y a pas de problème.

M. Brendan Hanley: Merci encore. C'était très important pour nous d'entendre vos propos.

[Traduction]

Madame Sarangi, merci d'avoir souligné que les inégalités de revenus constituent un déterminant de la santé infantile, que ces inégalités entraînent des disparités. Vous avez parlé d'une aide sup-

plémentaire pour les familles qui vivent dans une région nordique, et surtout au Nunavut.

J'aimerais revenir à ce que vous avez proposé au sujet de l'ACE et des améliorations à envisager, notamment pour ce qui concerne les enfants à risque.

Pourriez-vous nous expliquer plus précisément comment cela pourrait fonctionner et la structure que vous proposez?

Mme Leila Sarangi: Le budget fédéral alternatif publié en 2023, comme toutes les années, par le Centre canadien de politiques alternatives propose un modèle subordonné au revenu. Il propose de créer un supplément à l'Allocation canadienne pour enfants qui tient compte du revenu selon les données des déclarations d'impôt.

La mesure de la pauvreté calculée à partir des données des déclarations d'impôt correspond à la mesure de faible revenu de la famille de recensement, qui est une somme nette d'impôt corrigée en fonction de la taille de la famille. Il s'agit d'une mesure relative de la pauvreté, fondée sur le revenu médian. Selon cette mesure, qui-conque a un revenu inférieur à ce revenu médian est considéré comme pauvre.

Le supplément proposé serait versé aux familles dont le revenu est inférieur à la mesure de faible revenu. Leur revenu augmenterait en fonction...

[Français]

M. Jean-Denis Garon (Mirabel, BQ): J'aimerais faire un rappel au Règlement, monsieur le président.

[Traduction]

Le président: Monsieur Garon, vous avez la parole.

[Français]

M. Jean-Denis Garon: Monsieur le président, il y a de la construction qui se fait près de notre salle. Je ne sais pas si c'est une chambre de torture ou autre chose. Malheureusement, cela empêche les interprètes de faire leur travail.

• (1140)

Le président: Merci, monsieur Garon.

On m'informe qu'on a tenté de communiquer avec les travailleurs pour leur demander d'arrêter leur travail.

Nous pouvons suspendre la séance en attendant que le problème se règle.

Il semble que quelqu'un soit là pour tenter de régler la situation.

[Traduction]

Monsieur Hanley, il vous reste 90 secondes.

M. Brendan Hanley: Merci.

Je vais en profiter pour poser une autre question. Vous nous avez donné une référence très utile.

Je vais m'adresser à Mme Salami, et je vais me garder quelques secondes à la fin.

Aujourd'hui, madame Salami, les médias ont parlé du manque de recherches sur les Canadiens noirs et l'incidence des cancers. Cela nous amène à la question de savoir si les milieux de recherche soutiennent suffisamment les recherches sur les Canadiens racisés et marginalisés.

Pouvez-vous nous dire, en termes généraux, si le financement est suffisant et s'il existe des façons pour nous d'améliorer cette situation?

Mme Bukola Salami: Comme je l'ai dit tout à l'heure, les données sont insuffisantes, et plus précisément les données ventilées en fonction de la race. Il est impératif de recueillir des données ventilées en fonction de la race.

Sur le thème du cancer... Je viens de terminer une analyse de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes et j'ai constaté que 18 % des femmes noires n'ont jamais eu de test de Pap, contre 7 % des Canadiennes blanches. Cela a une incidence sur les résultats en matière de santé.

Comme vous l'avez souligné, il existe des disparités dans les données sur l'incidence des cancers, et je pense qu'il faut en faire davantage, même pour ce qui concerne les enfants, si nous voulons corriger les disparités dont ils sont victimes. Nous avons besoin de ces données. Il faut investir dans la recherche pour cerner les disparités et déterminer les meilleures approches pour les atténuer.

M. Brendan Hanley: Merci.

Est-ce qu'il me reste du temps?

Le président: Non.

Merci. Je suis désolé de l'interruption, monsieur Hanley.

[Français]

Monsieur Garon, vous disposez de six minutes.

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

D'abord, j'aimerais confirmer qu'il n'y a pas de torture au Canada. Je retire donc les propos que j'ai tenus précédemment.

J'en profite également pour remercier l'ensemble des témoins d'être présents parmi nous aujourd'hui.

Madame Haeck, l'automne dernier, une fonctionnaire a comparu devant le Comité et, en réponse à l'une de mes questions, elle a affirmé qu'il n'existait pas d'étude sur les effets des confinements et des fermetures des écoles sur la santé des enfants, leur socialisation ou leur santé mentale. Je suis un peu mêlé parce que, dans votre discours d'ouverture, vous avez suggéré que ces études existaient.

Pouvez-vous me confirmer que c'est bien le cas?

Mme Catherine Haeck: Oui.

Ces études existent et datent d'avant l'automne dernier.

Beaucoup de choses ont été faites durant la pandémie. Comme je l'ai dit, à l'été 2020, nous publions déjà des choses qui donnaient une idée, à partir de ce que nous savions de la littérature antérieure, des conséquences de l'impact des fermetures des écoles. Nous avons maintenant de vraies études, qui ont été publiées avant l'automne dernier.

M. Jean-Denis Garon: Merci.

On parle de la santé des enfants, mais il est important de parler du financement de la santé. Il y a d'ailleurs une rencontre impor-

tante aujourd'hui entre les premiers ministres des provinces et le gouvernement fédéral.

J'ai l'impression que nos systèmes de santé sont sous-financés depuis longtemps, que les provinces étaient en manque de transferts fédéraux depuis longtemps, et que, dans une certaine mesure, les enfants ont payé pour les adultes pendant la pandémie. En effet, pour protéger les adultes, qui avaient des symptômes plus graves de la COVID-19, on a fermé les écoles parce que les hôpitaux manquaient de capacité.

Je me demande si le sous-financement chronique de notre système de santé a finalement nui indirectement à la santé des enfants. C'est important parce que, cela, cela relève du fédéral. La santé des enfants elle-même ne l'est pas, mais le financement de la santé l'est.

Êtes-vous d'accord avec mon interprétation?

• (1145)

Mme Catherine Haeck: Je suis entièrement d'accord.

Les écoles de Belgique ont été fermées beaucoup moins longtemps. J'ai fait mon doctorat en Belgique. Je peux donc vous dire que le système de santé a une capacité beaucoup plus grande dans ce pays. Le système a été capable d'absorber le coût. Les écoles ont rouvert avant la fin de l'année 2020, et ils ont pu mesurer l'impact de la fermeture de sept semaines sur leurs enfants. Il y avait de super données, ce que nous n'avons pas.

Il est donc certain que la faible capacité de notre système a nui à nos enfants. Ils en ont payé le prix, et ils le paient encore toujours aujourd'hui. J'aimerais bien que cela reste dans l'esprit des gens: c'est loin d'être fini. Les adultes sont passés à autre chose, mais les enfants souffrent encore.

M. Jean-Denis Garon: Merci.

Ici, à Ottawa, des gens veulent que les transferts en santé soient soumis à des conditions, mais ce qui est drôle, c'est qu'il y a tellement de besoins partout que tous les groupes viennent les uns après les autres pour demander des transferts en santé particuliers à leur propre domaine. J'en déduis qu'on manque de financement, en général.

Comme il faudrait des particularités partout, il n'en faudrait nulle part, en fait. C'est particulièrement vrai en santé mentale, qui n'est évidemment pas une compétence fédérale, mais il y a tout de même une ministre de la Santé mentale, à Ottawa.

S'il y avait eu un meilleur financement de la santé, à savoir stable, prévisible, inconditionnel, aurait-on été en mesure de faire davantage de prévention en santé mentale chez les enfants au cours des dernières années? Quel effet cette prévention aurait-elle aujourd'hui, ou quel effet aurait-elle eu pendant la pandémie?

Mme Catherine Haeck: Je vais vous donner un exemple.

J'ai fait une étude sur plus de 800 000 enfants québécois avec des données administratives de santé du Québec. J'ai constaté que nous ne sommes pas capables de diagnostiquer correctement les troubles du déficit de l'attention et d'hyperactivité au Québec. D'ailleurs, ce n'est pas seulement au Québec; c'est partout au Canada.

Parce que nous n'investissons pas assez dans le domaine de la santé et dans les services de santé auprès des enfants, nous sommes incapables de poser un diagnostic correctement. Nous nous retrouvons ainsi à médicamenter des enfants pour rien, sans connaître les effets à long terme de ces médicaments.

Ce n'est qu'un exemple parmi tant d'autres démontrant que nous ne sommes pas axés sur la prévention. Étant donné que nous sous-investissons dans le domaine de la santé, nous procédons à la va-vite, et cela se répercute sur le réseau de l'éducation. Les enseignants héritent de ces enfants qui ne sont pas bien pris en charge par le réseau de la santé.

M. Jean-Denis Garon: Évidemment, je fais appel à vos connaissances dans ce domaine. Avez-vous l'impression que le gouvernement fédéral est bien placé pour faire le design des services, pour planifier les services en santé mentale, pour dire aux provinces comment les orchestrer et pour évaluer les besoins?

Êtes-vous d'avis que le cerveau de la chose devrait être à Ottawa, si nous voulons fournir de bons services aux enfants et être capables de faire de la prévention, notamment en santé mentale?

Mme Catherine Haeck: Non. En effet, savoir ce qu'il faut faire et de quelle façon fournir les services demande une expertise de terrain. Il faut être très proche du terrain et, bien que le gouvernement fédéral fasse du mieux qu'il peut, Ottawa est loin du terrain. Il n'est donc pas en mesure de faire ce type de choix.

Il faut vraiment laisser cette compétence aux provinces, surtout en sachant que chaque province a des réalités différentes, tant en ce qui a trait à sa communauté culturelle qu'à ses problèmes de santé, lesquels peuvent varier d'un endroit à l'autre. Il faut vraiment laisser les provinces choisir ce qui a le plus de sens pour elles.

L'organisation des services est déjà très différente d'une province à l'autre. Si le fédéral essaie de se mettre les mains là-dedans, cela risque de créer la pagaille.

M. Jean-Denis Garon: Il me reste 30 secondes.

Je vais faire un suivi sur ce que vous avez mentionné plus tôt. La COVID-19, le confinement et le fait qu'on a dû fermer les écoles parce que les hôpitaux étaient débordés ont eu des conséquences sur la socialisation, l'apprentissage et la santé physique et mentale des enfants.

