



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

44^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

Comité permanent de la santé

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 057

Le mardi 21 mars 2023

Président : M. Sean Casey



Comité permanent de la santé

Le mardi 21 mars 2023

• (1105)

[Traduction]

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

Bienvenue à la 57^e réunion du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes. Nous entendrons aujourd'hui un dernier groupe de témoins dans le cadre de notre étude sur la santé des enfants. J'ai également prévu un peu de temps à la fin de la réunion pour que nous puissions prendre des décisions en comité sur les budgets des études et les dates limites de soumission des amendements pour les prochaines réunions.

Nous nous réunissons aujourd'hui en mode hybride, conformément à l'ordre de la Chambre daté du 23 juin 2022. J'ai quelques consignes à vous transmettre, notamment à l'intention des témoins qui participent tous de façon virtuelle aujourd'hui. L'icône des services d'interprétation se trouve au bas de l'écran. Vous pouvez choisir le parquet, l'anglais ou le français. Il est interdit de prendre des photos ou des captures d'écran. La réunion d'aujourd'hui sera diffusée sur le site Web de la Chambre des communes.

Conformément à notre motion de régie interne, je vous confirme que tous les témoins ont participé aux tests de connexion obligatoires avant le début de la réunion.

Je vais maintenant présenter nos témoins qui participent cet après-midi par vidéoconférence.

Nous entendrons aujourd'hui Mme Nathalie Grandvaux, de l'Université de Montréal; M. Alain Lamarre, de l'Institut national de la recherche scientifique; le Dr Erik Skarsgard, membre de Pediatric Surgical Chiefs of Canada; Mme Patsy McKinney, directrice générale du Under One Sky Friendship Centre.

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

Vous avez chacun cinq minutes pour faire une déclaration.

[Français]

Nous allons commencer par la professeure Grandvaux.

Professeure, je vous souhaite la bienvenue.

Mme Nathalie Grandvaux (professeure, à titre personnel): Merci, monsieur le président.

Monsieur le président, membres du Comité et témoins, je vous remercie de me donner l'occasion de comparaître à titre de professeure titulaire de l'Université de Montréal et de directrice du laboratoire de recherche sur les interactions hôte-virus au Centre de recherche du CHUM, à Montréal.

J'ai cofondé le Réseau québécois COVID - Pandémie, le RQCP, et je l'ai codirigé jusqu'en 2022. Je suis également membre du Ré-

seau de réponse rapide aux variants du coronavirus, le CoVaRR-Net, qui est financé par les Instituts de recherche en santé du Canada.

Je n'ai pas de conflit d'intérêts à déclarer aujourd'hui.

[Traduction]

Pendant la première éclosion de COVID-19, il était évident que les enfants étaient beaucoup moins concernés par les symptômes respiratoires aigus sévères que les adultes en général et les personnes âgées en particulier. Ces observations ont guidé les politiques en matière de santé publique. Les enfants ont été visés par les mesures sanitaires visant la population afin d'atténuer l'incidence générale de la COVID-19 sur les personnes vulnérables et de protéger la capacité de notre système de santé, plutôt que de protéger leur santé proprement dite.

Diverses mesures ont été imposées au Canada pour réduire la transmission du virus, des mesures qui, pendant certaines périodes, comprenaient la fermeture des écoles, le recours à l'éducation à distance, le port obligatoire du masque, la vaccination et l'utilisation de purificateurs de l'air. On n'a pas tort de dire que ces mesures ont certainement eu un impact négatif, comme l'ont souligné les experts des sciences sociales.

Les avis optimistes exprimés au début de la pandémie quant à l'incidence de la COVID-19 sur les enfants ont donné lieu à beaucoup de questions sur la pertinence des mesures sanitaires imposées à ce groupe. Toutefois, en sachant que nos connaissances sur la COVID-19 ont seulement pu être acquises au fur et à mesure que la pandémie a progressé, plusieurs scientifiques, dont moi-même, avons appuyé l'application du principe de précaution en ce qui a trait à la gestion de la COVID-19 chez les enfants.

Que savons-nous au bout de trois ans de pandémie?

Tout d'abord, la transmission par voie aérienne de SARS-CoV-2 est maintenant reconnue par l'Organisation mondiale de la santé et d'autres organismes de santé publique et fait l'objet d'un consensus au sein de la communauté scientifique. Il a été établi que la COVID-19 est transmise dans les écoles et depuis les écoles aux foyers. Les enfants ne sont pas tous égaux face aux séquelles de la COVID-19, et certains enfants vivent avec des membres de leur famille qui sont vulnérables aux complications de la COVID-19.

Des études effectuées avant 2022 ont montré que la première complication grave observée chez les enfants était le syndrome inflammatoire multisystémique, qui pouvait frapper jusqu'à 6 à 10 % des enfants, selon l'âge. Le variant Omicron, cependant, a accéléré considérablement la transmission chez les enfants, ce qui a causé par la suite une hausse prononcée du nombre d'hospitalisations.

Nous savons aussi maintenant que la COVID-19 n'est pas seulement une maladie qui frappe le système respiratoire. La phase aiguë n'est que la partie visible de l'iceberg. De nombreuses études attestent maintenant des effets à court et à long terme des infections et des réinfections. Plusieurs études ont montré les séquelles neurologiques, cardiovasculaires et multisystémiques de la COVID-19 chez les adultes et les enfants, quelle que soit la gravité des symptômes à la phase aiguë. On peut facilement en déduire que la maladie à long terme aura une incidence majeure sur le bien-être social et la capacité d'apprentissage des enfants.

L'immunité acquise au moyen de vaccins et d'infections antérieures ne confère pas une protection complète et permanente contre la réinfection. La période d'immunité contre une infection par le SARS-CoV-2 demeure relativement courte, ce qui fait que les enfants sont sujets aux réinfections et perdront ainsi des jours d'apprentissage.

Même si nous avons réalisé beaucoup de progrès dans notre lutte contre la COVID-19, nous devons néanmoins tirer des leçons de nos connaissances actuelles. On ne peut faire fi du risque d'infection par le SARS-CoV-2 chez les enfants. Que devrions-nous faire dans ce contexte pour protéger la santé ainsi que l'éducation des enfants de la façon la moins restrictive possible?

Avons-nous eu raison de recourir aux méthodes de réduction de la transmission dans les écoles, à la lumière de ce que nous savons aujourd'hui? Ma réponse est un oui retentissant. Le principe de prévention et les mesures mises en place nous ont permis de limiter les infections qui auraient pu avoir des séquelles à long terme. Si nous nous fions à une immunité hybride obtenue grâce à la vaccination et aux infections à répétition, nous courons le risque de séquelles à long terme, et nous ignorons encore l'ampleur de ce risque post-vaccination. Ce risque est inacceptable.

Nous devons impérativement étudier la transmission par voie aérienne du SARS-CoV-2 sous l'optique de la prévention et de la gestion des infections. On ne peut plus se permettre de ne pas en tenir compte si l'on veut gérer la COVID-19 dans le long terme. Parmi les mesures clés à prendre, nous devons avoir comme priorité l'amélioration de la qualité de l'air à l'intérieur de nos écoles et de nos lieux publics et privés achalandés au moyen de mesures durables qui ne misent pas sur le comportement individuel des gens. Certains pays se sont déjà engagés à mettre en œuvre de telles mesures, et nous devons leur emboîter le pas afin de réaliser une réduction passive de la transmission par voie aérienne et ainsi réduire la nécessité de recourir à des mesures de protection personnelle restrictives. Une bonne qualité de l'air intérieur a le mérite de protéger non seulement contre les infections par la COVID-19, quels que soient les variants qui circulent, mais également contre une vaste gamme d'infections respiratoires.

L'amélioration de la qualité de l'air intérieur est un nouvel enjeu pour la santé publique pour lequel il faudra l'appui de nos dirigeants municipaux et politiques. À l'instar de l'accès à l'eau potable, qui a permis d'enrayer la transmission de certaines infections dans le passé, l'amélioration de la qualité de l'air réduira l'incidence des infections virales transmises par voie aérienne.

Merci.

Le président: Merci, madame Grandvaux.

Au tour maintenant de M. Alain Lamarre, de l'Institut national de la recherche scientifique.

[Français]

Je vous souhaite la bienvenue au Comité. Vous avez la parole.

• (1110)

M. Alain Lamarre (professeur titulaire, Institut national de la recherche scientifique, à titre personnel): Merci, monsieur le président.

Je tiens à remercier le Comité de son invitation à participer à cette réunion. Je suis professeur-chercheur au Centre Armand-Frappier Santé Biotechnologie de l'INRS, l'Institut national de la recherche scientifique, l'INRS, Laval. Je suis également titulaire de la chaire de recherche Jeanne et J.-Louis Lévesque en immunovirologie. Je mène des recherches sur les réponses immunitaires antivirales depuis plus de 30 ans et sur le développement de vaccins et d'immunothérapies contre les infections et les cancers. J'aimerais donc vous entretenir aujourd'hui de l'importance de financer adéquatement la recherche en santé, particulièrement celle dédiée au développement de nouveaux vaccins, et de maintenir la couverture vaccinale chez les enfants.

Plusieurs intervenants qui ont témoigné au cours de séances précédentes de ce comité ont mis en relief l'impact négatif qu'a eu la pandémie de la COVID-19 et qu'elle continue d'avoir sur plusieurs déterminants de la santé et sur l'éducation des enfants au Canada, notamment chez les peuples autochtones, les populations racisées et celles vivant en situation de pauvreté. Parmi ces effets négatifs de la pandémie, on peut voir se dessiner une baisse de la couverture vaccinale des enfants à l'horizon. Une telle baisse pourrait avoir de graves conséquences sur la santé des populations et exposer certains enfants à des maladies infectieuses graves qui sont évitables par la vaccination.

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer une baisse de couverture vaccinale, mais il y en a une qui mérite d'être étudiée davantage, selon moi. Il s'agit de l'augmentation de la désinformation en lien avec la campagne de vaccination contre la COVID-19, qui a engendré une certaine crainte des parents quand vient le temps de faire vacciner leurs enfants. Il est donc primordial de mieux comprendre les principales sources d'hésitation vaccinale dans la population et de mieux équiper les parents au moyen d'information fiable sur la vaccination afin qu'ils puissent prendre des décisions éclairées concernant la vaccination de leurs enfants.

J'aimerais maintenant prendre quelques minutes pour discuter de l'importance d'augmenter significativement le financement de la recherche au Canada et, conséquemment, la recherche sur les maladies pédiatriques. Il existe encore de nombreuses lacunes liées à notre capacité à prévenir et à traiter diverses maladies infectieuses infantiles. Pensons, par exemple, au virus respiratoire syncytial, qui a causé de graves problèmes respiratoires chez de jeunes enfants, l'automne dernier, et contre lequel il n'existe toujours pas de vaccin.

Je suis professeur depuis plus de 20 ans à l'INRS. J'ai donc été à même de constater une diminution importante des subventions à la recherche au Canada durant cette même période. Le financement de la recherche biomédicale au Canada provient majoritairement des Instituts de recherche en santé du Canada, ou IRSC.

Selon une récente analyse de l'Association canadienne des neurosciences, en utilisant les données des IRSC, le taux de réussite des demandes de financement aux concours ouverts des IRSC n'a cessé de diminuer depuis 2005, passant d'un taux de réussite de 31 % à un taux inférieur à 15 % en 2018. De plus, les demandes subventionnées font généralement l'objet de réductions de plus de 25 % des budgets, ce qui démontre encore plus le manque flagrant de financement.

En plus des fonds insuffisants consacrés au financement de laboratoires de recherche au Canada, les montants des bourses de recherche pour les étudiants diplômés offertes par les trois conseils fédéraux n'ont pas été majorés de façon sérieuse, pour la plupart, depuis plus de 20 ans. Cela fait en sorte que certains se retrouvent désormais sous le seuil de la pauvreté et dans des situations financières précaires. Cela en décourage plusieurs de poursuivre une carrière en recherche.

Selon les données de l'Organisation de coopération et de développement économiques, l'OCDE, le Canada est le seul pays du G7 où les dépenses intérieures brutes en recherche-développement sont en baisse depuis 2001. Il est maintenant l'avant-dernier pays du G7 en ce qui a trait à cette mesure, devant l'Italie seulement. À titre d'exemple, les États-Unis investissent trois fois plus en recherche par personne que le Canada. Cela démontre bien l'effort considérable qui devra être consenti par le Canada pour se hisser parmi les chefs de file mondiaux dans ce domaine.

Dans le but de contribuer à la réflexion sur ces questions stratégiques, j'aimerais proposer trois mesures que le gouvernement du Canada pourrait considérer pour maximiser les retombées de ses investissements en matière de recherche biomédicale.

