

# Soumission écrite dans le cadre des consultations prébudgétaires en vue du budget fédéral de 2026



## Recommandations

Santé des enfants Canada (SEC) et les Directeurs de pédiatrie du Canada (DPC) recommandent quatre mesures fédérales dans le budget 2026 afin d'améliorer les résultats de santé pour les huit millions d'enfants et de jeunes du Canada :

1. Mettre en place des systèmes de soins de santé pédiatriques canadiens solides grâce à un investissement de 10 milliards de dollars sur dix ans, axé sur le renouvellement des infrastructures, un cadre de financement national qui tient compte de la complexité de la prestation des soins de santé pédiatriques, et un plan pancanadien pour le personnel pédiatrique.
2. Redéfinir et étendre l'engagement fédéral à 5 milliards de dollars sur dix ans pour la santé mentale des enfants et des jeunes, en soutenant l'intégration des soins entre les services hospitaliers, communautaires et scolaires dès la naissance.
3. Donner la priorité à la recherche axée sur la santé des enfants et des jeunes grâce à un investissement de 33 millions de dollars destiné à soutenir la recherche financée par les IRSC et la collecte continue de données sur la santé des enfants par le biais de l'Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes (ECSEJ).
4. Renforcer le financement du principe de Jordan et de l'initiative Les enfants inuits d'abord, et réformer le programme des services de santé non assurés (SSNA) afin que les enfants autochtones puissent accéder aux soins sans délai préjudiciable.

## Un enjeu national pour la santé des enfants

Les enfants vivant au Canada se heurtent à des obstacles importants pour accéder à des services de santé rapides, équitables et de haute qualité. La hausse des délais d'attente pour des services essentiels et urgents, une crise de la santé mentale, des infrastructures physiques et numériques obsolètes, ainsi que des inégalités croissantes contribuent tous à aggraver l'état de santé des enfants et des jeunes au Canada. Le 19e Rapport de l'UNICEF (2025) classe le Canada au 24e rang sur 36 pays à revenu élevé pour la santé physique des enfants et au 33e rang sur 36 en ce qui concerne le suicide chez les adolescents, alors même que le pays figure parmi les dix premières économies mondiales. Les pays qui obtiennent systématiquement de meilleurs résultats que le Canada en matière de santé et de bien-être des enfants accordent la priorité aux enfants dans leurs politiques nationales, investissent de manière durable et tiennent les dirigeants responsables des résultats obtenus.

### Recommandation n° 1 : Adapter les systèmes de santé pour enfants

Les systèmes de santé pour enfants et pour jeunes sont structurellement sous-dimensionnés et sous-financés pour répondre aux besoins d'une population croissante et dont les besoins médicaux sont de plus en plus complexes — et l'écart ne cesse de se creuser. Faute de capacités suffisantes, les enfants attendent trop longtemps pour bénéficier de soins qui devraient être disponibles plus près de chez eux. Mises en œuvre par le biais d'accords bilatéraux, les investissements en capital transformeraient la prestation des soins de santé afin de répondre aux besoins spécifiques des enfants et des jeunes. Bien que nous saluions le Fonds pour les infrastructures de santé annoncé dans le budget 2025, le rapport de Deloitte *Réaliser son plein potentiel : l'argument économique pour investir en soins de santé des enfants (2025)* démontre comment l'investissement dans les systèmes de santé pour enfants renforce spécifiquement notre économie, à court et à long terme.

Au cœur de cette adaptation se trouve le personnel de santé hautement spécialisé au service des enfants, qui n'est ni suffisamment priorisé ni doté de ressources adéquates dans les modèles de financement actuels. Les services de soins de santé pour enfants sont particulièrement exigeants en ressources, mais le personnel – notamment les médecins, les infirmières et les professionnels paramédicaux – qui les soutient est en déclin.

La crise des filières de formation en est un exemple préoccupant : avec moins d'étudiants en médecine choisissant la pédiatrie, la prochaine génération de soins spécialisés est déjà menacée. Le récent système national de jumelage des résidences en pédiatrie (CaRMS) a laissé 21 postes sur 150 non pourvus après le premier tour, un chiffre historique qui représente plus du double de l'année précédente (un « record »

antérieur). Le CaRMS a également signalé que 66 postes en sous-spécialité pédiatrique n'avaient pas été comblés à l'échelle nationale.