Pour encore combien de temps ces conséquences vont-elles se faire sentir, selon vous?

Mme Catherine Haeck: C'est difficile à estimer, mais il est certain qu'elles se feront sentir pour un certain temps. Selon les groupes d'âge, ce sera plus ou moins long. Je pense que des groupes d'âge auront été affectés beaucoup plus fortement que d'autres, et je ne m'attends pas à ce que nous en soyons sortis avant au moins cinq ans encore.

Je n'ai pas de fondements scientifiques sur lesquels me baser pour dire cela, mais des études ont été faites. Par exemple, une étude au Chili a été faite sur des grandes fermetures d'écoles, et les effets se sont fait sentir même à l'âge adulte chez certaines personnes qui ont été affectées quand elles étaient très jeunes.

Cela peut donc durer très longtemps. Cela dépendra des mesures qu'on mettra en place. En effet, la durée va dépendre de ce que nous faisons. Personnellement, ce qui m'inquiète, c'est que j'ai l'impression que nous oublions nos enfants. J'ai l'impression que nous sommes passés à autre chose, que nous n'investissons plus en eux et que nous ne parlons plus des effets de la pandémie sur les enfants.

• (1150)

[Traduction]

Le président: Merci, monsieur Garon.

Nous passons à M. Davies. Vous disposez de six minutes.

M. Don Davies (Vancouver Kingsway, NPD): Merci, monsieur le président, et merci aux témoins de comparaître aujourd'hui.

Madame Haeck, je vais m'adresser à vous en premier. Selon un article révisé par des pairs auquel vous avez collaboré, une stratégie de surveillance unifiée est nécessaire pour combler les lacunes en matière de données sur les indicateurs du développement de l'enfant dans le contexte de la pandémie de COVID-19. Vous et vos collègues notez un manque de données intersectorielles et de données longitudinales.

Il sera beaucoup question de données au cours de la rencontre entre les provinces et le gouvernement fédéral qui a lieu aujourd'hui. Je crois que nous sommes tous d'accord que l'absence d'un système unifié de suivi longitudinal dans la plupart des provinces et des territoires est un obstacle à la mise en œuvre précoce de services préventifs et thérapeutiques.

Le dépôt de données de recherche sur la population du Manitoba est présenté comme un modèle positif. Quels sont les éléments du dépôt de données du Manitoba qui en font un succès?

[Français]

Mme Catherine Haeck: En fait, ce qui aurait le plus de succès et qui serait le mieux pour nous, ce serait que le gouvernement fédéral mette en place des systèmes pour collecter des données sur les enfants, et que ces données, qui seraient protégées et de haute qualité, soient hébergées dans des centres de données disséminés dans tout le Canada et soient mises à la disposition de tous les chercheurs.

Historiquement, nous avons accès à de très bonnes données sur les enfants. Elles n'étaient pas parfaites, mais elles étaient de très bonne qualité. Elles provenaient de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, qui a été abandonnée en 2008, au moment de la dernière édition.

Ce type de données est extrêmement important pour comprendre le développement des enfants. On ne peut pas uniquement se fier aux données administratives, parce que, comme le soulevaient les autres témoins, dans les données administratives, on ne connaît pas la communauté culturelle ou l'appartenance religieuse de l'enfant, par exemple. Toutes sortes de dimensions sont absentes des données administratives, or elles sont très importantes pour comprendre le développement et le bien-être des enfants.

Nous avons besoin d'une initiative centrale qui collecte des données partout au Canada pour pouvoir comparer les résultats d'une province à l'autre; ces données doivent être assez nombreuses pour pouvoir étudier les petits groupes. J'entendais les autres témoins parler du fait qu'on ne peut pas étudier les petits groupes, mais ce n'est pas parce que les chercheurs ne le veulent pas. Je vous assure que nous le voulons. Toutefois, quand on travaille avec des petits échantillons, les données ne sont pas valides. Quand il n'y a pas assez de personnes dans l'échantillon, nous ne pouvons rien en dire et Statistique Canada ne nous laisse même pas sortir les données.

J'ai été directrice de laboratoire au sein de Statistique Canada pendant plusieurs années et je connais bien la machine. Nous avons besoin d'un financement important de la part de Statistique Canada dans le domaine de la santé des enfants. Les enfants représentent près de 20 % de notre population, mais je vous assure que Statistique Canada ne consacre pas 20 % de son budget à la collecte de données sur les enfants. Chaque mois, l'agence est capable de produire l'Enquête sur la population active; elle est capable...

[Traduction]

M. Don Davies: Je suis désolé, mais je dois vous interrompre parce que j'ai d'autres questions. Merci de votre réponse.

Je vais me tourner vers la porte-parole de Campagne 3000. Désolé, 2000. C'est la faute à l'inflation.

Des voix: Oh, oh!

D'après Statistique Canada, les familles monoparentales qui ont de jeunes enfants sont près de cinq fois plus susceptibles de vivre dans la pauvreté que les couples qui ont des enfants du même âge. Vous avez établi un lien très clair entre la pauvreté et les problèmes de santé chez les enfants.

À votre avis, quelles mesures le gouvernement doit-il prendre pour corriger cette disparité?

Mme Leila Sarangi: Je souligne tout d'abord que la majorité de ces familles sont dirigées par une mère monoparentale, et que nous avons besoin de données intersectionnelles et ventilées pour comprendre à quelles familles nous avons affaire. Le supplément pour les familles à faible revenu dont j'ai parlé réduirait de manière très nette le taux de pauvreté chez les familles monoparentales dirigées par une femme. On estime que la proportion passerait du tiers à 8 % environ, et que cette réduction serait très rapide.

M. Don Davies: Merci.

Madame Salami, je suis un fier diplômé de l'Université de l'Alberta. Je dois vous poser une question.

Vous avez été claire quant aux liens croisés entre le racisme, la pauvreté et la santé des jeunes Noirs en Alberta. Vous avez parlé de la nécessité de pousser les recherches, mais pouvez-vous nous dire si les recherches menées jusqu'ici ont permis de dégager des solutions que vous nous recommanderiez d'adopter.

Mme Bukola Salami: Une chose a été répétée abondamment dans les témoignages entendus aujourd'hui, et c'est la nécessité de nous concentrer sur les causes des causes. Nous avons déjà nommé certaines de ces causes, et ce sont les inégalités au chapitre du revenu, entre les races et entre les genres. Vous avez évoqué les familles monoparentales. J'ai fait de la recherche sur les mères monoparentales. Les disparités parmi les plus marquées touchent les garçons noirs qui grandissent dans un foyer dirigé par une mère monoparentale au Canada, y compris sur le plan du revenu. Il est primordial d'augmenter substantiellement l'aide versée dans ces cas.

J'ai interrogé des personnes qui ont aussi évoqué les programmes d'éducation des enfants. Très souvent, on pense que ces programmes ont des répercussions seulement sur les enfants, mais ils touchent aussi la santé des familles. Les enfants évoluent dans un contexte familial. Il faut viser de meilleurs résultats en matière de santé pour l'ensemble de la famille.

À cela s'ajoute le besoin dont il a été question concernant des services en santé mentale communautaires qui ne sont pas uniquement centrés sur les institutions et les soins aigus. Il faut aussi tenir

compte de la communauté. Pour favoriser la résilience, il faut aider les personnes noires et racisées à développer un sentiment d'appartenance à leur communauté, et à renforcer leur identité culturelle positive. La dimension spirituelle est importante, et il faut renforcer les capacités des leaders religieux et spirituels. L'accès aux activités sportives et le financement de la pratique de sports sont aussi importants pour aider les gens à tirer parti de leur résilience et à la renforcer.

J'ajouterai que la lutte au racisme est également d'une importance vitale.

• (1155)

Le président: Merci, monsieur Davies.

Nous passons à Mme Goodridge, pour cinq minutes.

Mme Laila Goodridge (Fort McMurray—Cold Lake, PCC): Merci, monsieur le président. Je remercie également les témoins d'être des nôtres.

La grande variété de sujets dont nous avons discuté jusqu'ici est très révélatrice de l'ampleur et sans doute aussi de la complexité de notre étude. Dans le cadre des travaux de notre comité, nous avons eu maintes et maintes fois l'occasion de nous rappeler que les enfants ne sont pas seulement de petits adultes. Ils sont des personnes à part entière, avec différents défis. En tant que mère d'un petit bonhomme, c'est quelque chose que j'observe très régulièrement.

Ma première question s'adresse à Mme Sarangi.

Vous avez soulevé une question qui me tient énormément à cœur, soit les communautés nordiques et éloignées. Après huit années de règne du gouvernement, nous assistons à une inflation record du prix des aliments. Dans ma propre communauté de Fort McMurray et Wood Buffalo, nous constatons que le tiers des clients de la banque alimentaire de Wood Buffalo sont des enfants, et que la demande augmente de mois en mois. De plus en plus d'enfants ont faim, et il est bien connu qu'il est difficile d'apprendre le ventre vide.

Ma question porte précisément sur les communautés nordiques, éloignées et isolées. Avez-vous des solutions à proposer pour régler le problème, au moins en partie?

Mme Leila Sarangi: Je dois revenir à ce que j'ai dit au sujet de l'Allocation canadienne pour enfants. Il faut ajouter un supplément pour les familles des communautés nordiques et éloignées, qui tiendra compte du coût de la vie. Les taux d'insécurité alimentaire et de pauvreté infantile sont démesurément élevés parmi les familles du Nunavut. Un supplément du revenu complémentaire à l'intention de ces familles est une mesure facile à mettre en place puisque le cadre administratif existe déjà. Il suffirait d'investir un peu plus dans un supplément complémentaire pour ces familles.

C'est un moyen rapide et facile pour commencer à remédier à ce problème. De toute évidence, d'autres mesures sont nécessaires, mais c'est un moyen rapide et facile à réaliser selon moi.

Mme Laila Goodridge: Oui, je comprends bien.

Je vis à Fort McMurray, et je sais que les prix à l'épicerie y sont beaucoup plus élevés qu'ici à Ottawa. Plus je vais au nord, même dans ma propre circonscription, plus la facture d'épicerie grimpe, et la facture d'essence aussi. La taxe sur le carbone qui a été ajoutée et qui ne cesse d'augmenter est refilée aux consommateurs. Le lait est plus inabordable qu'avant parce que le coût pour le transporter vers certaines de ces communautés a aussi grimpé.