Premièrement, il faut augmenter les investissements fédéraux dans la recherche au Canada de 25 % dès maintenant, puis de 10 % par année au cours des 10 prochaines années, afin de rattraper le retard qu'accuse le Canada dans ce domaine par rapport aux autres pays du G7.

Deuxièmement, il faut poursuivre et augmenter les investissements fédéraux dans les infrastructures de recherche de pointe et dans leurs coûts d'opération et d'entretien à long terme, par l'entremise de la Fondation canadienne pour l'innovation.

• (1115)

Troisièmement, il faut revoir les montants accordés pour les bourses de recherche des étudiants et les indexer sur l'inflation pour ne pas voir reculer le pouvoir d'achat des jeunes ainsi que leur attrait pour la profession de chercheur.

En conclusion, la pandémie de COVID-19 a mis en lumière l'importance de se doter d'un écosystème riche et diversifié en matière de recherche afin de mieux se prémunir contre de futures crises sanitaires.

S'il veut redevenir un chef de file mondial en matière de recherche-développement, le Canada devra fournir un effort supplémentaire considérable et investir massivement dans les subventions à la recherche, notamment celle sur la santé des enfants, au cours de la prochaine décennie.

Je vous remercie de votre attention et suis à votre disposition pour répondre à vos questions.

Le président: Merci, professeur Lamarre.

[Traduction]

Nous entendrons maintenant un membre de Pediatric Surgical Chiefs of Canada, le Dr Erik Skarsgard.

Docteur Skarsgard, bienvenue. Je vous cède la parole.

Dr Erik Skarsgard (membre, Pediatric Surgical Chiefs of Canada): Bonjour, monsieur le président.

J'aimerais tout d'abord remercier le Comité pour le privilège qu'il m'a accordé de participer à la discussion d'aujourd'hui. Je m'appelle Erik Skarsgard. Je suis chirurgien pédiatre à Vancouver, chirurgien en chef au British Columbia Children's Hospital et membre de l'Association canadienne des chirurgiens pédiatriques. Je n'ai aucun conflit d'intérêts à déclarer.

Je pratique la chirurgie pédiatrique au Canada depuis 22 ans. Pendant la majeure partie de ces années, j'ai pu offrir des soins chirurgicaux de grande qualité en temps opportun aux enfants et à leur famille, mais la situation a changé. Mes collègues chirurgiens et moi-même ne pouvons plus regarder dans les yeux des parents des enfants qui ont besoin d'une intervention chirurgicale et leur dire avec confiance que les choses vont bien se passer. La chirurgie est une source d'anxiété pour les familles et de détresse morale pour nos équipes chirurgicales, qui se sentent incapables de garantir des résultats optimaux aux enfants qu'elles soignent.

Ces difficultés proviennent principalement de l'accès réduit des enfants aux interventions chirurgicales programmées en raison d'une importante diminution des capacités. Ce problème n'est pas nouveau. Il a été révélé pour la première fois dans le projet de recherche sur les temps d'attente en chirurgie pédiatrique au Canada financé par le gouvernement fédéral en 2007, qui a permis d'établir des objectifs de temps d'attente en fonction des diagnostics, approuvés à l'échelle nationale, dans l'ensemble du spectre des interventions chirurgicales pratiquées sur les enfants.

La prestation de soins chirurgicaux dans un délai d'attente fixé est essentielle à l'optimisation des résultats développementaux et fonctionnels, dans la mesure où d'importants retards menacent la vision, l'ouïe, le développement de la parole, la mobilité et le potentiel d'apprentissage de l'enfant, sans compter les risques évitables de douleur et d'invalidité à long terme.

En 2018, les données nationales confirmaient que seulement 65 % des interventions chirurgicales programmées dans les hôpitaux canadiens pour enfants avaient été effectuées dans les délais impartis. Avec l'arrivée de la pandémie de COVID-19 et la dernière triple épidémie de virus respiratoires, les choses n'ont fait qu'empirer. Les listes d'attente des chirurgies ont essentiellement doublé, et le pourcentage d'enfants qui attendent au-delà de l'objectif de temps d'attente fixé pour leur affection peut être aussi élevé que 70 % dans certaines provinces.

Quels facteurs ont entraîné une telle situation?

Comme vous le savez, nous vivons actuellement une crise des ressources humaines en santé, avec une réduction du bassin d'infirmières et infirmiers ayant suivi une formation spécialisée pour soigner les enfants hospitalisés dont les besoins médicaux sont de plus en plus complexes. Il s'agit notamment du personnel infirmier qui travaille dans les zones chirurgicales comme les salles d'opération et les salles de réveil, mais également des infirmières et infirmiers qui travaillent dans les services d'urgence, les services d'hospitalisation, les services de santé mentale et les services de soins intensifs. On ne saurait trop insister sur le fait que cette crise touche les soins de tous les enfants et pas seulement des enfants qui doivent être opérés. La pénurie de main-d'œuvre n'est pas le propre de la profession infirmière et concerne également les soins paramédicaux, l'anesthésie, la pédiatrie et la chirurgie spécialisées, y compris certaines spécialités qui ont de la difficulté à recruter, comme l'ophtalmologie et la chirurgie cardiaque.

De nombreux hôpitaux pour enfants manquent d'espace, notamment de salles d'opération, de salles d'interventions mineures et de salles de consultation externe. Lorsque les chirurgiens ne sont pas dans les salles d'opération, ils reçoivent habituellement des patients dans les cliniques ambulatoires. Dans certaines spécialités, les listes d'attente sont très longues pour les nouveaux patients, et malgré des innovations dans la gestion des patients, y compris la centralisation et l'augmentation de l'utilisation de la télésanté, des enfants traînent sur des listes d'attente avec des diagnostics qui demandent des soins rapides et représentent une demande en chirurgie non mesurée.

Moins de la moitié des opérations sur les enfants de 18 ans et moins sont pratiquées par des chirurgiens pédiatres qualifiés dans des hôpitaux pour enfants. On observe dans toutes les provinces une piètre intégration entre les services spécialisés offerts exclusivement dans les hôpitaux pour enfants et les services communautaires aptes à fournir des soins chirurgicaux à certains enfants. Dans nos provinces géographiquement étendues, cette déconnexion signifie que les familles doivent souvent se rendre dans un hôpital pour enfants pour obtenir des soins chirurgicaux qui pourraient être fournis en toute sécurité et de manière efficace beaucoup plus près de chez elles. Le manque de financement coordonné des modèles en étoile de soins chirurgicaux pour enfants entraîne une désorganisation de l'utilisation de la capacité chirurgicale existante et désavantage seulement les familles qui vivent à l'extérieur des zones urbaines où se trouvent les hôpitaux pour enfants. Cela signifie également qu'il n'y a pas de ligne de visée concernant les enfants en attente d'une intervention dans les hôpitaux pour adultes où ils représentent une toute petite part du gâteau et risquent d'être négligés au regard des priorités chirurgicales pour adultes comme les remplacements d'articulation et les opérations de la cataracte.

Que pouvons-nous faire?

Premièrement, les services chirurgicaux destinés aux enfants ont besoin d'un financement fédéral et provincial ciblé et durable.

Deuxièmement, nos enfants ont besoin que des RHS spécialisées en pédiatrie soient recrutées pour combler les lacunes dans tous les domaines de services.

• (1120)

Troisièmement, nos provinces ont besoin d'une planification coordonnée et intégrée des services de santé afin que les services de santé pour les enfants soient adaptés aux besoins de la population et que les enfants bénéficient de la bonne opération au bon moment par le bon chirurgien le plus près possible de chez eux.

Quatrièmement, nos enfants ont besoin que les gouvernements encouragent et financent les innovations qui favorisent tout particulièrement leur santé. Les innovations devraient couvrir le spectre de la recherche axée sur la découverte, de la science et de l'application des connaissances, de l'intelligence artificielle, de l'évaluation des technologies de la santé et de l'approbation réglementaire, afin que nous puissions améliorer continuellement les soins offerts aux enfants et leurs résultats de santé, tout en introduisant des mesures fondées sur l'efficacité qui ajouteront de la valeur aux soins de santé.

Plus que jamais, nos enfants ont besoin que leurs besoins uniques en matière de soins au sein de notre système de santé publique soient soutenus, y compris le besoin prioritaire des interventions chirurgicales. Les enfants ne sont pas de petits adultes et ne sont pas moins dignes d'attention.

Je vous remercie de votre attention.

Le président: Merci, docteur Skarsgard.

Notre dernier témoin est Patsy McKinney, directrice générale du Under One Sky Friendship Centre.

Je vous souhaite la bienvenue, madame McKinney. À vous la parole.

Mme Patsy McKinney (directrice générale, Under One Sky Friendship Centre): Bonjour, mesdames et messieurs.

Je m'appelle Patsy McKinney. Je suis la directrice générale du Under One Sky Friendship Centre de Fredericton.

Je tiens à reconnaître que je vous parle aujourd'hui depuis les terres traditionnelles non cédées des Wolastoqiyik à Fredericton.

J'aimerais vous remercier de m'avoir invitée à comparaître aujourd'hui devant le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes.

La population autochtone du Canada est jeune, essentiellement urbaine et affiche une croissance rapide. À l'échelle nationale, de 65 à 80 % des deux millions de personnes autochtones du Canada vivent en milieu urbain. La population autochtone urbaine continue de croître à un taux qui est quatre fois supérieur à celui de la population urbaine non autochtone.

Malgré le fait qu'ils constituent l'une des tranches démographiques les plus grandes de la population canadienne et dont la croissance est la plus rapide, les enfants autochtones vivant en milieu urbain sont confrontés à de nombreux problèmes de santé complexes et à des inégalités relativement aux déterminants sociaux. Les droits inhérents de nos enfants continuent d'être bafoués. Nos enfants ne bénéficient pas d'un accès équitable à des services de qualité axés sur leur culture en raison d'un financement irrégulier et insuffisant, d'un méli-mélo décousu de programmes et de services, d'un flou en matière de compétence et d'une incapacité pour les Autochtones de participer à la planification, la conception et l'offre de programmes.

J'aimerais vous parler rapidement du mouvement des centres d'amitié et de son travail.

La vaste majorité de la population autochtone du Canada vit en milieu urbain et les centres d'amitié comblent une lacune dans l'offre de services, puisqu'ils répondent directement aux besoins de la population autochtone urbaine en vertu d'un modèle qui inclut tous les statuts. Depuis plus de 50 ans, les centres d'amitié ont aidé les Premières Nations, les Inuits et les Métis qui vivent en milieu urbain. Nous appelons notre réseau de plus de 100 centres d'amitié locaux le mouvement des centres d'amitié. Nous offrons plus de 1 300 programmes à plus d'un million de personnes par année. Le mouvement des centres d'amitié constitue le réseau de prestations de services aux Autochtones vivant en milieu urbain le plus grand et le plus complet.

Historiquement, le gouvernement du Canada n'a pas défendu les droits des enfants et ne s'est pas soucié de leur bien-être. Bien souvent, les décisions budgétaires et de politique publique n'accordent pas la priorité aux plus jeunes citoyens du Canada, et on le voit à tous les ordres de gouvernement.

Les enfants autochtones continuent d'être représentés de façon disproportionnée dans le système canadien de protection de la jeunesse. Cette crise de longue date, qui s'accroît, est le résultat de l'incidence profonde de la colonisation et du régime des pensionnats indiens. Comparés aux enfants non autochtones du Canada, nos enfants ont de plus fortes chances de grandir dans des familles touchées par des traumatismes intergénérationnels et les effets nombreux et interreliés de la pauvreté. Ils ont davantage de chances de se faire arracher de leur foyer, de leur culture et de leur communauté par le système contemporain de protection de la jeunesse.

Les enfants, les jeunes et les familles autochtones vivant en milieu urbain sont confrontés à des obstacles supplémentaires pour ce qui est d'accéder à des programmes et services respectueux de leur culture qui tiennent compte de leurs besoins et de leurs intérêts, à la fois en tant qu'enfants et en tant qu'Autochtones. Le besoin de soutien communautaire respectueux de notre culture, accessible aux personnes autochtones en milieu urbain et dirigé par cette même population est grand et ne fait que croître.

Il existe un besoin urgent immédiat de s'assurer que tous les enfants autochtones, peu importe leur domicile, peuvent bénéficier de leurs droits à la fois en tant qu'enfants et en tant qu'Autochtones. Tous les enfants autochtones devraient avoir droit à des programmes et services axés sur leur culture offerts et gérés par des entités autochtones, qu'ils vivent dans leur communauté ou en région urbaine. Les solutions à la crise sanitaire qui frappe les enfants autochtones se trouvent dans nos communautés et nos organisations.

Les centres d'amitié ont une longue et fière tradition pour ce qui est de soutenir efficacement la santé et le bien-être des enfants autochtones en offrant des services complets. Les centres d'amitié du Canada continueront d'appuyer le bien-être et la sécurité holistiques des enfants, des jeunes et des familles autochtones en milieu urbain.