Avez-vous fait des études, ou des recherches ont-elles été faites sur l'augmentation de l'ACE qui serait nécessaire pour compenser l'inflation record du prix des aliments?

Mme Leila Sarangi: Nous n'avons pas encore mené cette étude. Je trouve votre question très intéressante et je vais certainement la présenter à mes collègues.

Nous avons réalisé une étude sur le versement d'un supplément aux familles à faible revenu et le coût d'une majoration pour le ramener au niveau de la mesure du faible revenu. Dans notre mémoire, nous réclamons un investissement d'un peu plus de 6 milliards de dollars pour mettre en place un supplément visant à éradiquer la pauvreté infantile. Ce supplément ferait passer les taux de pauvreté infantile de 9 %, selon les estimations fondées sur la mesure du panier de consommation, à 3 % environ dès la première année.

• (1200)

Mme Laila Goodridge: C'est assez renversant. Merci pour cette information.

Je vais passer à un autre sujet. Ma question est pour Mme Salami. Je suis une ancienne de l'Université de l'Alberta et je suis très contente de vous accueillir ici. Merci pour le travail que vous accomplissez.

Vous avez beaucoup parlé des Noirs racisés... Avez-vous fait des études sur les Autochtones et les incidences...

Mme Bukola Salami: Mon domaine d'expertise n'est pas... Je suis une grande alliée et je suis très au fait des énormes besoins...

Mme Laila Goodridge: Pas de souci, je voulais simplement savoir si vous aviez mené de telles études.

À vous entendre, il est très évident que vous êtes très favorable aux services d'entraide communautaire, comme les églises. Vous en avez parlé à plusieurs reprises. Encore une fois, pour revenir à ce que j'ai vécu à Fort McMurray, lorsque nous avons dû évacuer, ce n'est pas le grand gouvernement tout puissant qui est venu aider et donner du réconfort aux gens, ce sont les églises et les différents organismes communautaires qui sont venus de partout, qui ont ouvert leurs portes et qui ont fait en sorte que ma collectivité se sente si bien accueillie à Edmonton et dans toute la province.

Entre autres mesures, nous voyons le gouvernement limiter le financement, ce qui empêche certains groupes religieux d'embaucher des étudiants l'été et leur impose des restrictions.

Pensez-vous que c'est là une décision judiciaire?

Mme Bukola Salami: Je vais vous dire, j'ai mené une étude en analysant les données de l'Enquête canadienne sur les mesures de santé pour examiner la santé mentale des immigrants au Canada. Quelle que soit la façon dont nous avons analysé les données des 12 000 sujets de cette enquête, les deux facteurs qui contribuent le plus à la santé mentale sont l'appartenance à une communauté et le revenu. Les gens qui ont un sentiment d'appartenance à une communauté sont plus susceptibles d'estimer qu'ils sont en meilleure santé mentale.

Dans le passé, j'ai aussi interviewé 300 familles. Lorsque les gens ont un sentiment d'appartenance... Le problème tient au fait que, souvent, nous attendons des organismes communautaires qu'ils soutiennent nos collectivités racisées, mais nous ne leur donnons pas les outils ni les ressources nécessaires pour favoriser ou améliorer la santé mentale.

Je serais favorable à toute activité visant à fournir des outils aux organismes communautaires pour renforcer la capacité des chefs religieux et des organismes communautaires à s'occuper de la santé mentale et à l'améliorer.

Mme Laila Goodridge: Je vous remercie.

Le président: Merci, madame Salami.

Nous entendrons M. van Koeverden, si vous voulez bien, pour cinq minutes.

M. Adam van Koeverden (Milton, Lib.): Merci beaucoup pour tous les témoignages de tous les témoins. C'était extraordinaire. Cette étude m'a beaucoup enthousiasmé. Je suis heureux que nous nous concentrions exclusivement sur les enfants pendant quelques semaines.

D'après ce que tous les témoins nous ont dit aujourd'hui, il est très évident que le lien inextricable entre le revenu et les résultats en matière de santé est crucial et que nous devons nous y intéresser de plus près.

Lorsque je regarde les chiffres de l'UNICEF, je suis également troublé de voir que le Canada se classe si bas. Il y a quelques semaines, j'ai fait une brève recherche sur les taux de pauvreté des enfants au Canada. En 1989, la Chambre des communes a voté à l'unanimité pour mettre fin à la pauvreté des enfants avant l'an 2000. Malgré cela, en 2013, les taux de pauvreté étaient plus élevés que jamais. En 2013, ils étaient pires que dans les années 1970. Depuis, heureusement, ils ont chuté de 71 %, mais ils sont encore d'environ 4,5 ou 4,6 %, ce qui est trop élevé pour le Canada.

Je reconnais que la réduction de la pauvreté infantile ne résout pas instantanément le problème et que les résultats en matière de santé ne vont pas changer immédiatement ni même après deux ou trois ans. De nombreuses études montrent que si vous êtes pauvre dans votre enfance et que vous ne l'êtes pas à l'âge adulte, les disparités en matière de santé perdurent tout au long de votre vie. C'est un problème auquel nous devons également nous attaquer, mais en prenant des mesures comme l'élimination de l'universalité de l'Allocation canadienne pour enfants. Au lieu d'envoyer des chèques de 300 \$ à toutes les familles du Canada, il est plus efficace d'en faire un programme assujéti à des critères de revenu pour réduire les taux de pauvreté chez les enfants au Canada, mais ces chiffres ne sont toujours pas satisfaisants, surtout lorsque nous les comparons à ceux de nos homologues de l'OCDE.

Madame Salami, mes questions s'adressent à vous. J'ai apprécié votre témoignage. Je vous remercie beaucoup.

Je m'intéresse particulièrement aux subventions pour l'activité physique chez les jeunes. Je pense que le savoir-faire physique est l'un des meilleurs prédicteurs de la santé ultérieure. Comment pouvons-nous mieux combler l'écart dans les chiffres de l'OCDE, en rapprochant notre classement en matière de santé infantile de celui que nous aimerions avoir — idéalement parmi les 10 premiers, ou peut-être viser encore plus haut?

Vous avez déjà répondu à la question, mais du point de vue de la reconnaissance du fait que le Canada a un faible taux de pauvreté infantile, mais que les résultats en matière de santé sont tout de même disproportionnés, quelle est la cause, selon vous, et comment pouvons-nous faire mieux?

• (1205)

Mme Bukola Salami: Je dois dire que la pauvreté et l'inégalité des revenus n'existent pas en vase clos. Par exemple, nous voyons aussi des inégalités fondées sur la race et leur contribution à l'inégalité des revenus.

Statistique Canada vient de publier un rapport qui révèle que, contrairement à l'opinion reçue, les immigrants africains ont l'un des taux de scolarité les plus élevés au Canada. De même, conformément à la croyance populaire, les immigrants africains ont l'un des pires taux de revenu au Canada. L'accès aux professions et l'élimination de ces inégalités sous-jacentes contribueront à résoudre les problèmes liés à la pauvreté et ses conséquences, en l'occurrence les problèmes de santé.

L'accès aux professions pour les professionnels de la santé formés à l'étranger est un sujet que ceux-ci ont aussi évoqué dans certaines entrevues qu'ils ont données. Par exemple, nous savons, et des gens nous ont dit que la main-d'oeuvre des soins de santé ou la main-d'oeuvre générale au Canada est comme un cappuccino. C'est blanc sur le dessus et noir en dessous.

Nous devons remuer le tout, et cela a des conséquences. Dans le cas de la pandémie de COVID-19, cela a eu des conséquences. Nous avons constaté qu'un plus grand nombre de personnes noires ont été touchées par la COVID-19 parce que nous avons plus de personnes noires en première ligne pour fournir des soins personnels. Nous avons plus de Noirs qui prenaient l'autobus. Nous avons plus de personnes noires avec les espaces limités, et cela a augmenté leur exposition à la COVID-19, donc les inégalités de longue date que nous avons vécues avant la COVID-19 ont eu un effet considérable sur ce que ces personnes ont vécu pendant la COVID-19. C'est en s'attaquant à ces inégalités liées à la race en matière de santé que nous pourrions régler certaines inégalités en matière de santé que nous observons.

M. Adam van Koeverden: Merci. C'est extrêmement clair. Je vous en suis reconnaissant.

Vous avez mentionné le sport, l'activité physique et les loisirs dans votre témoignage, alors j'ai pensé que je pourrais peut-être vous donner l'occasion d'élaborer un peu, puisque cela m'intéresse aussi en ce qui concerne les politiques.

Mme Bukola Salami: Les jeunes que j'ai rencontrés ont parlé de... Pour beaucoup de jeunes Noirs, un moyen de faire face au racisme qu'ils subissent, aux défis ou au stress quotidien était de faire du sport. Les gens ont beaucoup parlé du basket-ball et de la possibilité de le pratiquer.

De nombreux jeunes ont parlé de... Pendant la pandémie, dans certaines provinces, les bars étaient ouverts, mais les activités sportives étaient fermées. Ils avaient le sentiment de vivre une telle injustice, de voir que ce qui pouvait aider les enfants était fermé, tandis que les bars étaient ouverts.

Je pense qu'en augmentant l'accès aux sports et aux loisirs, y compris en subventionnant les installations récréatives pour les populations à faible revenu, nous pourrions corriger ces inégalités.

Le président: Merci, madame Salami.

[Français]

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

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

Je vais continuer avec Mme Haeck.

Les provinces font face à des contraintes financières beaucoup plus importantes que celles du gouvernement fédéral. Cela a été documenté par le directeur parlementaire du budget.

À long terme, nous nous retrouvons dans une situation où la santé prend de plus en plus d'espace dans les finances publiques des provinces. Par conséquent, les autres missions de l'État finissent par écoper.

La deuxième mission la plus importante en matière de budget pour les provinces est évidemment l'éducation. Comme vous avez travaillé dans les deux domaines, j'aimerais que vous me disiez, selon votre expérience, s'il est facile pour le Québec d'obtenir de nouveaux budgets pour travailler à la fois en prévention et en éducation chez les jeunes enfants.

Que pourrait faire le gouvernement fédéral pour faciliter le financement des provinces dans ces domaines?

Mme Catherine Haeck: Je vous remercie de votre question.

Dans mon premier cours d'économie de l'éducation, je montre à quel point le domaine de la santé accapare le budget. Le fait qu'on investit de plus en plus dans ce domaine occasionne une baisse du financement un peu partout, notamment en éducation, mais aussi dans tous les services communautaires qui soutiennent les personnes les plus vulnérables. Ce sous-financement a pour conséquence qu'il se fait très peu de travail de prévention.

Je siége au Comité scientifique sur la prévention de l'obésité de l'Institut national de santé publique du Québec, le Centre d'expertise et de référence en santé publique au Québec. Ce comité a toutes sortes de belles idées en matière de prévention pour les enfants et les adultes, mais, quand vient le temps de les financer, il ne reste plus d'argent pour le faire.

Tout l'argent est donc souvent consacré à soigner les personnes plus âgées, et c'est normal. Cependant, le sous-financement chronique de la santé entraîne une absence de mesures de prévention. Conséquemment, l'obésité chez les jeunes au Québec et partout au Canada a énormément augmenté au cours des 30 dernières années. Ce problème serait assez facile à régler avec des mesures de prévention bien ciblées, car les médecins et tous les intervenants du milieu ont beaucoup de bonnes idées. Cependant, ils n'ont pas d'argent pour les concrétiser. Voilà pour la santé.

Le secteur de l'éducation est, lui aussi, sous-financé. Ainsi, nous nous retrouvons avec beaucoup d'enfants qui ont toutes sortes de problèmes et nous n'avons pas les ressources pour leur venir en aide, parce que l'argent est redirigé vers d'autres besoins qui semblent plus urgents.

Or, il faut se le dire, les enfants sont notre avenir. Si on ne leur consacre pas d'argent, on fonce vers un mur. Il va falloir finir par se réveiller. On ne peut pas toujours investir l'argent ailleurs que chez les enfants, parce que cela va nous rattraper plus tard et nous allons nous retrouver avec une population très amochée à l'âge adulte.

• (1210)

Le président: Merci, madame Haeck.

[Traduction]

Monsieur Johns, bienvenue au Comité. C'est un plaisir de vous voir.

La parole est à vous, monsieur.

M. Gord Johns (Courtenay—Alberni, NPD): Je suis heureux de vous voir, monsieur Casey. Je suis content d'être ici.

Merci beaucoup aux témoins pour leur important travail. J'étais à l'écoute en venant remplacer M. Davies, et je vous en suis très reconnaissant.

Je veux surtout parler du fait qu'en Ontario, il y a 28 000 enfants sur des listes d'attente pour des services de santé mentale locaux. Ces attentes peuvent aller de 67 jours à plus de deux ans et demi, selon le service. Cela dépasse les délais acceptables d'un point de vue clinique.

Pour les enfants et les adolescents, les délais d'accès aux soins — et je suis sûr que vous pouvez nous en parler — peuvent avoir des répercussions à vie pour eux, leur famille et la société. Tragiquement, cela peut être une question de vie ou de mort. Vous avez parlé un peu de l'UNICEF. Selon Statistique Canada, le suicide est la principale cause de décès chez les adolescents et les jeunes adultes de 15 à 34 ans. Selon l'UNICEF, le Canada a l'un des taux de suicide les plus élevés chez les jeunes dans le monde.

Nous attendons depuis deux ans le transfert de 4,5 milliards de dollars promis par le gouvernement en matière de santé mentale, une somme clairement insuffisante.

Pouvez-vous nous parler des répercussions du retard du transfert en santé mentale pour les jeunes?

Je vais peut-être commencer par vous, madame Bisailon, si vous voulez nous en parler un peu.

Mme Susan Bisailon: Bien sûr. Je me concentre vraiment sur le domaine des enfants présentant des complications médicales et plus particulièrement, des handicaps, alors je ne peux pas vraiment me prononcer sur la santé mentale en m'appuyant sur beaucoup de données probantes.

Cependant, je suis en contact étroit et je travaille avec des groupes nationaux comme Santé des enfants au Canada, et avec mes collègues des réseaux de soins de courte durée et de soins dans la collectivité. Ils sont totalement débordés. Ils me disent qu'ils ne reçoivent pas suffisamment de soutien. Ils ne sont pas en mesure d'étendre leurs programmes pour répondre à la demande.

Nous avons constaté l'augmentation de l'isolement et des problèmes de santé qui ont découlé de la COVID, même dans d'autres domaines comme les troubles alimentaires, la dépression et l'anxiété. Le contexte que je vous décris est vraiment celui du travail avec mes collègues.

M. Gord Johns: Je comprends.

Mme Susan Bisailon: Je peux certainement confirmer qu'il s'agit d'un défi important en Ontario et dans tout le pays. Peut-être que ma collègue, madame Salami, peut aussi faire des commentaires à ce sujet. C'est un domaine difficile, sans équivoque.

Mme Bukola Salami: Je suis tout à fait d'accord avec la nécessité de fournir des services de santé mentale dans la communauté. Juste avant la pandémie, nous avons mené une étude en Alberta pour examiner la santé mentale des jeunes Noirs. Nous en avons mené une avant la pandémie et une autre après la pandémie.

Nous nous sommes entretenus avec 129 jeunes Noirs lors de cafés-causeries et d'entrevues sur la santé mentale. Le dernier jour des cafés-causeries, des jeunes Noirs nous ont décrit à quoi ressemble-

rait une prestation idéale de services de santé mentale: des services adaptés à la culture, offerts dans des espaces accessibles aux jeunes Noirs et fournis par des professionnels de la santé noirs.

Pendant la pandémie, des jeunes se sont inspirés de ces données pour créer la clinique de santé mentale, la première pour la population noire de l'Ouest canadien.

Bien sûr, l'un des défis est qu'une grande partie du financement de la santé mentale est consacrée aux soins de courte durée, ce qui constitue également une approche en aval de la prestation des services de santé mentale. Si nous sommes en mesure de mettre en oeuvre certaines approches en amont... J'ai déjà parlé de la nécessité, par exemple, de nous pencher sur la prestation de services de santé mentale communautaire, de nous fonder sur les forces des dirigeants locaux, des chefs religieux et d'en tirer parti, tout en comprenant que ce n'est pas tout le monde qui va consulter un chef religieux. Nous avons besoin de soutien communautaire et de la communauté pour être en mesure de nous attaquer à certains problèmes de santé mentale, ainsi que de la prestation de services communautaires.

J'ai déjà interviewé des fournisseurs de services aux immigrants. Ils ont parlé de l'arriéré, de la longue liste d'attente pour que les gens puissent consulter des psychologues, des conseillers et des praticiens en santé mentale. Nous avons simplement besoin de beaucoup plus d'investissements dans ce domaine au sein de la communauté.

• (1215)

Le président: Merci, madame Salami.

Nous cédon maintenant la parole à M. Jeneroux, pour cinq minutes.

M. Matt Jeneroux (Edmonton Riverbend, PCC): Merci, monsieur le président, et merci à tous les témoins de nous consacrer du temps aujourd'hui. Je pense qu'une grande partie des témoignages ont été assez fascinants.

Madame Salami, j'aimerais revenir sur un article que vous avez publié dans le numéro du 24 octobre 2022 du CMAJ, la revue de l'Association médicale canadienne. Entre autres choses, vous y dites que le racisme est le facteur le plus fréquemment répertorié comme contribuant à la santé mentale des jeunes Noirs en Alberta. En tant que député de l'Alberta, cette affirmation a retenu mon attention.

J'espère que vous pourrez préciser certains liens entre le racisme, la discrimination, la santé mentale et le bien-être des jeunes. Évidemment, votre expertise se situe en Alberta, mais s'il y a d'autres commentaires qui s'appliquent aussi à l'ensemble du pays, je serai heureux de les entendre.

Mme Bukola Salami: Merci.

Mon projet ne concernait que l'Alberta, tandis que l'enquête que nous menons auprès de 2 000 jeunes Noirs avec 50 entrevues, porte sur l'ensemble du Canada. Dans le cadre de ce projet, nous avons interrogé 129 jeunes Noirs qui ont participé à ce groupe de discussion. Le racisme a été le facteur de leur santé mentale le plus souvent évoqué.

Par exemple, prenons le cas des garçons noirs. Beaucoup d'entre eux ont parlé de la perception selon laquelle la masculinité toxique était propre aux hommes noirs, ce qui n'est pas le cas, bien évidemment. Ils ont aussi évoqué l'obligation de devoir toujours prouver leur innocence, car la première impression est que vous êtes coupable. Pour n'importe qui d'autre, vous êtes innocent jusqu'à preuve du contraire. Pour les Noirs, surtout les hommes noirs, vous êtes coupables tant que vous n'avez pas prouvé votre innocence.

En ce qui concerne le racisme, je me souviens d'une adolescente qui a dit: « Mon Dieu, j'ai grandi avec un si grand sentiment anti-Noir intériorisé. Je me détestais. Je voulais tellement être blanche. Je voulais avoir des lèvres moins foncées. » Elle a ensuite décrit une situation où, alors qu'elle traversait la rue, quelqu'un lui a lancé un Slurpee et l'a traitée d'un vilain mot raciste. Cela forge encore sa perception d'elle-même. Elle a intériorisé ce racisme, et sa santé mentale en dépend encore.

Ce sont là certaines des choses avec lesquelles les jeunes Noirs doivent composer en Alberta, comme nous l'avons constaté dans les entrevues que nous avons menées à la grandeur du Canada, partout au Canada aussi.

M. Matt Jeneroux: Quelles sont donc les meilleures pratiques que vous pouvez nous suggérer? Nous sommes à l'échelle fédérale, mais je vous invite bien sûr à profiter de l'occasion pour examiner la question à l'échelle provinciale et municipale également. Quelles pratiques exemplaires pouvons-nous mettre en place?

Vous avez dit que votre étude se poursuit. Peut-être aurez-vous des résultats à la fin de celle-ci, mais dans un premier temps, y a-t-il des mesures que nous pouvons envisager aujourd'hui?

Mme Bukola Salami: La partie consultative de l'étude se poursuit, mais nous avons terminé la phase qualitative, et quelques éléments en ressortent. Souvent, nous nous concentrons sur la formation, toujours la formation, et les initiatives de collecte de fonds. Les gens reçoivent une formation, ils sortent de la pièce et laissent tout derrière, et ça s'arrête là.