Les facteurs qui menacent la santé et le bien-être des enfants et qui violent leurs droits dans ce pays sont tels que tous les ordres de gouvernement devraient agir et y consacrer l'attention et les fonds nécessaires immédiatement. Comme la vaste majorité des personnes autochtones vivant en région urbaine constitue une population jeune avec un taux de croissance élevée, il faudra mettre en œuvre des politiques, des programmes et des lois adaptés au contexte urbain. Les communautés autochtones et les organisations autochtones en milieu urbain doivent avoir leur mot à dire sur

toutes les solutions afin d'améliorer véritablement les vies et l'avenir des enfants du Canada.

● (1125)

Le mouvement des centres d'amitié est unique en raison de sa capacité de soutenir et de tirer vers le haut les communautés autochtones urbaines, de mobiliser les efforts et de collaborer au sein d'un réseau national. Tous les ordres de gouvernement devraient se tenir prêts à collaborer avec les centres d'amitié, les dirigeants communautaires et les peuples autochtones en milieu urbain afin de trouver des solutions réelles axées sur la collaboration qui tiennent compte des perspectives de tous les particuliers et des communautés.

Je vous remercie de votre temps et de votre attention. Je suis disposée à répondre à vos questions.

Le président: Merci, madame McKinney.

Nous allons maintenant avoir une série de questions, en commençant par les conservateurs.

Madame Goodridge, vous avez six minutes.

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

Merci à tous nos témoins de leur participation à notre réunion d'aujourd'hui.

Je vais commencer par vous remercier, docteur Skarsgard, d'avoir fourni vos notes à l'avance. Nous trouvons toujours cela très utile.

J'ai une question qui me vient de vos notes et qui concerne l'importance d'avoir, pour les ressources humaines, un programme et un plan axés sur la pédiatrie. J'aimerais que vous nous expliquiez à quoi cela ressemblerait si vous conceviez quelque chose dans ce sens. Que voudriez-vous y voir?

Dr Erik Skarsgard: Je vous remercie beaucoup de votre question et de l'occasion qui m'est donnée de parler du plus grand défi, celui des ressources humaines dans le domaine de la santé. Il s'agit d'un problème très important dans le domaine des soins de santé. Ce n'est un secret pour personne.

Notre défi tient au fait que les besoins de nos patients, qu'ils soient hospitalisés ou non, sont uniques et liés au développement de l'enfant. Nous recherchons des ressources humaines en santé qui seraient en grande partie représentées par des infirmières spécialisées qui ont fait un effort supplémentaire pour obtenir une formation spécialisée pour les enfants. Cela implique des programmes de formation supérieure, lesquels sont généralement offerts en milieu hospitalier. Ils exigent souvent qu'on y consacre beaucoup de temps et d'énergie, et ils font rarement l'objet d'un soutien financier. Il nous faut vraiment disposer d'un important bassin d'infirmières dont un grand nombre pourraient s'orienter vers des soins aux enfants ou être encouragées à le faire.

Des infirmières vont souvent parcourir de grandes distances pour aller travailler dans un hôpital pédiatrique. Elles pourraient opter pour des hôpitaux communautaires beaucoup plus proches de chez elles. Les syndicats leur obtiendraient des salaires équivalents pour travailler dans un hôpital de proximité. C'est uniquement leur dévouement pour les enfants qui les pousse à parcourir de plus grandes distances, à faire la navette à grands frais et à vivre réellement leur passion, qui est de s'occuper des enfants. Nous tous qui travaillons dans le domaine de la santé des enfants avons la même passion.

La réponse à votre question est, en fait, que nous devons améliorer le bassin et, ensuite, inciter une partie de ce bassin à s'orienter vers une carrière en pédiatrie et à demeurer dans ce domaine.

• (1130)

Mme Laila Goodridge: C'est fantastique. C'est une excellente entrée en matière pour ma prochaine question.

Vous avez parlé d'un système désorganisé et désavantageux pour les familles qui vivent en dehors des centres urbains. En tant que députée représentant une grande région nordique isolée, dans le Nord-Est de l'Alberta, je peux vous dire qu'il n'y a pas d'hôpital pour enfants dans toute ma circonscription. Cela signifie que les familles de ma circonscription qui ont besoin de ce type de services doivent souvent se rendre dans de plus grands centres comme Edmonton ou Calgary, qui se trouvent à cinq ou neuf heures de route.

Ces derniers temps, on assiste à une tendance à fournir davantage de services dans les hôpitaux de proximité. Pensez-vous que cela pourrait aider sur le plan des ressources humaines en santé, en permettant à certaines infirmières spécialisées de rester dans leur communauté, mais aussi en offrant des solutions aux familles qui vivent à l'extérieur des centres urbains?

Dr Erik Skarsgard: Je vous remercie de cette question.

Ce que vous avez décrit illustre vraiment ce que je pense être le prochain défi de la planification des services à l'enfance dans les provinces. Il s'agit de veiller à utiliser les capacités existantes de la manière la plus efficace et la plus efficiente possible, afin de limiter les déplacements des enfants vers un hôpital pédiatrique urbain qui offre des soins tertiaires ou quaternaires. Il va sans dire que les enfants qui souffrent d'une maladie nécessitant une spécialisation unique dans les hôpitaux pour enfants devront s'y rendre, et nous devons alors disposer de systèmes pour les y emmener. Toutefois, une grande partie des soins qui sont offerts dans les hôpitaux pour enfants sont des soins qui pourraient être offerts en toute sécurité et de manière efficace au sein de la communauté.

Qu'est-ce qu'il faut pour cela?

Tout d'abord, il nous faut des partenariats plus solides avec les autorités sanitaires régionales. Deuxièmement, il faut une planification conjointe des services de santé pédiatriques de sorte qu'il soit possible d'envisager un certain nombre de lits pédiatriques et un certain ensemble de compétences parmi les infirmières, les pédiatres et les professions paramédicales au sein de ces centres communautaires, pour que les enfants puissent recevoir les types de soins, notamment chirurgicaux, dont ils pourraient avoir besoin dans ces centres.

Mme Laila Goodridge: Je vous remercie. Je dispose de très peu de temps et j'aimerais changer un peu de sujet.

Madame McKinney, ma circonscription compte de nombreux centres d'amitié. Ils accomplissent un travail remarquable en établissant des liens avec la communauté. Je me demandais si vous pouviez parler de l'importance d'un mode de vie sain, pour que les enfants soient en bonne santé. J'ai vu une partie du travail innovant de votre centre d'amitié, et je me demande si vous pouvez nous en dire un peu plus à ce sujet. Je pense qu'il y a beaucoup de choses à dire.

Mme Patsy McKinney: Bien sûr, absolument.

Nous savons que la santé des enfants ne repose pas uniquement sur le système médical. Je participe à cette réunion avec un groupe

de professionnels de la santé, ce qui est formidable. Ce que nous essayons également de faire en tant que centre d'amitié, c'est d'intervenir en amont et d'offrir des programmes et des services aux enfants avant que les problèmes de santé surgissent. À cette fin, nous proposons des programmes de soutien aux familles, notamment en matière de sécurité alimentaire. Dans ce contexte, je sais que de nombreux centres d'amitié à travers le pays ont offert des cliniques d'immunisation contre la COVID, pendant la pandémie.

Nous sommes mieux préparés que la plupart des organismes traditionnels à le faire parce que nous comprenons notre communauté. Nous comprenons les personnes que nous servons. La réalité est que la plupart des centres d'amitié ont du mal à répondre aux besoins d'une population croissante. Rien qu'ici, à Fredericton, je pense que la population autochtone hors réserve a quadruplé.

Mme Laila Goodridge: Merci beaucoup. Je crois que nous trouvons tous bon d'entendre cela. Je dois cependant laisser la parole à quelqu'un d'autre, car je sais que j'ai dépassé le temps imparti.

Le président: Merci, madame Goodridge.

Merci, madame McKinney. Ne vous inquiétez pas. Je suis sûr que vous aurez l'occasion de nous en dire plus à ce sujet.

La prochaine intervenante est Mme Sidhu, qui dispose de six minutes.

• (1135)

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

J'aimerais remercier les témoins d'être avec nous aujourd'hui pour nous présenter leurs importantes perspectives.

Ma première question s'adresse à vous, docteur Skarsgard. Pouvez-vous nous parler des conséquences de la pandémie de COVID-19 sur les services de chirurgie pédiatrique? Comment pensez-vous que le nouvel engagement financier du gouvernement fédéral contribuera à résorber les retards? Vous avez parlé du financement ciblé. Pouvez-vous nous en dire plus à ce sujet?

Dr Erik Skarsgard: Certainement. Je vous remercie de votre question.

L'une des autres témoins a décrit avec beaucoup d'éloquence les conséquences de la COVID-19 sur les enfants. Du point de vue des hôpitaux pour enfants, nous ne savons pas vraiment à quoi nous devons nous attendre et quelles seraient les conséquences pour les enfants. Nous avons appris certaines choses sur la transmission aux enfants, mais pour ce qui est des effets par rapport aux services de santé pour adultes, nous n'avons pas vu les enfants mourir dans les hôpitaux pour enfants comme c'était le cas pour les adultes dans les hôpitaux pour adultes. En fait, ce qui s'est passé, c'est que nous avons envoyé un grand nombre de nos infirmières en soins intensifs travailler dans le système de santé pour adultes ou, dans certains cas, s'occuper d'adultes dans les unités de soins intensifs pour enfants. Les effets ont été très différents de ceux observés dans les services de santé pour adultes, avec la COVID.

Je pense que vous aviez ensuite une question sur le financement prioritaire pour les enfants. Nous sommes tous très reconnaissants pour les paiements de transfert, mais les enfants risquent toujours d'être oubliés parce que les services aux enfants représentent une si faible proportion. Dans ma province, moins de 3 % des interventions chirurgicales concernent des enfants de moins de 18 ans. Il a été question d'affecter une partie de ces paiements de transfert aux provinces de sorte qu'ils servent exclusivement à financer les services destinés aux enfants, et je salue cette idée. Je préconise de pousser plus loin l'idée de réserver des ressources pour les enfants et de ne pas s'en remettre à d'autres pour donner la priorité aux enfants en matière de financement.

Mme Sonia Sidhu: Merci, docteur Skarsgard.

Ma prochaine question s'adresse à Mme Grandvaux.

Je me demande comment l'obésité peut avoir une incidence sur le système immunitaire. Pouvez-vous nous en dire plus sur l'importance d'une alimentation saine et d'une vie active? J'ai eu l'occasion de visiter de nombreux sites de recherche, notamment sur le diabète, et je sais que nous avons également parlé des maladies rares. Comment faire pour que les enfants soient inclus dans le processus de recherche et que leurs voix soient entendues lorsqu'il s'agit de prendre des décisions concernant leur santé?

Toujours à ce sujet, comment pouvons-nous mieux soutenir les parents et les soignants dans la promotion de la santé des enfants et la prévention de la propagation des virus?

Mme Nathalie Grandvaux: Merci de votre question.

Vous l'avez bien dit. Très tôt, au début de la pandémie, on a reconnu que l'obésité et le diabète étaient des facteurs de vulnérabilité à la COVID-19. Il s'agit incontestablement de comorbidités qui ont une incidence sur le système immunitaire. Les recherches n'en font pas état, mais il est évident que cela a été plus souvent observé chez les adultes. Souvent, il s'agit d'un facteur négligeable de maladie chez les enfants.

Comme l'a expliqué mon collègue, M. Lamarre, il faut améliorer la recherche sur les maladies pédiatriques, en particulier les infections et les effets de ces comorbidités. Il faut incontestablement poursuivre la recherche. Je pense qu'il faut en faire une priorité dans le financement des prochaines années au Canada et dans le monde entier. Nous devons mieux comprendre la mesure dans laquelle la vie et les comorbidités influent sur la capacité des enfants de lutter contre les infections.

Cela peut se faire par la recherche, bien sûr, mais j'ai également apprécié l'intervention de Mme McKinney, qui a déclaré que nous devions également travailler en amont. Je pense que nous avons besoin de plus d'éducation sur tous les modes de vie et sur les effets de l'alimentation des enfants sur leur capacité de combattre les infections et d'autres maladies.

C'est vraiment prioritaire. Il faut intégrer la recherche. Je pense que cela doit faire partie de la mission du programme de recherche de l'institut qui finance la santé, mais aussi les sciences sociales. Il faut que tous ces éléments soient réunis en un financement intégré dans le but de résoudre cette question et d'éduquer davantage les gens. Il faudrait aussi que l'éducation à l'école aide les enfants, très tôt dans leur vie, à comprendre les effets que cela peut avoir sur leur vie.

• (1140)

Mme Sonia Sidhu: Comme suite à cela, est-ce qu'il y a un domaine particulier de recherche ou de traitement qui, selon vous, est négligé dans le domaine de la santé des enfants?