Nous devons intégrer des mesures de responsabilisation dans notre formation. Si des gens font preuve de racisme, nous pourrions dire qu'ils sont incompetents. Intégrer la lutte contre le racisme, par exemple, dans les évaluations des gens, dans l'octroi de subventions à des programmes pour garantir... Je trouve toujours intéressant... Beaucoup de programmes de financement diront, par exemple: « Vous devez décrire les analyses comparatives entre les sexes plus. » Le problème, c'est que les gens entendent la partie « analyse comparative entre les sexes » et parfois, le « plus » est mis de côté. Parfois, nous ne savons pas ce que le « plus » signifie, n'est-ce pas?

Nous devons définir clairement ce que le « plus » signifie. Les gens doivent le comprendre. Nous devons nous assurer que nous recueillons des données à ce sujet. Je pense que la collecte de données fondées sur la race est aussi très importante et qu'elle aidera à corriger certaines de ces iniquités.

• (1220)

M. Matt Jeneroux: Vous avez mentionné certains de ces éléments plus tôt dans votre témoignage, mais je vous remercie de les souligner à nouveau. Vous avez aussi mentionné plus tôt une certaine méfiance au sein de la communauté noire.

Quels facteurs influent sur ce niveau de méfiance?

Mme Bukola Salami: Je suis membre du Fonds de prospérité pour l'avancement des communautés noires, qui sert à lutter contre le racisme anti-Noirs au Canada en réunissant des fonds.

Dans les premiers jours de la pandémie de COVID-19, nous avons organisé des assemblées publiques pour traiter des hésitations concernant le vaccin contre la COVID-19. Je me souviens d'avoir participé à l'une de ces assemblées publiques. Un parent avait dit: « Est-ce une autre expérience que le gouvernement fait sur nous? ». Nous avons dû réfuter ce mythe. Les problèmes de méfiance ne datent pas d'hier. Par exemple, des études contraires à l'éthique ont été menées au sein des communautés noires, et les Noirs le savent encore très bien ou en ont une conscience très aiguë. Il y a aussi le racisme auquel les Noirs sont confrontés dans le contexte des soins de santé.

Voilà pourquoi je dis que les compétences liées à la lutte contre le racisme sont importantes. Lorsque vous consultez de nombreuses normes de pratique pour les professionnels de la santé, par exemple — et je sais que cela ne relève pas de la compétence fédérale, mais je dois le mentionner — nombre d'entre elles ne mentionnent même pas le mot « racisme », n'est-ce pas? Cela signifie que vous pouvez exercer comme professionnel de la santé et être raciste. On peut quand même être considéré comme compétent, parce que ce n'est pas vu comme de l'incompétence selon les normes de pratique. Nous devons changer cela. Nous devons veiller à ce que la lutte contre le racisme soit intégrée à toutes les évaluations et à toutes les normes de pratique des professionnels de la santé.

Le président: Merci, madame Salami.

Nous cédon maintenant la parole à monsieur Powlowski, si vous voulez bien, pour cinq minutes.

M. Marcus Powlowski (Thunder Bay—Rainy River, Lib.): Merci. J'ai une question pour Leila Sarangi de Campagne 2000.

Dans votre témoignage, vous avez mentionné que des immigrants avec des enfants payaient des impôts, mais ne touchaient pas l'Allocation canadienne pour enfants. Pouvez-vous essayer d'approfondir ce point? De quel groupe de personnes parlez-vous, qui fait partie de cette catégorie?

J'ai demandé à mon assistant surpayé, Tyler, de faire des recherches pour moi. Il m'a sorti cette liste. Il a dit que les personnes qui ont droit à l'Allocation canadienne pour enfants sont les époux ou les conjoints de fait qui sont soit des citoyens, des résidents permanents, des personnes protégées, c'est-à-dire des réfugiés, ou des résidents temporaires qui ont vécu au Canada au cours des 18 derniers mois et qui ont le droit de séjourner dans le pays.

Pouvez-vous préciser la catégorie de personnes dont vous parlez qui sont des immigrants et qui paient des impôts, mais qui ne touchent pas l'ACE?

Mme Leila Sarangi: Des personnes dont le statut d'immigration est précaire ont soumis une demande et attendent qu'elle soit acceptée. Leur demande d'immigration a été rejetée, mais elles ne peuvent pas être expulsées, car le gouvernement du Canada a jugé leur pays d'origine trop dangereux, et elles n'ont donc nulle part où aller. Des gens sont dans les limbes à cause de leur statut précaire. Ils ne sont pas très nombreux, alors cela ne coûterait pas très cher. Dans cette catégorie, ces gens sont considérés comme des résidents aux fins de la Loi de l'impôt sur le revenu, donc pendant qu'ils attendent, ils sont ici, ils travaillent, et ils ont peut-être d'autres enfants nés au Canada, mais on leur refuse quand même l'Allocation canadienne pour enfants.

L'abrogation de cet article de la Loi de l'impôt sur le revenu, qui établit arbitrairement cette condition d'admissibilité, n'aurait pas un coût très élevé dans le budget fédéral, mais elle ferait un bien immense aux familles qui font face à de nombreux problèmes de santé, entre autres problèmes.

M. Marcus Powlowski: Vous avez parlé de l'insécurité alimentaire au Nunavut. J'aurais pensé que la subvention de Nutrition Nord était une partie de la réponse à ce problème. Est-ce que votre groupe a une position sur ces subventions et sur la pertinence de les augmenter?

Mme Leila Sarangi: Nos partenaires du Nunavut et des Territoires du Nord-Ouest nous ont dit que les subventions vont aux détaillants et ne sont pas forcément répercutées aux résidents. Je reçois régulièrement des photos du coût des aliments dans les épiceries, où il faut compter environ 75 \$ pour un steak ou 60 \$ pour des couches. Il est scandaleux que le financement du programme Nutrition Nord aille aux détaillants et ne soit pas nécessairement répercuté aux résidents locaux, et c'est pourquoi nous demandons des transferts de revenus directement aux familles et aux individus.

• (1225)

M. Marcus Powlowski: Selon vous, ce serait un meilleur moyen de lutter contre l'insécurité alimentaire que de bonifier le programme Nutrition Nord?

Mme Leila Sarangi: D'après nos évaluations, oui, c'est l'un des moyens que nous privilégierions pour lutter contre l'insécurité alimentaire dans le Nord.

M. Marcus Powlowski: Je vais maintenant m'adresser à Mme Salami.

Vous avez dit, et je suis d'accord avec vous, que la pauvreté est évidemment le plus important déterminant social de la santé, mais vous n'avez parlé que brièvement du fait qu'en période de COVID, ce n'était peut-être pas le cas. Pouvez-vous nous en dire plus à ce sujet? Quel était le plus important déterminant social de la santé en période de COVID?

Mme Bukola Salami: En 2020, une analyse a été effectuée sur les différents quartiers de Montréal, Toronto et Ottawa, et lorsque nous comparons les quartiers à la répartition de la COVID-19, nous constatons que le déterminant le plus important pour savoir si vous alliez contracter la COVID au début de la pandémie était le fait d'être Noir ou non, autrement dit la concentration de personnes noires dans le quartier.

Avant la pandémie de COVID-19, je disais toujours à mes étudiants que le revenu était le plus grand déterminant de la santé. Pendant la pandémie de COVID-19, j'ai commencé à être plus prudente, mais bien sûr, il y a le revenu... Je veux dire que le racisme n'existe pas en vase clos, il interagit avec l'inégalité des revenus et

la reproduit. Il interagit également avec l'inégalité des revenus. Ce sont quelques-unes des leçons que nous avons apprises.

Je pense qu'il serait très important que nous commencions à recueillir des données ventilées selon la race, ce que nous n'avions pas avant la COVID, pour vraiment faire la lumière sur la façon de nous assurer d'avoir des interventions ciblées pour lutter contre les disparités.

Le président: Merci, madame Salami et monsieur Powlowski.

C'est maintenant le tour de M. Kitchen, pour cinq minutes.

M. Robert Kitchen (Souris—Moose Mountain, PCC): Merci, monsieur le président, et merci à vous tous de votre présence. C'est très apprécié.

Madame Haeck et madame Salami, j'apprécie particulièrement vos commentaires sur la santé mentale, notamment la prise en compte de son impact sur le sport et l'éducation, et son importance. C'est très important pour moi, car je sais que cela m'a été très bénéfique, il y a de nombreuses années, lorsque j'étais aux prises avec des problèmes de cette nature. Cela dit, j'espère que je pourrai poser des questions à ce sujet.

Cependant, ma première question principale est... Grâce à nos analystes, nous avons reçu des renseignements intéressants de l'ICIS, l'Institut canadien d'information sur la santé. Ils soulignent que les enfants ayant des complications médicales représentent environ 1 % de la population pédiatrique, et que ces enfants sont de gros utilisateurs du système de soins de santé, puisqu'ils engendrent environ 50 % de nos coûts hospitaliers, soit des sommes assez considérables.

Avec la COVID, il semble malheureusement que nous constatons un manque d'éducation dans la gestion des situations d'urgence chez le grand public, à savoir quand amener un enfant à l'hôpital, ce qui mobilise beaucoup de secteurs hospitaliers comme les salles d'urgence avec des situations qui pourraient être traitées à la maison avec de meilleurs systèmes d'éducation et une meilleure compréhension du réseau de la santé. Ce sont des éléments importants, alors je suppose que ma question est la suivante: comment pouvons-nous transmettre cette éducation aux Canadiens pour qu'ils la comprennent?

Ce que nous avons vu avec la COVID et au cours des deux dernières années, c'est essentiellement l'incertitude et la désinformation que le public croit émaner du gouvernement. En tant que gouvernement fédéral, nous essayons de nous occuper d'un enjeu qui est de nature provinciale, mais comment pouvons-nous, comme gouvernement fédéral, faire progresser cette éducation afin de permettre aux parents de comprendre comment gérer les problèmes de santé de leurs enfants?

Madame Bisailon?

Mme Susan Bisailon: Vous avez tout à fait raison. L'étude de l'ICIS était vraiment importante. Elle a été réalisée au cours des dernières années, je dirais. Nous espérons que l'information sera mise à jour.

En ce qui concerne les complications, les premiers 1 %, vous avez tout à fait raison, elles absorbent une part énorme du budget. En ce qui concerne notre façon de travailler avec les familles, il n'y a pas de programmes bien établis. Il n'y a pas beaucoup de données. En écoutant mes collègues, je constate qu'il y a un énorme manque de données à propos de notre population.