Mme Nathalie Grandvaux: Je pense qu'il y a de nombreux aspects. Je pense que la santé des enfants a été négligée dans l'ensemble, comme l'ont décrit mes collègues.

L'effet est limité. Je citerai seulement l'exemple du virus respiratoire syncytial, dont nous avons beaucoup entendu parler. Je me penche sur cela depuis maintenant 20 ans. Ce problème était essentiellement ignoré, car nous disions que le nombre d'enfants concernés était limité. Par ailleurs, les populations autochtones sont très touchées par ce problème, par rapport à la population générale.

À mon avis, ce qui est largement ignoré, c'est ce que vous venez de décrire, à savoir les conséquences des comorbidités sur la santé des enfants en général, comme leur alimentation tout au long de leur vie, ensemble... Tout cela a des répercussions sur la capacité de combattre une maladie, alors que ce ne sera pas le cas d'un enfant qui, grâce à une alimentation saine, aura un bon système immunitaire pour lutter contre tout cela.

C'est plutôt la corrélation entre... Nous disposons de nombreuses données de recherche sur des maladies particulières, mais nous continuons de négliger le fait que tous les enfants ne sont pas égaux face à la maladie. Nous devons obtenir une diversité de données sur la capacité des enfants de lutter contre différentes maladies, en fonction de leurs antécédents et de leur mode de vie. C'est un aspect sur lequel nous devons mettre davantage l'accent dans la recherche.

Le président: Merci, mesdames Grandvaux et Sidhu.

[Français]

Monsieur Thériault, vous avez la parole pour six minutes.

M. Luc Thériault (Montcalm, BQ): Merci, monsieur le président.

Quel beau groupe de témoins nous avons aujourd'hui pour finir cette étude! Nous recevons des gens qui font de la recherche fondamentale et des gens qui travaillent sur le terrain. L'ensemble de l'écosystème des sciences de la vie est représenté.

Je vais essayer de poser des questions intelligentes.

Je vais m'adresser d'abord à M. Lamarre, parce que je trouve que ce qui a été dit est important. À mon avis, la pandémie nous a démontré que le savoir-faire biotechnologique et le tour de main technologique qui ont permis que nous arrivions à quelque chose ont été précédés d'une recherche fondamentale. On a tellement oublié cela au Canada que, pendant des décennies, on a perdu des chercheurs. On les a perdus parce que les bourses de recherche sont pitoyables. Vous l'avez mentionné tout à l'heure. On ne peut pas retenir nos cerveaux quand on les met dans la précarité, alors que ce sont les individus les plus importants dans une période de pointe aussi névralgique qu'une pandémie, par exemple.

J'aimerais entendre votre opinion là-dessus, monsieur Lamarre. Présentement, l'écosystème des sciences de la vie se porte-t-il bien?

Depuis trois ans, avez-vous constaté une prise de conscience et des gestes concrets de la part des autorités?

Vous nous présentez des recommandations que j'ai déjà vues et qui, je pense, sont restées sans réponse, monsieur Lamarre.

M. Alain Lamarre: Je vous remercie de votre question. Elle est tout à fait à propos.

En effet, il y a un problème chronique en matière d'investissement dans la recherche au Canada depuis une vingtaine d'années, je dirais, avec une stagnation des budgets consacrés à la recherche, alors que les coûts augmentent, ce qui veut dire qu'au bout du compte, on a moins d'argent pour faire de la recherche.

Je ne peux pas dire que rien n'a été fait au cours des trois dernières années. Des investissements majeurs ont tout de même été faits par le gouvernement fédéral, mais cela s'est fait dans des domaines qui avaient été complètement abandonnés ces 20 dernières années. La production de produits biologiques, le développement de vaccins, la fabrication, la biofabrication avaient été sous-exploités ou sous-financés pendant des décennies. On a donc commencé à faire du rattrapage à cet égard.

De plus, des initiatives ont ciblé la pandémie, ce qui était tout à fait approprié. Des sommes importantes ont été investies en recherche et en développement de vaccins et de produits biologiques contre le SRAS-CoV-2. Par contre, je pense qu'il faudrait insister à nouveau sur le fait que les innovations de l'avenir viennent de la recherche fondamentale. On ne peut pas prédire les besoins de demain advenant une future pandémie. Il faut donc continuer à financer la recherche fondamentale dans un large ensemble de domaines pour qu'on puisse éventuellement être mieux outillé si jamais une pandémie causée par un autre agent pathogène, ou même une crise sanitaire autre qu'infectieuse, se développait. Au moins, on aurait les bases en matière de connaissances pour pouvoir agir plus rapidement.

Je crois donc qu'il est primordial d'investir dans la recherche fondamentale. Il faut donner un sérieux coup de barre au Canada, parce qu'on est vraiment en chute libre. Le Canada est maintenant presque bon dernier au G7 sur ce plan.

• (1145)

M. Luc Thériault: Il faut dire aussi qu'on a de précieux et de brillants cerveaux.

Avant de céder la parole à Mme Grandvaux, j'aimerais dire une chose.

Il n'y aurait pas eu de vaccins à ARN messenger sans toute la recherche qui a commencé — je l'ai appris d'une source proche — dans les années 1980, au Research Institute of Scripps Clinic de San Diego. Cela veut dire qu'on travaillait déjà à cela. Ces 40 ans de recherche nous ont permis de se sortir de la pandémie. Quand on coupe cette recherche, on se coupe les jambes et on s'empêche d'affronter les problèmes de la planète dans l'avenir.

Madame Grandvaux, voulez-vous ajouter quelque chose là-dessus?

Mme Nathalie Grandvaux: Oui, j'aurais deux choses à ajouter.

La première est qu'effectivement, on n'aurait pas pu combattre la COVID-19 de la même manière qu'on l'a fait si on n'avait pas eu toute la recherche fondamentale en amont sur les virus, les ARN messagers ou les vaccins. Cette recherche a fait qu'au moment où la pandémie est arrivée, on était prêt à y répondre plus rapidement. La recherche fondamentale est essentielle et il faut la protéger.

La deuxième, que je trouve mal comprise, concerne l'utilisation de l'argent en recherche fondamentale.

On a parlé de pénurie de main-d'œuvre. Or la majeure partie de l'argent que nous recevons sert à financer le personnel de nos laboratoires. À part nous, les professeurs, et quelques professionnels rémunérés, les gens dont nous dépendons dans nos laboratoires sont surtout des étudiants et des stagiaires postdoctoraux. C'est vraiment là que nous ne sommes pas compétitifs. Nous n'avons pas des salaires équivalents à ceux des autres pays et n'avons pas de professionnels dans nos laboratoires, et notre recherche en est ralentie.

Quand nous demandons plus de budget, nous entendons souvent que nous pouvons faire joujou avec nos affaires en tant que scientifiques, mais c'est pour de la main-d'œuvre. C'est notre capacité, nos cerveaux et nos mains que nous payons avec cet argent. C'est là que nous avons vraiment un déficit.

Je pense qu'il faut vraiment comprendre cela pour que notre recherche soit la plus performante possible au Canada.

Le président: Merci, madame Grandvaux.

[Traduction]

C'est au tour de M. Davies, qui dispose de six minutes.

M. Don Davies (Vancouver Kingsway, NPD): Merci, monsieur le président.

Je remercie tous les témoins de leurs excellents témoignages.

Monsieur Lamarre, je vais commencer par vous, si vous le voulez bien. Lors de votre comparution devant ce comité le 18 juin 2021, vous avez déclaré ce qui suit:

Selon les données de l'Organisation de coopération et de développement économiques, soit l'OCDE, le Canada est le seul pays du G7 où les dépenses intérieures brutes en recherche-développement sont en baisse depuis 2001. Il est maintenant l'avant-dernier pays du G7 pour cette mesure, devançant seulement l'Italie.

Monsieur Lamarre, êtes-vous capable de nous dire quelle partie des dépenses intérieures brutes du Canada en recherche et développement est consacrée à la recherche sur la santé des enfants et des jeunes?

M. Alain Lamarre: Je n'avancerais aucun chiffre, mais comme d'autres témoins l'ont dit, c'est une petite partie, c'est certain. Il y a un manque de financement en général, mais c'est probablement encore plus prononcé pour la recherche qui vise les enfants. Cela va de la recherche fondamentale aux essais cliniques, qui sont également difficiles à mener pour les enfants. Les essais cliniques sur les maladies infantiles ou les médicaments en cours de développement pour enfants sont probablement aussi sous-financés.

Je ne voudrais pas avancer de chiffre, mais c'est probablement encore plus grave que ce que nous constatons dans le cas de la recherche sur les adultes.

• (1150)

M. Don Davies: Avez-vous une idée de la façon dont le Canada se compare aux autres pays en ce qui concerne les sommes affectées à la recherche sur la santé des enfants et des jeunes?

M. Alain Lamarre: C'est probablement encore pire que le budget consacré à la recherche fondamentale, par comparaison avec les pays du G7. Oui, nous sommes à l'avant-dernier rang à cet égard, et nous ne faisons probablement pas mieux que le 20^e rang dans le monde pour la recherche sur les enfants. Je pense qu'il y a beaucoup de chemin à parcourir.

M. Don Davies: Merci.

Docteur Skarsgard, j'aimerais m'adresser à vous... Est-ce qu'il existe des données nationales sur le nombre d'enfants en attente d'une intervention chirurgicale?

Dr Erik Skarsgard: Oui, si nous agrégeons les données provinciales. Nous avions auparavant une organisation, par l'intermédiaire de ce qui est maintenant Santé des enfants Canada, qui tenait le compte des données nationales. Nous comptons maintenant sur l'agrégation des données provinciales. Les données que je vous ai fournies proviennent donc des hôpitaux pour enfants eux-mêmes.

M. Don Davies: Pensez-vous qu'il soit nécessaire de disposer de meilleures données nationales à ce sujet? Est-ce que ce serait utile?

Dr Erik Skarsgard: Je pense que ce serait utile, tout comme une plus grande coopération à l'échelle nationale. La santé de l'enfant reste une responsabilité provinciale. Avec une plus grande intégration entre les provinces — communiquer ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas, régler des problèmes d'effectifs dans le domaine de la santé, mettre en commun la technologie et les évaluations technologiques pour que nous puissions faire approuver plus efficacement les dispositifs pédiatriques à Ottawa —, je pense qu'il est très possible de collaborer à l'échelle nationale pour ce qui est de la diffusion des données et de la gestion des activités.

M. Don Davies: Merci.

Docteur Skarsgard, dans un article du *Vancouver Sun* datant de décembre 2022, vous avez mentionné que le B.C. Children's Hospital avait trouvé des moyens d'augmenter sa capacité chirurgicale en établissant la priorité en fonction du stade de développement qui donnera les meilleurs résultats, comme les enfants souffrant de scoliose ou de malformations cardiaques, les enfants atteints de cancer et ceux qui viennent de régions éloignées.

Pouvez-vous nous donner une idée de la capacité supplémentaire que cette stratégie a permise? Par ailleurs, quel est le nombre d'interventions chirurgicales en attente au B.C. Children's Hospital?

Dr Erik Skarsgard: Je dirais que nous n'avons pas vraiment beaucoup accru notre capacité. Nous avons plutôt déplacé la capacité que nous avons vers les aspects prioritaires que vous avez mentionnés.

Nous avons bien sûr des stratégies de renforcement des capacités, comme ouvrir régulièrement des salles d'opération supplémentaires, faire fonctionner les salles d'opération plus tard dans la journée et même essayer de les faire fonctionner les fins de semaine, par exemple pour des chirurgies non urgentes.

Je suis désolé. J'ai oublié la deuxième partie de votre question. Je m'en excuse.

M. Don Davies: Quel est le nombre d'interventions chirurgicales en attente au B.C. Children's Hospital?

Dr Erik Skarsgard: J'ai fourni des chiffres qui montrent que nous avons actuellement 3 800 patients sur la liste d'attente, soit deux fois plus qu'avant la pandémie. Il est important de comprendre qu'une liste d'attente n'est qu'un chiffre. Ce chiffre ne dit pas le pourcentage d'enfants qui attendent plus longtemps que la cible établie pour eux, ce qui est vraiment important quand le stade de développement est un facteur qui contribue au succès des chirurgies, comme la chirurgie pour la scoliose ou pour la fente labiale et palatine. Ces enfants sont sur la liste d'attente, et l'attente est plus longue que jamais.

M. Don Davies: J'ai des données de 2018 qui montrent que seulement 65 % des chirurgies électives dans les hôpitaux pédi-

atriques canadiens ont été réalisées dans les délais, ce qui laisse supposer que la capacité à l'échelle nationale était insuffisante même avant la pandémie. Et je pense que nous savons tous que la pandémie a exacerbé la situation.

À votre avis — et vous en avez parlé un peu, docteur Skarsgard —, quelles mesures le gouvernement fédéral devrait-il prendre pour accroître la capacité du Canada en matière de chirurgie pédiatrique?

● (1155)

Dr Erik Skarsgard: Je pense que nous avons besoin d'un financement ciblé pour les soins de santé des enfants dans le cadre des paiements de transfert aux provinces. Nous avons besoin d'une coopération en matière de planification au sein des provinces entre, comme je l'ai mentionné, les hôpitaux pour enfants de la communauté qui ciblent réellement le renforcement et le maintien de la capacité de soins pour les enfants. Il ne peut pas s'agir d'un simple projet d'amélioration de la qualité. Ce doit être un projet considéré comme étant une priorité qui est soutenu par des budgets annuels.

Le président: Merci, docteur Skarsgard.

Nous allons maintenant entendre M. Jeneroux, je vous prie, pour cinq minutes.

M. Matt Jeneroux (Edmonton Riverbend, PCC): Merci, monsieur le président.

Je remercie tout le monde de se joindre à nous aujourd'hui.

J'ai été un peu devancé par mon collègue et ami au bout de la table, M. Davies, sur la question que j'allais aborder avec vous, docteur Skarsgard, mais j'y reviendrai également un peu plus en détail.

Deux faits ressortent vraiment de votre témoignage d'aujourd'hui: 65 % des interventions chirurgicales planifiées ont été effectuées dans les délais impartis, et ce depuis 2007. Il s'agit d'une crise, comme vous l'avez signalé à plusieurs reprises, mais une crise qui devrait absolument être abordée par tous les ordres de gouvernement au pays, très franchement.

Cependant, M. Davies a cité des chiffres pour 2018. Je vois que vos chiffres pour 2023 indiquent un taux de 58 % en dehors des délais prévus. Cette tendance prend-elle une tangente négative? Vous pourriez peut-être nous en dire un peu plus à ce sujet.

Si vous le permettez, j'ajouterai ma deuxième question avant de vous laisser la parole. Pour revenir à ce que vous avez dit à M. Davies, s'agit-il d'une question de ressources? Le financement fédéral devrait-il servir à augmenter le nombre d'infirmières? Doit-il servir à financer davantage d'infrastructures, de salles d'opération et d'hôpitaux en général? Si vous pouviez expliquer exactement où ce financement aura la plus grande incidence, ce serait utile.

Dr Erik Skarsgard: Merci beaucoup de la question.

Ce taux de 65 % d'interventions qui ont été réalisées dans les délais impartis doit être interprété, car dans certains rapports, il s'agit de cas traités. Une opération est effectuée et supprimée de la liste d'attente, et nous aimerions également savoir combien de temps ces enfants ont dû attendre avant d'être opérés.

Il est également possible d'établir le nombre d'enfants qui n'ont pas encore été opérés, et c'est peut-être le groupe le plus à risque, car nous ne savons pas quand ils seront opérés. Il se peut que le taux de chirurgies non réalisées dans la période prévue sera de 60, 70 ou 80 % lorsqu'ils seront enfin opérés. Nous avons décidé de mettre l'accent sur les enfants en attente d'une intervention chirurgicale, car les listes d'attente se sont considérablement allongées au cours des trois dernières années.

Je dirais que ce chiffre reste très important et que nous devons le surveiller, mais il doit également être mesuré dans le contexte du corpus total de la liste d'attente dans les provinces et dans l'ensemble du pays.

L'autre question portait sur...? Je suis désolé. Pourriez-vous me rafraîchir la mémoire?

M. Matt Jeneroux: Oui, sans problème. C'est pour examiner ce qui serait le plus utile. Est-ce l'infrastructure, le personnel infirmier...?

Dr Erik Skarsgard: À mon hôpital et dans le cadre des discussions que nous avons avec les autres chirurgiens en chef à d'autres hôpitaux pour enfants, c'est le personnel infirmier. C'est le personnel infirmier qui garde nos unités de soins intensifs et nos salles de réveil ouvertes et qui s'occupe des patients hospitalisés, et plus particulièrement dans le secteur des soins essentiels.

Nous pouvons avoir un enfant qui attend une intervention chirurgicale, nous pouvons avoir une salle, un chirurgien et un anesthésiste, mais sans une infirmière pour prodiguer les soins à cet enfant après l'opération, nous ne pouvons pas commencer ce cas. Il est évident que l'attribution des ressources se fait au détriment des enfants qui ont besoin d'un lit après l'opération, ce qui signifie que nous utilisons ce temps d'une autre manière, mais c'est généralement pour traiter des enfants qui n'ont pas nécessairement besoin d'un lit après l'opération.

Certains des autres problèmes relatifs à l'espace et à l'équipement sont importants, mais je dois dire que dans mon hôpital, et dans la plupart des hôpitaux pour enfants au Canada, c'est la ressource humaine en personnel infirmier qui est le facteur limitatif.

M. Matt Jeneroux: C'est intéressant.

D'après ce que je comprends, en Colombie-Britannique, tout le monde doit être dans la salle. J'oublie comment on appelle cela, mais l'anesthésiste, l'infirmière et le chirurgien pédiatrique doivent tous être présents dans la salle avant le début de l'opération et obtenir le consentement du patient.

Je vais passer à ma deuxième question, mais si je me trompe à ce sujet, veuillez me corriger. C'est seulement parce qu'il ne me reste qu'environ 30 secondes.

L'autre fait qui est ressorti est que moins de la moitié des opérations effectuées sur des enfants sont réalisées par des personnes autres que des chirurgiens pédiatriques.

S'agit-il généralement de médecins de famille dans les régions rurales et éloignées? Si quelqu'un n'a pas l'avantage de vivre au centre-ville de Vancouver et se trouve dans une région éloignée de la Colombie-Britannique — s'il ne va pas à votre hôpital —, se fait-il opérer par un médecin de famille à la place?

• (1200)

Dr Erik Skarsgard: Non, certainement pas. Ce sont des chirurgiens spécialisés qui ne concentrent pas nécessairement leur pra-

tique sur les enfants, mais qui peuvent certainement fournir des soins aux enfants.

Il s'agit généralement d'enfants plus âgés, comme des adolescents, qui ne présentent pas de comorbidités nécessitant les soins de spécialistes de l'enfance. Il s'agit d'enfants qui doivent être opérés pour une hernie ou la vésicule biliaire ou qui doivent subir une opération orthopédique mineure. Toutes ces chirurgies peuvent être réalisées en toute sécurité et efficacement dans la communauté si les hôpitaux communautaires sont organisés pour fournir des soins et si les fournisseurs sont incités à assurer des soins aux enfants.

Ils ont de longues listes d'attente de patients adultes. Très franchement, le guide des honoraires d'un chirurgien rémunéré à l'acte ne l'incitera pas à pratiquer une intervention mineure sur un enfant s'il a la possibilité d'opérer un adulte.

Le président: Merci, docteur Skarsgard et monsieur Jeneroux.

Le prochain intervenant est M. Hanley, je vous prie, pour cinq minutes.

M. Brendan Hanley (Yukon, Lib.): Je vous remercie.

Je vous suis également reconnaissant des excellents témoignages que nous avons tous entendus aujourd'hui. Je vous en remercie.

Je vais essayer d'aborder quelques thèmes qui n'ont pas fait l'objet d'autant de discussions.

Madame Grandvaux, vous avez tout d'abord parlé de l'importance d'améliorer la qualité de l'air et de la façon dont nous pouvons nous rapprocher de ce que nous avons réalisé en matière de santé publique dans le domaine de la qualité de l'eau. Je pense que l'une des difficultés est d'atteindre les normes. Je me demande si vous pouvez y réfléchir un peu.

Nous savons que la qualité de l'air varie déjà énormément en fonction de la taille et de l'âge du bâtiment. Comment élaborer des normes qui nous permettent de savoir ce que nous visons, plutôt que de poser une question plus générale sur l'amélioration de la qualité de l'air?

Mme Nathalie Grandvaux: Merci de la question.

C'est vrai. De nombreux comités sont en place — par exemple, aux États-Unis, en Europe, en Belgique et en France — pour discuter de ce que la norme devrait être. Il existe déjà des normes établies par différentes organisations.

Les experts en ventilation pourraient certainement mieux l'expliquer que moi, mais d'après ce que j'ai lu et ce que je vois dans des pays du monde entier qui ont entrepris d'améliorer la qualité de l'air intérieur, ils s'appuient sur des mesures de CO₂ pour donner une idée de l'efficacité de la ventilation et de l'échange d'air à l'intérieur. Je pense, d'après ce qu'ils ont fait jusqu'à présent, qu'il s'agit d'une mesure bonne et facile à réaliser avec les appareils disponibles de nos jours. Ils peuvent mesurer la façon dont l'air est modifié dans un environnement.

Je pense que c'est un outil est très puissant parce qu'il indiquera, en termes de maladies infectieuses... C'est ce dont nous avons besoin. Nous avons besoin que l'air soit renouvelé pour réduire le nombre d'aérosols à l'intérieur. Différentes associations dans le monde se sont engagées à définir la norme. Elles existent déjà. Par exemple, la Belgique ou la France ont décidé d'opter pour une définition de 800 parties par million. Au Québec, nous en sommes encore à 1 500, ce qui est bien supérieur aux normes internationales qui ont été convenues.

Je pense que nous devons discuter avec les commissions internationales pour adopter la même norme.

M. Brendan Hanley: Je vous remercie.

C'est très utile. J'espère que nous pouvons travailler à l'élaboration d'un accord national.

Je vais passer à Mme McKinney et changer un peu de sujet.

Vous avez mentionné d'aller en amont. Je vais vous amener un peu plus en amont.

Si l'on considère l'urgence de la santé de nos enfants, en particulier celle des enfants autochtones, compte tenu des nombreux défis pré-pandémiques et post-pandémiques, un travail considérable a été réalisé sur le territoire du Yukon, en particulier parmi les Premières Nations autonomes, pour créer des programmes de renaissance des langues et renforcer le lien avec la culture, principalement par l'entremise du développement des langues.

Je me demande si vous pouvez commenter l'importance de soutenir le renforcement des connaissances linguistiques autochtones et, de ce fait, une meilleure relation avec la culture.

• (1205)

Mme Patsy McKinney: Absolument. Nous savons que cela fait partie du bien-être, surtout pour les peuples autochtones. La perte de notre langue a eu une incidence sur toute notre famille depuis des générations; nous en sommes donc conscients. Il existe toute une série de recherches sur les langues maternelles et leur importance pour le développement des enfants. De nombreux centres d'amitié dans l'ensemble du pays essaient de se concentrer sur le rétablissement et la résurrection de nos langues autochtones. Nous avons deux langues au Nouveau-Brunswick: le wolastoqiyik et le micmac. Nous y travaillons avec diligence, mais nous devons comprendre qu'il s'agit d'un défi, car bon nombre de nos locuteurs vieillissent. Nous sommes en train de les perdre, et c'est pourquoi il est urgent d'agir en ce sens.

Pour les peuples autochtones, tout est lié. Nous adoptons une approche holistique à l'égard de la santé et du bien-être. Il ne s'agit pas seulement de connaître votre poids ou votre tension artérielle. Il s'agit de savoir si l'on se sent bien au sein de sa communauté, de sa culture et de sa langue, et comment les familles sont soutenues. Il est très important, surtout pour les enfants, de comprendre que notre langue est aussi importante que les autres langues.

Le Nouveau-Brunswick est la seule province officiellement bilingue du pays. Nos frères et sœurs francophones ont fait un travail remarquable pour s'assurer que leurs enfants sont bilingues, parce qu'ils savent que c'est important. Ce n'est pas comme si nous devions regarder à l'extérieur du pays pour cela. Nous avons des exemples étonnants dans notre pays et province. Les enfants francophones peuvent aller à la maternelle, à la garderie, à l'école intermédiaire, à l'école secondaire et jusqu'au niveau universitaire en

français, mais ce n'est pas le cas chez nous. C'est à tout le moins ce que nous espérons avoir un jour.

Je ne sais pas si j'ai répondu à votre question.

Le président: Merci, madame McKinney.

[Français]

Je donne la parole à M. Thériault pour deux minutes et demie.

M. Luc Thériault: Je vais m'adresser à Mme Grandvaux et à M. Lamarre.

Lors de la dernière séance du Comité, la Dre Quach-Thanh nous a dit que la prochaine pandémie que nous pourrions vivre serait liée à la résistance aux antibiotiques. Partagez-vous cette inquiétude?

En ce sens, elle avait remarqué au CHU Sainte-Justine que l'augmentation des virus concordait aussi avec une augmentation des infections bactériennes sévères. Dans ce cas, ne devrait-il pas être obligatoire de maintenir ou d'augmenter la couverture vaccinale?

Pourriez-vous tous les deux fournir quelques commentaires à ce sujet?

Mme Nathalie Grandvaux: Je vais commencer.