Bien sûr, ces familles peuvent obtenir de l'aide dans le secteur des soins actifs. C'est pourquoi elles retournent souvent dans les hôpitaux: nous n'offrons pas beaucoup de services bien établis dans le continuum de soins. Les familles ont besoin d'un soutien plus solide dans la communauté. Elles ont besoin d'aide pour comprendre comment s'en sortir dans la communauté, de sorte que nous utilisions notre réseau de la santé — des soins de courte durée pour des besoins de courte durée — que nous ayons des soins à domicile et dans la communauté bien établis, qui permettent aux familles de trouver réponse à leurs besoins.

À l'heure actuelle, compte tenu de l'état actuel du système, nous ne disposons pas de ce soutien dans l'ensemble du continuum. C'est ce que je préconise pour que nous ayons un système de soins établi à l'intérieur et à l'extérieur des hôpitaux, pour que les familles n'aient pas à se rendre à l'hôpital, et comme vous l'avez dit, pour que les parents puissent avoir accès à des services dans la communauté au lieu de se rendre à l'urgence.

• (1230)

M. Robert Kitchen: Merci beaucoup. Je comprends.

Si l'un ou l'autre des témoins a quelque chose à ajouter, il est possible de le communiquer au président ou au greffier et aux analystes, et nous pourrions le distribuer. Je vous en serais reconnaissant.

En ce qui concerne les sports, une question que nous examinons, madame Salami, vous en avez parlé et vous avez expliqué que l'une des recommandations est un réinvestissement possible dans les sports destinés aux jeunes, en particulier aux populations autochtones et noires. Je suis tout à fait d'accord avec vous. La pratique d'un sport produit un tel bénéfice, selon moi. Malheureusement, à cause de la COVID, nous avons perdu cette capacité de faire bouger les gens.

Je me demande si vous avez d'autres commentaires à ce sujet, parce qu'en grande partie, nous commençons à entrevoir un problème... Vous avez un peu traité des idées suicidaires et de cet aspect. La participation à des groupes et le fait d'être ensemble nous aident en quelque sorte à communiquer les uns avec les autres.

Madame Salami, avez-vous des commentaires à faire à ce sujet?

Mme Bukola Salami: Je pense que l'un des éléments à retenir à propos du sport, c'est qu'il influe sur la santé sous plusieurs axes, qu'il s'agisse de la santé mentale ou de la santé physique. Nous savons que le sport contribue aussi... Comme je l'ai dit, l'appartenance à une communauté est l'un des grands déterminants de la santé mentale, du moins d'après mon analyse. Le sport peut également contribuer à favoriser ce sentiment d'appartenance et l'inclusion sociale des enfants noirs et racisés.

Surtout à la lumière du rétablissement consécutif à la COVID-19, de la séparation et de l'isolement social que les gens ont connus, il est crucial d'investir dans les activités sportives pour tous les enfants, mais aussi de s'assurer qu'elles sont subventionnées pour ceux qui sont beaucoup plus marginalisés dans la société.

Le président: Merci, madame Salami.

C'est maintenant au tour de Mme Sidhu, qui dispose de cinq minutes.

Mme Sonia Sidhu (Brampton-Sud, Lib.): Merci, monsieur le président, et merci aux témoins pour leurs précieux témoignages.

Ma première question s'adresse à Mme Salami.

Vous avez parlé de racisme, mais quel rôle les obstacles culturels et linguistiques jouent-ils dans les résultats en matière de santé des enfants et des adolescents immigrants lorsqu'ils ne sont pas sensibilisés à la vaccination ou à la prévention des maladies? Comment cela se manifeste-t-il?

Mme Bukola Salami: Quelqu'un a posé une question sur l'amélioration de l'accès aux services d'urgence. Je pense que l'une des solutions consiste à s'attaquer aux problèmes liés aux obstacles linguistiques et à ceux liés à la culture en tant que déterminants sociaux de la santé.

Il y a des années, l'Agence de la santé publique du Canada avait l'habitude de classer le racisme sous la rubrique « culture », en tant que déterminant de la santé. Nous savons maintenant que le racisme et la culture sont très différents en tant que déterminants de la santé, donc oui, c'est très important de pouvoir se pencher sur la culture. Il est également important de se pencher sur les problèmes de racisme, et pour beaucoup d'immigrants, de traiter de la navigation dans le système, c'est-à-dire simplement savoir où aller et comment s'y retrouver dans le système.

Souvent, nous pensons régler les obstacles linguistiques en disant: « Toi, tu parles arabe, et toi, tu parles arabe; il suffit de venir ensemble et vous pourrez servir d'interprète l'un pour l'autre, et voilà, le tour est joué. » Certaines de mes recherches nous montrent que les services d'interprétation comportent certaines complexités. Vous savez, l'un des participants que j'ai interviewés, un fournisseur de services aux immigrants, en a parlé. Par exemple, si vous avez deux interprètes, l'un originaire de la tribu talibane et l'autre de la tribu pachtou, et que vous les réunissez et leur demandez d'interpréter l'un pour l'autre, cela peut causer des conflits, car vous réunissez l'oppressé et l'opprimé.

Il y a aussi des aspects délicats liés à la violence sexiste. Vous pourriez souhaiter faire un jumelage en fonction du sexe.

Il y a tellement de complexités liées à la culture et aux services d'interprétation, mais sans interprétation, il est beaucoup plus difficile de répondre aux besoins des populations immigrantes au Canada.

• (1235)

Mme Sonia Sidhu: Merci.

Comment les fournisseurs de soins de santé peuvent-ils mieux répondre aux besoins des populations immigrantes, notamment en ce qui concerne la langue et la culture? Vous en avez déjà parlé.

Cependant, pouvez-vous nous parler aussi de l'importance de la recherche et de la collecte de données — qui sont très, très importantes — et de la façon dont nous pouvons combler cette lacune? Quelles données et quelles recherches sont nécessaires pour mieux saisir les besoins en santé des enfants au Canada, et comment le gouvernement fédéral peut-il faciliter la collecte et l'analyse de ces données?

Mme Bukola Salami: Je pense que nous devons subjuguer nos données. L'un des défis, et l'un de mes collègues l'a dit... Par exemple, j'ai fait une étude dans laquelle j'ai examiné la santé mentale d'enfants immigrés et non immigrés au Canada. Lorsque vous prenez l'ensemble des données, tout s'embrouille, mais lorsque vous commencez à les ventiler... Le problème, c'est que lorsqu'on se fie, par exemple, à l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé, que j'essaie d'utiliser, il est impossible de ventiler les données. L'analyse est tout simplement impossible.

Lorsque vous prenez l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, qui est dotée de l'échantillon le plus volumineux et qui permet de ventiler les données, l'Enquête ne recueille pas de données sur les enfants de moins de 12 ans. C'est peut-être l'un des éléments sur lesquels nous devons commencer à recueillir des données.

Ma collègue a parlé de l'Enquête longitudinale sur les enfants et les jeunes immigrants, qui fournissait aussi des données ventilées sur les immigrants au Canada, et il y avait une autre étude nationale. Toutefois, bon nombre de ces études longitudinales ont été abandonnées.

Par exemple, lorsque vous prenez la plupart des données longitudinales à petite échelle au Canada, certains défis tiennent au fait que la taille de l'échantillon pour la population racisée est si petite.

Je mène actuellement une étude pour l'Agence de la santé publique du Canada qui porte sur la façon dont les données fondées sur la race sont recueillies pour les populations noires au Canada. Il existe des moyens culturellement appropriés que nous devons intégrer dans notre collecte de données fondées sur la race afin de nous assurer que la taille des échantillons est suffisante. À l'heure actuelle, du moins en ce qui concerne l'Enquête canadienne sur les mesures de santé et l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, le pourcentage de la population noire, racisée et immigrée sondée dans ces enquêtes est inférieur au pourcentage qu'elle représente dans la population canadienne. Cela doit changer et nous devons être en mesure de ventiler ces données.

Mme Sonia Sidhu: D'accord, merci.

Madame Bisailon, avez-vous un dernier mot à ajouter à ce sujet?

Mme Susan Bisailon: Il est tellement intéressant de simplement écouter la discussion. J'aborde aussi la question du point de vue de la vulnérabilité. Je traite avec beaucoup de clients et de familles qui sont de nouveaux immigrants ou des réfugiés qui arrivent au pays. Ils se démènent avec le fait qu'ils sont nouveaux dans le pays et qu'ils sont confrontés à des problèmes d'accès.

Certains commentaires sur lesquels je tiens à insister concernent la confiance dans le système. Pendant la COVID, j'ai eu beaucoup d'expérience sur le terrain avec des collectivités autochtones et d'autres collectivités marginalisées.

Il y a beaucoup de travail à faire pour éduquer nos collègues de la santé et le personnel de première ligne sur les soins adaptés à la culture et l'intervention auprès de personnes de races différentes. Il y a beaucoup de préjugés. Cela rejoint votre remarque sur la norme de soins. Si vous travaillez dans le système de soins de santé, des normes devraient s'appliquer sur notre façon d'interagir et de travailler avec des personnes de cultures et d'origines différentes.

Le président: Merci, madame Bisailon.

[Français]

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

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

Je trouve vraiment intéressant que nous parlions de données, notamment de données qui nous permettent de mettre sur pied de bonnes politiques sociales et de nous comparer aux autres, par exemple. C'est la saveur du jour.

Je vais encore m'adresser à vous, madame Haeck.

J'ai l'impression que chaque groupe de chercheurs veut ses propres données et qu'il y a beaucoup de petites initiatives de collectes de données très particulières.

Quel serait le modèle idéal, au Québec et au Canada, qui permettrait aux chercheurs d'avoir des données accessibles à tous et comparables, et qui mettrait le Canada sur la scène mondiale? On sait que nous utilisons encore beaucoup de données américaines pour plusieurs questions.

Avons-nous ce modèle aujourd'hui?

● (1240)

Mme Catherine Haeck: Non, nous ne l'avons pas aujourd'hui.

En fait, plusieurs initiatives sont financées par le gouvernement fédéral. Ce dernier finance toutes sortes de projets un peu partout au Canada, où les gens vont établir leur base de données eux-mêmes. Lorsque les chercheurs font cela, les données qu'ils recueillent restent leur propriété et ne sont pas communiquées aux autres. Ainsi, les fonds publics financent les chercheurs, leurs données demeurent leur propriété et celles-ci ne sont pas accessibles aux autres chercheurs.