Je suis absolument d'accord avec la Dre Quach-Thanh. On s'inquiète de la résistance aux antibiotiques depuis bien avant la pandémie de COVID-19. Ce sujet de recherche devrait être prioritaire afin qu'on puisse trouver des solutions de rechange aux antibiotiques.

Selon moi, des fonds canadiens ont déjà été consacrés à cela dans le passé. On doit poursuivre ce type de recherche si l'on veut trouver des solutions de rechange aux antibiotiques.

L'incidence des infections virales sur les infections bactériennes est notable. On l'a vu et on doit s'en occuper.

Comme je le disais aussi tout à l'heure, un certain nombre d'infections bactériennes se contractent aussi par l'air et les contacts. Si on agit en amont et qu'on bloque les infections, on va aussi pouvoir aider à limiter cette incidence.

Je vais laisser mon collègue compléter ma réponse.

M. Alain Lamarre: J'aurais dit la même chose.

Je peux ajouter que les grosses compagnies pharmaceutiques ont malheureusement peu d'incitatifs à travailler au développement de nouveaux antibiotiques. Il s'agit là d'un marché très complexe et très compétitif.

Il est donc important de compter sur la recherche menée dans les secteurs universitaires. Or elle dépend majoritairement des fonds gouvernementaux et fédéraux, d'où l'importance qu'ils soient suffisants, notamment ceux qu'on consacre à la recherche et au développement de nouveaux antibiotiques.

• (1210)

M. Luc Thériault: La couverture vaccinale pourrait-elle être l'un des moyens à prendre en amont pour lutter contre cette possible pandémie?

M. Alain Lamarre: Absolument.

Les gens qui travaillent à contrer les maladies infectieuses seront tous d'accord sur le fait qu'il faut viser la plus grande couverture vaccinale possible. Malheureusement, il n'y a pas de vaccins permettant de contrer tous les agents infectieux. Il y a donc encore beaucoup de vaccins à développer.

J'ai parlé du virus respiratoire syncytial, mais il y a une panoplie de maladies pour lesquelles il n'y a pas encore de vaccin. Je pense, par exemple, au VIH, au virus de l'hépatite C et à la malaria. Il y a encore beaucoup de travail à faire à cet égard.

Le président: Je vous remercie.

[Traduction]

Monsieur Davies, vous disposez de deux minutes et demie, je vous prie.

M. Don Davies: Merci, monsieur le président.

Docteur Skarsgard, aidez-moi à avoir une idée plus claire de la capacité des salles d'opération. De toute évidence, vous pouvez parler de la capacité de l'Hôpital pour enfants de la Colombie-Britannique. Je me demande si vous savez, de façon un peu plus générale, si nos salles d'opération sont utilisées au maximum de leur capacité à l'heure actuelle.

Dr Erik Skarsgard: Nous avons des salles d'opération à l'Hôpital pour enfants de la Colombie-Britannique et, par exemple, à l'Hôpital pour enfants et d'autres grands hôpitaux pour enfants en Ontario. Je connais moins bien la situation en Alberta, mais nous avons des salles d'opération pour enfants qui ne sont pas utilisées. Elles sont vides. C'est dû au fait que nous ne sommes pas en mesure de les doter en personnel. On a fait valoir qu'il faut une équipe complète. Il faut un chirurgien, un anesthésiste, du personnel infirmier et un inhalothérapeute. De nombreuses ressources humaines entrent en ligne de compte pour faire fonctionner une salle d'opération, et il faut disposer de tous les éléments essentiels pour garantir la sécurité de l'intervention chirurgicale d'un enfant. Je dirais que nous ne manquons pas vraiment de capacité physique dans bon nombre de nos hôpitaux, mais, encore une fois, nous manquons du personnel requis pour faire fonctionner une salle d'opération de manière sûre et efficace.

En ce qui concerne l'efficacité de notre salle d'opération, nous remarquons que, lorsque nous passons des soins non urgents aux soins urgents... Il est important de comprendre que, tout au long de cette période, nous n'avons jamais négligé notre obligation de nous occuper des enfants qui ont besoin de soins chirurgicaux urgents, mais si vous déplacez une ressource qui est censée être utilisée efficacement pour des soins non urgents pour soutenir les soins d'urgence, au lieu de gérer huit salles pour des soins non urgents, vous en gérez quatre, puis quatre salles pour des soins urgents. C'est là où votre efficacité diminue vraiment, parce que vous apportez ce changement.

En une seule journée, vous pouvez avoir une chirurgie cardiaque, une chirurgie orthopédique et une appendicectomie, et lorsque vous faites cela, lorsque vous faites entrer les équipes dans les salles et en sortir, c'est là que l'efficacité subit un coup dur. C'est une capacité qui a besoin à la fois de la garantie d'un programme pour les interventions non urgentes pour fonctionner efficacement, mais aussi d'une capacité suffisante pour pouvoir s'occuper des patients qui sont sur la liste d'attente et faire des démarches pour réduire ces longues listes d'attente.

Le président: Merci, docteur Skarsgard.

Le prochain intervenant est M. Kitchen pour cinq minutes, je vous prie.

M. Robert Kitchen (Souris—Moose Mountain, PCC): Merci, monsieur le président.

Je remercie nos témoins d'être ici. Je vous en suis très reconnaissant.

Certaines de mes questions ont en quelque sorte été évoquées, alors je vais essayer de les aborder un peu différemment.

Docteur Skarsgard, merci de votre déclaration. Vous avez parlé un peu à votre premier point du fait qu'il faut régler la pénurie d'infirmières qualifiées et spécialisées.

Mon épouse, Donna, est l'une des personnes les plus intelligentes, travaillantes et compatissantes que je connaisse. Elle a commencé sa carrière en tant qu'infirmière aux soins intensifs néonataux à l'hôpital de l'Université de l'Alberta. Elle a ensuite rejoint l'unité de soins intensifs de l'Hôpital pour enfants malades. Elle y est restée plusieurs années, et nous nous sommes mariés. Elle est ensuite passée au centre de traumatologie de l'hôpital Sunnybrook. Elle a fait tout cela durant son cheminement de carrière.

Vos observations sur la façon d'améliorer les compétences de ces infirmières et de les faire participer sont très louables, et c'est quelque chose dont nous avons besoin. L'association Pediatric Surgical Chiefs of Canada a-t-elle discuté avec des organismes de réglementation ou des universités pour examiner la possibilité d'offrir ces programmes et la façon dont ils peuvent aller de l'avant en ce sens?

• (1215)

Dr Erik Skarsgard: Je ne peux pas dire si les chirurgiens en chef l'ont fait directement, mais par l'entremise de notre étroite collaboration avec Santé des enfants Canada, je sais que des conversations ont eu lieu avec des ordres provinciaux d'infirmiers et d'infirmières pour tenter de créer plus de places pour les membres du personnel infirmier et ensuite pour essayer plus précisément d'encourager un groupe d'infirmières à consacrer ensuite leur carrière, comme l'a fait votre épouse, à la santé des enfants.

Ce que nous constatons, c'est le phénomène des infirmières qui passent devant de nombreux hôpitaux communautaires pour se rendre à leurs frais dans un hôpital pour enfants. C'est grâce à leur dévouement qu'elles le font. Nous devons faire en sorte que davantage d'infirmières se consacrent à une carrière professionnelle dans les domaines des soins aux enfants et aux familles. Nous le faisons par l'entremise d'efforts de promotion dans les provinces, et nous le faisons comme cela a été mentionné, en collaboration avec ces groupes qui se trouvent un peu partout au Canada afin que nous puissions également faire entendre notre voix et transmettre le message selon lequel nous devons cibler des ressources de toutes sortes, mais en particulier pour le recrutement et la rétention, sur les effectifs en santé pédiatrique.

M. Robert Kitchen: Je vous remercie.

L'un des défis auxquels nous nous heurtons au Canada est celui des infirmières itinérantes. Elles se déplacent dans tout le pays et dans le monde entier, et mettent à profit leurs compétences à différents niveaux, ce qui représente un énorme défi. Mon épouse et moi avons déménagé dans une région rurale de la Saskatchewan et, à l'instar de bon nombre de mes collègues, nous travaillons dans des zones rurales. Dans ces régions, nous devons nous assurer que nous disposons d'un personnel adéquat. Vous avez mentionné très clairement que les centres hospitaliers communautaires ont la capacité d'essayer de garder les gens dans ces communautés locales avant que les parents ne les envoient ou que les médecins ne finissent par les envoyer dans les hôpitaux spécialisés, en particulier les hôpitaux pour enfants, notamment l'Hôpital pour enfants Pattison à Saskatoon, ou à Calgary.

Au bout du compte, ce sont des défis. Ce qui est préoccupant, c'est qu'aujourd'hui, le public a tendance à se tourner vers l'Internet et les réseaux sociaux pour trouver les réponses et déterminer quels sont leurs problèmes de santé. Ils s'en servent ensuite pour dire qu'ils doivent aller dans ces... et engorger beaucoup d'hôpitaux pour enfants ou même nos hôpitaux traditionnels.

Comment pouvons-nous régler cette situation? Quelles mesures pouvons-nous essayer de prendre pour amener les Canadiens à comprendre que leurs praticiens sont les personnes à qui ils doivent s'adresser pour obtenir des conseils?

Dr Erik Skarsgard: C'est un très bon point. Je crois que cela démontre le besoin d'une capacité accrue et d'une meilleure relation entre la population et les médecins en soins de santé primaires ou les médecins de famille. Ils doivent être la source de conseils pour les familles, surtout si elles ont besoin de soins spécialisés.

En ce qui a trait à la confiance à l'égard des soins de santé communautaires pour les services aux enfants, je crois qu'il faut des partenariats entre les hôpitaux pour enfants, les communautés et les fournisseurs, afin qu'il y ait un sentiment, que ce soit par l'image de marque ou simplement par la présence... Bon nombre de nos spécialistes se rendent dans les régions éloignées de la Colombie-Britannique et y font de la sensibilisation. Ils ont des cliniques de cardiologie dans les régions éloignées. La santé numérique nous offre cette possibilité également. Nous pouvons utiliser la télémédecine pour rencontrer les familles dans leur communauté et leur faire sentir qu'elles ont accès de près aux soins spécialisés.

Je crois qu'il est important de renforcer les partenariats avec les communautés et de créer une capacité axée sur les enfants et leur sécurité, afin que les familles fassent confiance au chirurgien généraliste de Prince George pour opérer la hernie de leur enfant de 10 ans plutôt que de devoir se rendre jusqu'à Vancouver pour voir un spécialiste.

Le président: Nous vous remercions, docteur Skarsgard.

Nous allons maintenant entendre M. van Koeverden, qui dispose de cinq minutes.

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

Je remercie tous les témoins de leur présence aujourd'hui. La réunion est fascinante jusqu'à maintenant, et j'ai hâte d'en entendre plus.

Ce que je comprends, à l'écoute des témoignages, c'est l'importance de procéder à une intervention tôt dans la vie d'une personne — le plus tôt possible, en fait —, surtout si cette personne a

des problèmes de santé dès son jeune âge, comme une maladie rare ou une condition particulière. Mes questions portent sur l'intervention précoce et son incidence positive sur la trajectoire de vie des personnes.

La semaine dernière, pendant notre relâche, j'ai eu la chance de me rendre à Canmore, en Alberta, pour participer à une activité organisée avec Spirit North, un organisme de bienfaisance qui offre l'occasion aux jeunes autochtones — principalement des Premières Nations — de l'Alberta, du Manitoba et de l'Ontario de faire des activités sportives et récréatives. C'était incroyable de voir tous ces jeunes sourire et avoir du plaisir à pratiquer une activité physique.

Madame McKinney, ma question s'adresse à vous. J'aimerais en savoir plus sur les interventions qui pourraient améliorer la santé des enfants autochtones et sur les mesures que peut prendre le gouvernement pour mieux aborder et soutenir ces interventions. Y a-t-il des études, des programmes ou des politiques qui fonctionnent? Quelles mesures pourrions-nous accroître?

• (1220)

Mme Patsy McKinney: C'est une excellente question.

Nous offrons des possibilités d'apprentissage axé sur la terre. Nous avons élaboré un programme reconnu à l'échelle nationale appelé Take It Outside. C'est une façon pour les enfants de reprendre contact avec la terre. On ne parle pas seulement de les amener au terrain de jeu. Nous leur faisons voir les forêts anciennes et les environnements naturels; c'est aussi une excellente façon de leur apprendre le langage.

Nous sommes faces à un problème de logements insalubres, surpeuplés où la qualité de l'air est mauvaise, ce qui nuit à la santé, surtout celle des enfants.

Ce sont quelques-unes des mesures que nous tentons de mettre en oeuvre. Nous avons connu quelques problèmes avec la province pour le programme Take It Outside pendant la COVID. Elle l'avait désigné à titre de sortie éducative, ce qui n'est pas le cas. Nous voulons que les enfants renouent avec la terre. Qu'est-ce qui est plus sain: être coincé dans une classe ou être en plein air?

Voilà certains des défis auxquels nous devons faire face. Il est très important pour nous de pouvoir offrir ces programmes plutôt que les programmes généraux, qui ont de très bonnes intentions, mais qui ne correspondent pas toujours aux besoins des familles autochtones. Les programmes adaptés sont très importants pour la communauté.

L'apprentissage axé sur la terre est aussi offert aux adultes qui étudient dans les universités. Tout cela est important, à notre avis. Ces programmes permettent aussi aux étudiants non autochtones de tisser des liens avec les étudiants autochtones, ce qui revient à la question du bien-être et aux autres questions que nous devons aborder. Nos familles vivent dans la pauvreté, dans des logements insalubres, et elles doivent composer avec de nombreux problèmes de santé. On parle de l'importance des aliments sains, mais comment peut-on se les permettre lorsqu'on vit avec un revenu fixe?

Ce sont les éléments sur lesquels nous travaillons en amont, avant que les gens ne se retrouvent dans le système de santé.

M. Adam van Koeverden: Merci, madame McKinney. Vous avez abordé la deuxième partie de ma question.

J'aimerais émettre une hypothèse sur les façons d'éviter que les gens aient recours au système de santé, et j'espérais qu'un médecin puisse me dire si cette hypothèse est bien fondée.

Je suppose que les interventions portant sur les habitudes de vie sont plus efficaces chez les adultes, parce qu'ils vivent depuis plus longtemps et souffrent probablement de manière disproportionnée de maladies liées au style de vie comme le diabète de type 2 et d'autres, mais je suppose qu'il s'agit de plus en plus d'une priorité chez les enfants également.

Est-ce que les experts en pédiatrie ou les médecins souhaitent faire un commentaire sur la valeur ou la nécessité de faire de la prévention auprès des enfants?

Allez-y, madame Grandvaux.

Mme Nathalie Grandvaux: C'est un peu en dehors de mon champ d'expertise, mais en tant que citoyenne et d'après mes lectures sur les avantages de la prévention — et non d'après mon expertise directe —, je dirais que je suis du même avis: le style de vie a une incidence sur l'apparition des maladies, mais c'est l'histoire d'une vie... Tout ce que nous faisons lorsque nous sommes jeunes a une incidence sur notre santé lorsque nous devenons adultes. Je crois qu'il faut enseigner le plus tôt possible aux enfants ce que sont les choix santé, en tenant compte de toutes les limites évoquées par Mme McKinney. Il faut aussi rendre l'activité physique possible.

Tout cela représente le bagage que les enfants traîneront avec eux lorsqu'ils deviendront adultes, et qui les aidera à long terme. Ce n'est pas parce que les maladies apparaissent à l'âge adulte que les comportements que nous adoptons lorsque nous sommes enfants n'ont aucune incidence à long terme. Je crois qu'il faut agir le plus tôt possible. Je crois que nous avons avantage à intervenir tôt dans la vie des enfants, afin d'éviter qu'ils aient besoin de soins de santé maintenant ou lorsqu'ils seront adultes.

• (1225)

Le président: Merci, madame Grandvaux.

Nous allons maintenant entendre Mme Goodridge.

Vous disposez de cinq minutes. Allez-y.

Mme Laila Goodridge: Merci, monsieur le président.

Je vais aborder un autre sujet. Ma première question s'adresse à Mme McKinney.

Dans le cadre des services que vous offrez, est-ce que vous prenez des mesures pour offrir des soins prénataux plus appropriés et sensibles sur le plan culturel, afin que les enfants puissent connaître un bon départ?

Mme Patsy McKinney: Nous ne prenons pas de mesure précise.

Nous avons toutefois établi un partenariat avec le Réseau de santé Horizon, et nous avons une infirmière praticienne qui offre des services aux gens qui fréquentent le centre d'amitié. Cela nous aide beaucoup. Nous avons remarqué que ce sont surtout des mères avec leurs jeunes enfants qui consultent l'infirmière.

Nous espérons pouvoir établir un centre des naissances dans le nouvel immeuble qui — nous l'espérons — sera construit d'ici deux ans et demi. Ainsi, nos familles pourront faire les choses de façon habituelle avec un bon fournisseur de soins de santé, et aussi faire

appel aux sages-femmes et aux doulas, pour donner naissance de manière traditionnelle.

Les gens ont vraiment hâte. Je crois qu'un premier bébé est né au centre d'amitié d'Halifax, ce qui est une très bonne nouvelle.

Nous avons constaté que bon nombre des familles qui sont aux prises avec des problèmes de santé physique ou de santé mentale hésitent à demander des services généraux, en raison du jugement auquel elles doivent faire face. Parfois, un petit problème de santé bénin devient un problème important parce que les gens ne demandent pas d'aide à temps.

Nous tentons d'offrir des services médicaux aux centres d'amitié afin que ces gens n'aient pas à obtenir des services généraux. Ils doivent parfois avoir recours à des services spécialisés, évidemment, mais nous voulons qu'ils soient à l'aise lorsqu'ils viennent nous voir, en raison de ce qu'ils vivent dans les autres institutions.

Nous accordons une très grande importance à la formation de sensibilisation aux réalités culturelles des professionnels du domaine médical au Nouveau-Brunswick, parce que les gens hésitent à demander de l'aide. Ce n'est pas toujours sécuritaire pour les Autochtones, sur le plan culturel.

Mme Laila Goodridge: Merci. C'est excellent.

Je crois que si plus d'organisations adoptaient une approche adaptée aux différences culturelles en matière de soins aux enfants et de naissance, nous nous en porterions mieux.

J'ai eu recours aux services d'une sage-femme pour ma première grossesse et j'ai l'intention d'y avoir recours à nouveau pour ma présente grossesse. Je crois qu'il s'agit d'une très bonne option pour les femmes qui vivent une grossesse à faible risque. Comme vous l'avez dit, les services prénataux d'une sage-femme sont parfois les seuls disponibles.

Quels autres services aimeriez-vous que les centres d'amitié comme le vôtre puissent offrir au pays pour aider les enfants à obtenir les soins dont ils ont besoin?

Mme Patsy McKinney: Des programmes parascolaires et tout autre programme en matière d'éducation. Nos enfants doivent passer par les écoles générales. Je ne sais pas à quoi ressemble la situation ailleurs au pays, mais ici, les enfants ne peuvent fréquenter l'école communautaire que jusqu'à la sixième année — peut-être la huitième année dans une ou deux communautés des Premières Nations — et doivent ensuite passer à l'école générale. Nous voulons donc offrir des programmes parascolaires à ces jeunes.

À l'heure actuelle, nous avons un programme d'aide préscolaire. J'espère que tout le monde connaît bien ce programme offert aux Autochtones dans les communautés urbaines et nordiques. Ce programme financé par le gouvernement fédéral est en place depuis 27 ans maintenant. Nous l'offrons et je crois que tout le monde devrait y avoir accès. La beauté de ce programme, c'est qu'il tient compte de toute la famille. Il n'est pas question d'y déposer les enfants et de s'en aller. Nous accueillons toute la famille. C'est très important lorsqu'on offre des programmes et des services à des populations vulnérables.

Les programmes généraux ne visent que les enfants. Nous ne fonctionnons pas de la même façon. C'est très important. Lorsqu'un enfant est atteint d'un trouble du spectre autistique, c'est toute la famille qui vit avec ce trouble. Il n'est pas uniquement question de l'enfant.

Ce sont les programmes auxquels nous travaillons très fort, mais nous manquons évidemment de ressources. Nous n'avons pas la capacité nécessaire pour les offrir. Nous travaillons très fort pour en offrir certains. Il y a tellement de programmes que j'aimerais nous que nous offrions.

Les besoins évoluent plus rapidement que l'offre de services, parce que la population augmente. Nous avons aussi deux universités dans la ville de Fredericton, alors nous accueillons des Autochtones de partout au pays. Ils arrivent avec leur famille. Notre centre d'amitié représente souvent leur premier point de contact.

Nous aimerions pouvoir offrir plus de programmes d'aide préscolaire. Il n'y en a qu'un seul au Nouveau-Brunswick. Je trouve que c'est honteux. Il n'y en a qu'un seul en Nouvelle-Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard. Il y en a trois à Terre-Neuve-et-Labrador.

Ce sont des programmes d'intervention précoce, qui tiennent compte de toute la famille. C'est le modèle que nous tentons d'utiliser. Nous ne voulons pas seulement répondre à certains besoins précis, que ce soit en santé mentale ou en sécurité alimentaire. Nous adoptons une approche holistique dans le cadre de notre travail.

● (1230)

Le président: Merci, madame McKinney.

Nous allons maintenant entendre M. Jowhari, qui dispose de cinq minutes. Allez-y.

M. Majid Jowhari (Richmond Hill, Lib.): Merci, monsieur le président.

Chers collègues, vous m'excuserez de ne pas être avec vous dans la salle. Je me remets d'un rhume, et je voulais m'assurer de votre sécurité.

Docteur Skarsgard, je vous remercie pour votre témoignage. Je remercie également tous les témoins qui sont avec nous aujourd'hui.

À la recommandation 4, vous dites ceci:

Nos enfants ont besoin que les gouvernements encouragent et financent les innovations qui favorisent tout particulièrement leur santé. Les innovations devraient couvrir le spectre de la recherche axée sur la découverte, de la science de l'application des connaissances, de l'intelligence artificielle, de l'évaluation des technologies de la santé et de l'approbation réglementaire, afin que nous puissions améliorer continuellement les soins offerts aux enfants et leurs résultats de santé, tout en introduisant des mesures fondées sur l'efficacité qui ajouteront de la valeur aux soins de santé.

Docteur Skarsgard, pouvez-vous nous expliquer cette recommandation, surtout en ce qui a trait au spectre de la recherche, en fonc-

tion des principaux enjeux en matière de santé des enfants avec lesquels nous devons composer au Canada?

Dr Erik Skarsgard: Bien sûr. Je vous remercie énormément de la question.

J'ai la chance d'être entouré, dans ce groupe de témoins, de professionnels qui peuvent se prononcer avec beaucoup plus d'éloquence et de faits scientifiques que moi sur la recherche axée sur la découverte et la recherche biomédicale. Nous devons bien comprendre que le Canada a, par le passé, financé toute une gamme de domaines de recherche, du domaine biomédical aux services en santé. Par cette affirmation, j'essaie d'englober tous les domaines.

Mon expertise est plus pertinente pour la deuxième moitié des priorités que j'ai mentionnées en fin de phrase. Je crois que l'intelligence artificielle est porteuse de grandes promesses pour la santé des enfants. À mon avis, tout le monde ici présent devrait être convaincu qu'il faut financer ce secteur en priorité.

Les deux derniers éléments — l'évaluation des technologies de la santé et l'approbation réglementaire — sont très évocateurs pour le chirurgien que je suis: la majeure partie de la technologie que nous utilisons, ainsi que la majorité des appareils chirurgicaux dont nous nous servons pour les enfants sont utilisés de façon non conforme, c'est-à-dire que l'usage qu'on fait de la technologie n'est pas réglementé et que les appareils sont conçus pour les adultes. Cette situation représente des défis pour Santé Canada puisque nous ne pouvons importer au pays des appareils qui constituent la norme pour les chirurgies pédiatriques partout ailleurs dans le monde, surtout aux États-Unis.

Le problème ne se limite pas aux appareils chirurgicaux et touche aussi les médicaments pour enfants. Il est attribuable au fait que le marché pour certains de ces produits — dans mon cas, pour les appareils chirurgicaux — est minuscule, même si on regroupe les 16 hôpitaux pour enfants au Canada. Pour les compagnies qui développent la technologie, il n'est pas rentable de la faire approuver au Canada.

La situation a vraiment été exposée au grand jour pendant la pandémie, alors que nous nous butions à des problèmes liés à la chaîne d'approvisionnement et que nous ne pouvions importer d'outils de diagnostic au Canada. Les autorités n'ont eu d'autres choix que d'accélérer l'approbation de certains de ces règlements.

J'aimerais souligner que ce phénomène mine nos soins de santé. Je crois que ce groupe ainsi que d'autres ont le pouvoir d'accorder plus d'importance aux médicaments et aux appareils éprouvés dans d'autres pays et dont l'efficacité est bien établie — surtout s'ils sont homologués par la FDA, aux États-Unis — et de trouver des moyens de les fournir aux professionnels de la santé qui tiennent comme nuls autres à utiliser ces appareils approuvés pour les enfants.

● (1235)

M. Majid Jowhari: Merci.

Je vois d'autres témoins hocher la tête en vous écoutant répondre aux questions.

Quiconque peut intervenir, si un des témoins le souhaite.