La meilleure façon de fonctionner est donc de passer par Statistique Canada pour que l'enquête soit menée au moyen de méthodes reconnues, que l'on sache comment cela a été fait, que l'échantillon soit représentatif de la population et des sous-groupes minoritaires importants...

M. Jean-Denis Garon: Je vais me permettre de vous interrompre.

Comment se fait-il que ce ne soit pas encore le cas? Comment se fait-il que nous fonctionnions encore de façon décentralisée et que nous n'ayons pas ce modèle? Comment expliquez-vous cela?

Je suis surpris de votre réponse.

Mme Catherine Haeck: Je n'en ai aucune idée.

Par exemple, les données utilisées pour faire le rapport de l'UNICEF, dont plusieurs personnes ont parlé, ce sont les données HBSC, financées par Santé Canada, mais elles sont inaccessibles aux chercheurs. J'ai essayé de les obtenir, je vous le garantis. C'est impossible d'accéder à ces données, qui sont pourtant collectées par des fonds publics et qui servent à placer le Canada sur la scène mondiale.

Ce ne sont pas des données qui proviennent de Statistique Canada. On ne peut valider ni vérifier les données. La méthodologie utilisée n'est pas évidente à comprendre pour s'assurer que la recherche est bien faite, et on ne peut pas être certain que les échantillons utilisés sont représentatifs du Canada.

À mon avis, confier la collecte des données à un organisme de chercheurs plutôt qu'à Statistique Canada pour classer le Canada dans le monde, cela n'a aucun sens. Je ne sais pas quelle logique motive cet état de fait, mais ce genre de financement, qui est attribué un peu partout au pays, est très fréquent.

Le président: Merci, madame Haeck.

[Traduction]

C'est maintenant au tour de M. Johns, si vous voulez bien, pour deux minutes et demie.

M. Gord Johns: Merci.

Madame Sarangi, en mai 2022, la vérificatrice générale, Karen Hogan, a publié un rapport. En ce qui concerne l'ACE, elle a déclaré que le gouvernement n'en a pas fait assez pour aider les Canadiens difficiles à joindre à obtenir les prestations auxquelles ils ont droit, et qu'il n'a pas réussi à améliorer la vie des personnes qui ont le plus besoin d'aide. Elle a cité les Autochtones, les personnes vivant de l'insécurité du logement, les nouveaux immigrants, les nouveaux arrivants au Canada, les réfugiés et les personnes handicapées comme étant touchés de façon disproportionnée. Je peux le constater dans ma propre circonscription, certainement pour les Autochtones qui peuvent être en retard pour payer leurs taxes et ainsi de suite. Ils disent que cela manque de sensibilité.

Quels changements doivent être apportés? Dans vos recommandations, vous avez parlé du coût pour ces familles qui n'obtiennent pas l'ACE en raison de ces lacunes.

Mme Leila Sarangi: Parmi les changements qui doivent être apportés, la déclaration de revenus automatique fera beaucoup avancer les choses. Elle aidera les personnes qui ont soumis des déclarations de revenus les années précédentes et dont l'ARC détient les coordonnées. Elles peuvent déclarer automatiquement leurs revenus, puis revenir plus tard faire des ajustements. Cela figurait dans la lettre de mandat de la ministre. Nous pensons qu'il faut aller de l'avant.

Nous devons élargir ce système d'impôt sur le revenu en utilisant ce genre d'initiatives qui sont davantage axées sur la collectivité.

M. Gord Johns: Il n'y a pas encore de plan d'action global.

Pouvez-vous nous parler du coût de cette situation pour les enfants touchés?

Mme Leila Sarangi: Il y a un lien étroit entre les privations matérielles qui découlent du manque d'accès à ces prestations... Les familles qui ne soumettent pas de déclaration de revenus laissent beaucoup d'argent sur la table en n'ayant pas accès à ces prestations. Cela signifie que des enfants vont à l'école sans être bien vêtus et nourris. Des familles ne se procurent pas les médicaments dont elles ont besoin. Les loyers ne sont pas payés.

Lorsque nous parlons de certains déterminants sociaux de la santé, je pense que nous devons avoir une vision globale, y compris de la manière de bien loger les gens et de s'assurer qu'ils ont accès à des médicaments. Ces besoins fondamentaux posent des problèmes aux familles. Elles ne peuvent pas y accéder si elles ne touchent pas les prestations auxquelles elles ont droit. Cela engendre beaucoup de stress dans les familles, de même qu'une détérioration de la santé mentale et tous les résultats dont nous avons entendu parler par tous les témoins aujourd'hui.

Le président: Merci, madame Sarangi.

Nous revenons maintenant aux conservateurs et à M. Ellis, si vous le voulez bien, pour cinq minutes.

M. Stephen Ellis: Merci beaucoup, monsieur le président.

Comme je l'ai dit au début, il a été très intéressant d'entendre ce groupe de témoins pour nous aider à comprendre la situation critique des enfants au Canada et, peut-être, la voie à suivre.

J'ai une question pour Mme Salami, si vous le permettez, et j'aimerais ensuite me tourner vers les autres témoins dans un autre ordre d'idées.

Madame Salami, vous avez explicitement fait référence à l'accréditation des travailleurs de la santé formés à l'étranger. Je peux

m'imaginer que c'est un bel exemple pour les enfants et les familles. Bien sûr, en général, les emplois dans le secteur des soins de santé sont mieux rémunérés que les autres, ce qui aide les enfants par la bande.

Pouvez-vous nous faire part de vos idées sur la reconnaissance des titres de compétences des fournisseurs de soins de santé formés à l'étranger?

● (1245)

Mme Bukola Salami: Tout d'abord, je dois dire que ma thèse de doctorat portait en fait sur la migration vers le Canada d'infirmières formées aux Philippines pour y devenir des travailleuses domestiques. C'était il y a environ neuf ans, mais certains enjeux sont toujours d'actualité.

Je fais également partie de certains groupes WhatsApp pour des professionnels formés à l'étranger. Dans le passé, j'ai aidé à organiser des séances d'information pour réunir le Service national d'évaluation infirmière et des professionnels formés à l'étranger. Nous pouvons prendre des mesures, petites et grandes. Au cours de certaines séances, des infirmières formées à l'étranger ont même parlé du temps que prend l'évaluation des titres de compétences, ou de la possibilité d'avoir une liste à cocher sur leur site Web, de sorte que lorsqu'elles envoient leurs documents à leur pays d'origine, ces derniers savent que ce sont les éléments qu'elles doivent fournir pour que leur formation à l'étranger soit reconnue.

En ce qui concerne les provinces, il y a tellement de différences dans les exigences, tant au niveau de l'anglais que des autres exigences. Ensuite, il y a l'exigence des trois années d'expérience. Pour être reconnue comme infirmière formée à l'étranger, il faut avoir exercé en Ontario au cours des trois dernières années. En Alberta, c'est cinq ans. Pourquoi y a-t-il tant de différences à travers le Canada à cet égard?

Les possibilités qui permettent aux professionnels d'exercer dans différentes provinces peuvent aussi être bénéfiques aux professionnels formés à l'étranger. Par exemple, à l'échelle fédérale... De nombreuses politiques relatives aux professionnels formés à l'étranger relèvent de la compétence des provinces. À l'échelle fédérale, nous pouvons faire davantage en soutenant le Service national d'évaluation infirmière afin de faciliter les choses.

Par exemple, à l'heure actuelle, une grande partie des processus liés à l'évaluation des titres de compétences du personnel infirmier formé à l'étranger sont effectués aux États-Unis, ce qui ralentit le processus. Si nous voulons vraiment l'accélérer, prenons des mesures pour que l'évaluation se fasse au Canada. Cela ne nous coûtera pas plus cher, mais combien de gains aurons-nous en fait de résultats pour les patients et de disponibilité de ressources humaines? Je pense que nous devons envisager cette solution au Canada. Est-il possible de faire en sorte que les choses se fassent au Canada pour que nous puissions faire entrer plus rapidement dans le réseau le personnel infirmier formé à l'étranger?

M. Stephen Ellis: Merci beaucoup.

Faire plus de choses, fabriquer plus de choses et faire prospérer les Canadiens, cela semble vraiment logique, de notre côté de la Chambre à tout le moins.

Cela dit, j'ai deux ou trois autres questions, alors je vais changer un peu de cap.

Madame Haeck, vous avez parlé de la fermeture d'écoles et certainement d'une situation différente en Belgique. À votre connaissance, certaines provinces ou certains territoires font-ils un meilleur travail que d'autres? Il ne s'agit pas de créer une disparité, mais d'examiner les leçons à retenir pour plus tard.

Mme Catherine Haeck: En ce qui concerne la fermeture d'écoles, c'était assez uniforme dans tout le Canada, mais certaines provinces ont rouvert les écoles un peu plus rapidement. Au Québec, nous avons rouvert les écoles un peu plus rapidement qu'ailleurs, mais pas de beaucoup, alors cela n'a pas changé grand-chose. Je sais que les écoles de l'Ontario ont été fermées un peu plus longtemps qu'ailleurs, notamment dans le sud de l'Ontario, où elles ont été fermées un certain temps en janvier 2021.

En y réfléchissant, j'aime ce côté du Canada. Nous pouvons faire des choses différentes et apprendre les uns des autres, et je pense que nous devrions vraiment essayer de tirer des leçons de ce que nous avons fait. Le problème est que nous n'avons pas de données pour tirer des leçons de tout cela, parce que nous n'avons pas recueilli de données sur les enfants au cours des trois dernières années.

Oui, certaines provinces ont été légèrement meilleures, mais il n'y avait rien de bien marquant.

M. Stephen Ellis: Merci infiniment.

Je pense que mon temps est presque écoulé, monsieur le président, alors je vais céder le reste. Je vous remercie.

Le président: Merci, monsieur Ellis.

Monsieur Jowhari, vous disposez de cinq minutes, je vous en prie.

M. Majid Jowhari (Richmond Hill, Lib.): Merci, monsieur le président, et merci à tous les témoins. Nous avons entendu de très bons témoignages sur de nombreux sujets, qu'il s'agisse des déterminants sociaux de la santé, des répercussions de la COVID pour les plus vulnérables, ou des données et de certaines recherches effectuées sur l'interface entre le genre, la race, la classe sociale et la nationalité.

Beaucoup de mes questions ont reçu une réponse, mais j'aimerais prendre un peu de temps pour me tourner vers l'avenir. Plus précisément, j'aimerais examiner les politiques et les pratiques en vigueur, les possibilités qui s'offrent à nous et ce sur quoi nous devrions vraiment nous concentrer pour relever certains de ces défis.

Comme il reste quatre minutes, je vais demander à chaque témoin de faire une intervention d'une minute. Je tiens à reconnaître que la santé est une compétence partagée entre les provinces, les territoires et le gouvernement fédéral, mais s'il y avait un domaine de politique sur lequel nous pourrions nous concentrer pour aider à améliorer la situation ou éliminer certains défis que vous avez soulevés, de quel domaine s'agirait-il? Ce serait vraiment utile pour notre étude.

Je vais commencer par Mme Haeck et poursuivre dans l'ordre de vos interventions. Pourriez-vous, s'il vous plaît, nous proposer une politique que nous devrions promouvoir, selon vous?

• (1250)

[Français]

Mme Catherine Haeck: Je pense que, en matière de politiques, nous sommes en train d'investir massivement dans les services de garde partout au Canada. Je pense que c'est une bonne initiative; il

y a moyen d'offrir des services de qualité aux plus vulnérables. Pour les enfants, tout se passe principalement avant l'âge de cinq ans.

Je pense que c'est là que nous devons mettre nos efforts pour faire un bon travail partout au Canada. Cela dit, il est nécessaire de collecter des données pour savoir si notre travail est efficace. Se contenter de lancer de l'argent partout, sans savoir ce qu'on fait, ne nous aidera pas.

[Traduction]

M. Majid Jowhari: Merci.

Je suis fier d'annoncer que notre gouvernement a fait en sorte que les garderies à 10 \$ soient maintenant une réalité, alors merci à toutes les provinces qui ont participé à cette initiative.

C'est au tour de Mme Salami.

Mme Bukola Salami: Je dirais que nous devons nous attaquer au racisme en tant que déterminant social de la santé. Comme je l'ai dit, il y a de la ségrégation dans l'effectif de la santé. Comment pouvons-nous intervenir pour assurer la diversité à tous les niveaux du personnel de santé, des postes de direction à la prestation de services en première ligne?

M. Majid Jowhari: Je vous remercie.

C'est très instructif. Les planètes s'alignent parfaitement, car nous sommes sur le point de publier nos conclusions concernant l'effectif de la santé.

Nous passons à Mme Sarangi.

Mme Leila Sarangi: Je vous remercie.

J'ai beaucoup parlé de l'Allocation canadienne pour enfants et des mesures à prendre pour l'élargir et l'améliorer. Je pense que notre objectif principal est d'augmenter les revenus des familles, ce qui aiderait grandement. Des études ont révélé que l'augmentation du revenu des familles à faible revenu entraîne une meilleure santé et un meilleur bien-être général, ainsi que de meilleurs résultats pour les enfants.

Comme le modèle de garderies a été évoqué, je dirais qu'il faut veiller à ce que l'élargissement de ce modèle se fasse dans les réseaux publics de garderies sans but lucratif et que celles-ci soient accessibles aux familles à faible revenu... Campagne 2000 a travaillé avec des défenseurs et des chercheurs pour proposer un modèle d'échelle mobile de « zéro à 10 \$ par jour maximum » pour garantir que ces garderies soient accessibles aux familles à très faible revenu pour lesquelles nous travaillons.

M. Majid Jowhari: Merci, madame Sarangi.

Enfin, nous entendrons Mme Bisailon.

Mme Susan Bisailon: Merci.

Je pense qu'une grande partie du travail que vous faites avec le projet de loi C-22 est très excitant. Je vous encourage vraiment à adopter ce nouveau projet de loi et à voir ce que nous pouvons en faire.

Je tiens vraiment à souligner que le fait de naître avec un handicap et une complication ne devrait pas signifier que vous allez vivre sous le seuil de la pauvreté. Il s'agit vraiment de s'attaquer à la pauvreté et de veiller à ce que les enfants sortent de l'enfance, que lorsqu'ils atteignent la majorité, leur transition est réussie et ils ont un endroit abordable où vivre.

C'est la demande que je vous ferais aujourd'hui. Je vous remercie.

M. Majid Jowhari: Merci.

Je vous ai entendu toutes les quatre mettre l'accent sur les services de garde, sur la nécessité de veiller à ce que notre effectif du réseau de la santé soit habilité, diversifié et inclusif, et sur le renforcement de l'ACE et la nécessité de veiller à ce que les plus vulnérables et ceux qui sont dans le besoin ne soient pas laissés pour compte. Ces mesures sont tout à fait conformes à ce que notre gouvernement a fait au cours des sept dernières années. J'aimerais vous remercier pour votre témoignage d'aujourd'hui.

Merci, monsieur le président.

• (1255)

Le président: Merci, monsieur Jowhari.

Nous cédon maintenant la parole à Mme Goodridge, si vous voulez bien, pour cinq minutes.

Mme Laila Goodridge: Merci, monsieur le président.

Dans le même ordre d'idées, madame Bisailon, je pense que le travail que vous et votre organisme faites est spectaculaire. Dans ma communauté, une communauté relativement nordique et isolée, nous ne disposons pas d'un grand nombre de services extrêmement spécialisés, ce qui signifie que beaucoup de familles qui ont besoin de ces services doivent se rendre à Edmonton ou à Calgary et, souvent, déménager dans ces centres pour obtenir des soins spécialisés.

Vous avez souligné la nécessité de disposer de plus de services dans les communautés et d'offrir plus de répit. Pouvez-vous nous en dire un peu plus sur les modèles qui ont fonctionné dans les petites localités pour permettre l'existence de certains de ces services?

Mme Susan Bisailon: C'est une excellente question.

Nous savons que lorsque des enfants naissent avec des complications et des besoins vitaux, les grands centres universitaires de sciences de la santé sont les meilleurs endroits pour eux. Nous trouvons ces centres dans tout le pays. Nous avons parlé de Calgary et d'Edmonton, en Alberta. Nous en avons aussi à Toronto.

Le fait est qu'une fois que l'état de ces enfants est stabilisé, il faut créer des programmes vraiment solides dans ces collectivités éloignées. Vous pouvez avoir de bons programmes de répit. Ils peuvent être de taille réduite. Il peut s'agir d'un petit établissement. Mettre en place ces plaques tournantes et avoir cette interconnexion entre... S'il y avait un programme ou une organisation provinciale ou nationale, vous pourriez avoir des mesures de soutien pour ces collectivités éloignées. Le seul moment où ces personnes auraient besoin de se rendre dans un grand centre universitaire d'une grande ville, c'est lors d'un épisode aigu. Elles devraient alors s'y rendre.

Des mécanismes permettent de mettre ces modèles en place et les familles ne devraient pas avoir à déménager. Il est possible de le faire à petite échelle. Je pense que ce que la COVID nous a obligés à faire — et que nous avons très bien fait — c'est de nous tourner vers les soins virtuels. Il existe des possibilités d'utiliser la technologie des soins virtuels. Nous avons dû passer du jour au lendemain des consultations en interne dans les centres universitaires à la prestation de soins virtuels.

La technologie existe. Il est possible de suivre des enfants dans ces collectivités éloignées. La technologie permet aussi de détecter

les signes précurseurs d'une détérioration et de savoir à quel moment une consultation sur place s'impose.

Je ne pense pas que nous devrions craindre cette notion de soutien à distance en utilisant la technologie, les soins virtuels et les modèles de plaque tournante pour soutenir les familles près de chez elles.

Mme Laila Goodridge: Merci.

Nous avons un petit garçon très spécial dans ma communauté de Fort McMurray. Madden est atteint de la maladie de Batten. Au début, la famille devait se rendre à Edmonton pour qu'il reçoive toutes ses injections.

Grâce à la collaboration avec le Stollery Children Hospital et sa fondation, il peut maintenant recevoir ses injections dans notre communauté, ce qui signifie que la famille a un peu plus de stabilité et de soutien. Bien honnêtement, elle n'a pas le même niveau de soutien lorsqu'elle se trouve à cinq heures de chez elle.

Ce genre de résultats est spectaculaire, et j'aimerais en voir plus. Je pense que nos communautés se portent mieux lorsqu'elles bénéficient d'un soutien plus complet à cet égard.

Y a-t-il des provinces ou des territoires qui font un meilleur travail en ce qui concerne ce genre d'innovation?

Mme Susan Bisailon: Je suis très bien branchée à l'échelle nationale. Je préside une communauté de pratique pour les professionnels de la santé à travers le pays, alors j'en ai une bonne idée.

J'essayais de souligner aujourd'hui que nous en sommes encore aux balbutiements de ces programmes. Il y a des poches qui le font extrêmement bien. Quand je regarde la côte Est, à Terre-Neuve, je vois d'excellentes options de soins à domicile.

J'ai travaillé avec mes collègues de la Colombie-Britannique, qui font un travail très intéressant et qui élargissent la notion de « complications médicales » pour la transformer en « problèmes de santé complexes ». Au lieu de penser uniquement à la santé physique et à la santé mentale, nous essayons d'élargir notre réflexion. L'Alberta fait également un excellent travail.

Tout le monde essaie de travailler ensemble pour s'inspirer de ce qui se fait dans chaque province, mais nous n'avons pas de modèle intégré et durable. Je pense qu'il est très important d'offrir ces formes de soutien.

Pour en revenir à votre point, les familles ne devraient pas avoir à déménager dans ces grandes villes. Elles peuvent être prises en charge avec succès. La technologie et l'innovation médicale sont vraiment exceptionnelles. Nous devons être beaucoup plus stratégiques et innovants. Ce comité a la capacité de nous aider à commencer à mettre en place certains de ces modèles.

• (1300)

Le président: Merci beaucoup, mesdames Goodridge et Bisailon. Cela nous amène à la fin de l'heure.

Je tiens à remercier sincèrement tous les témoins de leur présence aujourd'hui. Lorsque le Comité a décidé d'entreprendre une étude sur la santé des enfants, nous savions qu'il s'agissait d'un sujet très vaste et multidimensionnel. Cela se voit dans la diversité du vécu, de l'expertise et de la défense des intérêts que vous avez mis à profit dans cette discussion très intéressante. Nous vous en sommes très reconnaissants.

Merci beaucoup à tous.

La séance est levée.

Plaît-il au Comité de lever la séance?

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>