Allez-y.

M. Alain Lamarre: Par rapport au dernier point, j'ajouterais seulement que ce changement serait bénéfique pour les appareils et les médicaments, mais aussi pour le développement de vaccins. Nous l'avons constaté pendant la pandémie. Nous dépendons fortement de l'évaluation adéquate des vaccins par Santé Canada. Nous devons adopter une méthode vraiment efficace. Je pense que, pendant la pandémie, on s'est fié à d'autres pays pour accélérer le processus, mais je crois qu'il faudrait probablement appliquer cette approche au développement d'autres produits biomédicaux, vaccins ou traitements contre le cancer. Ainsi, nous ne réinventerons pas constamment la roue.

Bien entendu, il y aura toujours des besoins particuliers et des pays, par exemple, axés sur eux-mêmes. Or, les problèmes scientifiques demeurent les mêmes. J'avancerais qu'on n'a pas à refaire le processus entier chaque fois qu'un nouveau produit voit le jour.

M. Majid Jowhari: Je sais que mon temps est écoulé, mais puis-je demander au président d'être généreux? J'aimerais entendre une réponse de Mme Grandvaux. Pourriez-vous nous accorder 30 secondes supplémentaires? Je vous en serais grandement reconnaissant.

Le président: Veuillez répondre très brièvement.

Mme Nathalie Grandvaux: À cette catégorie de faiblesses, nous pourrions ajouter la transition de la recherche à l'application des découvertes chez les enfants. Nous aurions pu faire une grande avancée pour les infections du virus respiratoire syncytial, mais elle a été bloquée parce qu'une compagnie devait développer un produit distinct qui n'existait pas pour les enfants. La petite taille du marché a bloqué cette avancée. Armés d'un financement distinct, nous pourrions régler ce problème de transition et faire des recherches sur des traitements pour enfants que nous ne pouvons pas encore utiliser à cause de ces contraintes.

Le président: Merci, madame Grandvaux.

[Français]

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

M. Luc Thériault: Docteur Skarsgard, vous avez parlé d'une crise dans les ressources humaines. Pourriez-vous nous dire quels sont les différents facteurs à l'origine de cette crise? Au Québec, nous en avons une petite idée. Nous avons plusieurs problèmes de rétention de la main-d'œuvre.

Par exemple, a-t-on prévu la situation et fait une bonne planification? Les facultés de médecine ont-elles prévu le coup? Le contingentement est-il excessif? Par ailleurs, si on décide de limiter davantage le contingentement, cela prendra beaucoup plus d'argent, car il faudra former ces personnes.

Bref, quelles sont les principales raisons de la désertion de certaines disciplines médicales? De toute évidence, ces abandons auront des répercussions sur certaines dimensions de la pratique médicale.

J'aimerais que vous nous parliez de certaines de ces causes.

• (1240)

[Traduction]

Dr Erik Skarsgard: Je vous remercie de votre question. Elle entraîne une réponse complexe, selon les travailleurs de l'équipe de soins de santé auxquels vous faites référence. Rappelez-vous, ici

encore, que nous travaillons avec les équipes prodiguant des soins aux enfants.

Nous avons largement souligné la nécessité d'embaucher plus d'infirmières. Je vais relever, au passage, certaines des autres disciplines. Children's Allied Health compte des inhalothérapeutes, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes et des spécialistes pour les enfants. Tous ces travailleurs ont suivi une formation très spécialisée et détiennent des compétences propres aux soins des enfants.

Vous avez soulevé les facultés de médecine et la planification de l'effectif qui ont une incidence sur les médecins au sein des équipes de fournisseurs dans les hôpitaux pour enfants. Le défi est énorme, parce que, bien souvent, nous recrutons du personnel pour des soins très ciblés.

Permettez-moi de vous donner un exemple. Nous sommes aux prises avec une difficulté où je me trouve. Nous avons besoin d'un ophtalmologue pouvant traiter un type de cancer très rare et spécifique de la rétine chez les enfants. Où trouver ces spécialistes? La formation n'est pas offerte dans toutes les provinces. Ils sont formés à l'international. Entre autres difficultés, les permis d'exercice de la médecine au niveau provincial freinent nos efforts pour les recruter dans nos rangs. Il faut une collaboration accrue entre les collèges provinciaux de médecins et de chirurgiens pour déterminer comment puiser dans ce bassin d'experts. On ne trouve pas de tel bassin au Canada, mais il en existe en Amérique du Nord et ailleurs dans le monde. Nous avons besoin de mécanismes accélérés pour cerner le besoin en main-d'œuvre et ensuite le combler grâce au recrutement.

J'espère avoir répondu à votre question.

Le président: Merci, docteur Skarsgard.

M. Davies va poser la dernière question au groupe de témoins d'aujourd'hui.

Vous avez deux minutes et demie.

M. Don Davies: Merci, monsieur le président.

Madame McKinney, je ne sais pas si vous avez abordé cette question; le cas échéant, j'aimerais entrer dans les détails.

En janvier 2022, l'Institut de la recherche, des données et de la formation du Nouveau-Brunswick ainsi que Under One Sky ont annoncé un partenariat pour étudier l'incidence du programme Bon départ sur les familles participantes et pour examiner les iniquités entre ces familles et la population générale du Nouveau-Brunswick.

Pouvez-vous nous donner une mise à jour sur cette recherche?

Mme Patsy McKinney: Le projet n'en est qu'à ses balbutiements, et il a fallu beaucoup de temps pour communiquer tous les détails du projet à la province et au département de l'université.

Nous collaborons avec l'université à divers projets de recherche et nous sommes conscients que, si l'expérience est une réussite, nous pourrions répéter le projet partout au pays, forts des 133 sites de Bon départ disséminés dans tout le territoire canadien. Nous avons consacré beaucoup de temps à l'initiative parce que nous voulions veiller à protéger l'intégrité de nos familles et de leurs enfants.

Par ailleurs, nous avons conservé les renseignements des enfants qui se trouvaient sur notre liste d'attente. Au départ, nous avions un permis pour six enfants. Pensez-y un peu: six enfants. Notre permis nous permet maintenant d'en avoir neuf. La population est importante, mais qu'importe... Nous avons très tôt pris conscience... Nous avons conservé les dossiers des enfants qui n'ont pas été admis, alors il est possible que nous fassions des comparaisons lorsqu'ils commenceront à fréquenter les écoles du réseau conventionnel.

Comme je l'ai dit, le processus en est encore à ses débuts. Je ne suis pas une chercheuse. Je participe à de nombreuses recherches, mais je ne suis pas une experte. Au fil des ans, le Réseau de connaissances des Autochtones en milieu urbain nous a appris que les données peuvent nous être vraiment utiles pour tirer profit de financement et de ressources.

Nous vous tiendrons au courant du projet si vous vous y intéressez. À vrai dire, nous sommes vraiment curieux de savoir quelle pourrait être sa contribution pour le programme Bon départ partout au pays.

Le président: Merci, madame McKinney.

Je remercie tous nos témoins.

Comme je l'ai indiqué d'emblée, il s'agissait de notre dernier groupe de témoins pour l'étude sur la santé des enfants. Nos invités nous ont transportés sur des chemins fascinants et variés, alors il est tout indiqué que l'étude se termine en compagnie d'un groupe de témoins fascinants et variés.

Je vous remercie tous d'avoir été parmi nous et de nous avoir fait part de votre expertise avec autant de patience. Nous vous souhaitons une belle journée et vous remercions mille fois.

Chers collègues, nous allons maintenant passer aux travaux du Comité en public, à moins que vous ne souhaitiez procéder autrement. Je ne propose pas de suspendre la séance parce que, bien que le plan initial se limitait à quelques questions de régie interne, d'autres enjeux se sont ajoutés.

Je vous demande de d'abord aborder les questions de régie interne.

La première concerne les budgets relatifs aux études qu'on vous a distribués. L'autre n'est qu'une date butoir pour proposer des amendements au projet de loi d'initiative parlementaire dont nous serons saisis la semaine prochaine. Plaît-il au Comité de traiter de ces budgets d'études ensemble ou devons-nous...? D'accord, je vois au moins quelques hochements de tête.

Quelqu'un peut-il proposer une motion pour adopter le budget de projet pour le budget principal des dépenses, que nous étudierons jeudi; pour le projet de loi C-252, qu'on nous fera parvenir mardi prochain; et pour le projet de loi S-203, qui pourrait nous être envoyé jeudi à moins d'un imprévu aujourd'hui?

Plaît-il au Comité d'adopter ces budgets tels qu'ils sont présentés? Puisque nos délibérations sont publiques, je crois qu'il nous faut un motionnaire.

Monsieur Davies, pourriez-vous proposer la motion?

• (1245)

M. Don Davies: Monsieur le président, je propose la motion.

Le président: Merci.

Quelqu'un veut-il en discuter ou s'y opposer?

(La motion est adoptée.)

Le président: Merci.

Pour le projet de loi C-252, qui est parrainé par Mme Lattanzio et que nous recevrons mardi prochain, nous devons fixer une date limite pour la réception des amendements; en effet, les partis non représentés au Comité ont aussi l'occasion d'en proposer. J'aimerais proposer vendredi afin d'avoir assez de temps pour les distribuer à tous.

Les membres du Comité conviennent-ils de fixer à vendredi de cette semaine la date limite pour envoyer les propositions d'amendements? J'ai besoin d'une motion proposant de fixer l'échéance à vendredi, à midi.

Merci, madame Goodridge.

Plaît-il au Comité d'adopter la motion?

(La motion est adoptée.)

Le président: Merci beaucoup. C'était là les questions de régie interne que je voulais régler.

Je crois qu'il y a au moins une ou deux autres motions. Vous avez la parole.

Monsieur Lake.

L'hon. Mike Lake (Edmonton—Wetaskiwin, PCC): Je crois que nous avons aujourd'hui le consentement unanime pour cette motion:

Que le préambule, le titre intégral et tous les articles du projet de loi S-203 soient adoptés avec dissidence, sans amendement et que le président fasse rapport du projet de loi à la Chambre.

Le président: Nous discutons de travaux du Comité, alors la motion est recevable.

Quelqu'un veut-il discuter de cette motion?

Allez-y, monsieur Thériault.

[Français]

M. Luc Thériault: Nous pouvons adopter ce projet de loi avec dissidence.

Le président: D'accord.

Est-ce la volonté du Comité d'adopter cette motion avec dissidence?

[Traduction]

(La motion est adoptée avec dissidence.)

[Français]

M. Luc Thériault: Monsieur le président, je veux juste ajouter quelque chose au profit de tous les membres.

Je veux souligner le travail de M. Lake, qui a porté ce projet de loi avec brio et grande détermination, mais surtout avec un sens de la diplomatie qui a été très apprécié, du moins chez nous, et probablement par tous les partis. Cela nous a permis d'en arriver aujourd'hui à une solution comme celle-là.

C'est un chic type, et c'est probablement le meilleur porte-parole de ce parti pour cette cause, sans vouloir porter préjudice à tous les autres députés conservateurs de la Chambre.

Le président: Merci beaucoup, monsieur Thériault.

C'est bien dit.

• (1250)

[Traduction]

Félicitations, monsieur Lake.

Merci à tous. Je crois que M. Thériault exprime l'opinion de nous tous à cet égard.

Nous vous écoutons, monsieur Davies.

M. Don Davies: Merci, monsieur le président.

Je veux remercier là-dessus et remercier M. Lake d'avoir porté cet enjeu. Je crois qu'il représente le Parlement avec brio pour cette cause et je veux le remercier pour son travail acharné.

J'aimerais proposer une motion sur le calendrier. Lors de notre dernière réunion, nous avons décidé d'étudier les questions relatives au Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, mais nous n'avons pas fixé de dates. Je propose que nous réservions deux dates parmi les suivantes: le 25 avril, le 27 avril, le 2 mai, le 4 mai, le 9 mai ou le 11 mai.

Le président: La motion est recevable.

Quelqu'un veut-il en discuter? Nous avons déjà adopté une motion pour mener l'étude. La présente motion propose que l'étude se tienne pendant deux jours. Cinq dates sont énumérées, et nous en choisirions deux.

Voulez-vous en discuter?

Allez-y, monsieur Thériault.

[Français]

M. Luc Thériault: Monsieur le président, cela ne me pose aucun problème, dans la mesure où nous nous étions entendus, à la fin de la dernière séance, pour que la prochaine étude soit celle sur les implants mammaires, selon l'échéancier des travaux que nous aurons à faire.

[Traduction]

Le président: Convenons-nous d'adopter la motion telle qu'elle est présentée?

(La motion est adoptée.)

Le président: Y a-t-il d'autres sujets dont vous aimeriez saisir le Comité?

Plaît-il au Comité de lever la séance?

Des députés: D'accord.

Le président: Il y a un consensus.

La séance est levée.

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

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

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

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

SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

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

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