Trois facteurs aggravent la crise de main-d'œuvre :

- **Formation spécialisée requise** : les enfants ne sont pas de petits adultes. Les professionnels de santé qui s'occupent des enfants sont hautement spécialisés (même au sein de leur propre discipline, par exemple les rhumatologues pédiatriques, les psychiatres pour enfants ou les infirmières praticiennes en néonatalogie), ce qui nécessite une formation supplémentaire par rapport à ceux qui s'occupent d'adultes. En effet, la durée de formation requise pour les médecins souhaitant se spécialiser en pédiatrie a récemment (2024) été prolongée d'un an.
- **Rémunération** : les professionnels de santé pédiatriques sont systématiquement moins bien rémunérés que leurs homologues travaillant avec des adultes. Cela vaut particulièrement pour les sous-spécialistes en pédiatrie (par exemple, les neurologues pédiatriques, les cardiologues pédiatriques, les oncologues pédiatriques). La hausse des coûts de formation (en faculté de médecine ou ailleurs) incite les stagiaires à se tourner vers des spécialités mieux rémunérées.
- **Obstacles liés à l'octroi de permis d'exercice et à l'immigration** : les retards au niveau fédéral en matière d'immigration, ainsi que les frictions interprovinciales concernant l'octroi de permis d'exercice, ralentissent le recrutement de sous-spécialistes rares, souvent pour des postes pour lesquels aucun candidat canadien qualifié n'est disponible.

SEC et les DPC recommandent deux mesures intégrées :

- **Investir 10 milliards de dollars sur dix ans dans les infrastructures de soins de santé pour enfants**, dans le cadre d'accords bilatéraux avec les provinces et les territoires comprenant des plans d'action spécifiques, des objectifs de performance et la publication de rapports. Cela permettrait de redimensionner les hôpitaux pour enfants et les organismes de prestation de soins de santé communautaires (hôpitaux communautaires, centres de réadaptation pour enfants, services de santé mentale, soins palliatifs, soins de répit, etc.) ; de moderniser les installations spécialement conçues pour les enfants dans les domaines de la chirurgie, de l'imagerie médicale, de la réadaptation et des soins complexes ; et de mettre en place une infrastructure numérique, de données et de soins virtuels qui réduiraient les coûts à long terme et la dépendance du Canada à l'égard des technologies américaines.
- **Élaborer un plan pancanadien de gestion des ressources humaines en pédiatrie**, en accordant une attention prioritaire aux sous-spécialités pédiatriques, en s'attaquant aux disparités salariales, à l'allègement de la dette des stagiaires en pédiatrie, aux obstacles à la reconnaissance interprovinciale

des titres de compétence et aux voies d'immigration fédérales pour les sous-spécialistes hautement qualifiés.

## **Recommandation n° 2 : Investir 5 milliards de dollars pour renforcer les services de santé mentale destinés aux enfants, de la naissance à l'adolescence**

Les membres de Santé des enfants Canada font état d'une demande sans précédent en services de santé mentale pour les enfants, à tous les niveaux du continuum de soins, de la petite enfance à l'adolescence. Selon l'Organisation mondiale de la santé, investir dans la santé mentale dès le plus jeune âge génère un retour économique de 4 pour 1 ; cela permet d'éviter des répercussions à long terme sur l'éducation, l'emploi et les maladies chroniques. Le Fonds pour la santé mentale des jeunes, présenté dans le budget 2024 à hauteur de 500 millions de dollars sur cinq ans, constituait une première étape bienvenue. Cependant, sa portée et son ampleur ne suffisent pas à répondre aux besoins actuels, et il exclut les programmes qui viennent en aide aux nourrissons et aux jeunes enfants.

- Selon le rapport 2025 de l'ICIS, 20 % des hospitalisations chez les enfants et les jeunes sont liées à des troubles de santé mentale.
- Un jeune sur quatre déclare souffrir de problèmes de santé mentale.
- Le suicide est la deuxième cause de décès chez les jeunes âgés de 10 à 19 ans au Canada.
- Plus de 50 % des enfants et des jeunes ayant des besoins en matière de santé mentale sont confrontés à de longs délais d'attente ou à des difficultés d'accès aux services.

Les interventions mises en place avant l'âge de 12 ans offrent le meilleur rapport coût-efficacité en termes de coûts évités. Le Canada ne dispose d'aucun cadre pancanadien en santé mentale des nourrissons et des jeunes enfants. L'absence de modèles intégrés reliant les services hospitaliers, communautaires et scolaires tout au long du continuum de développement oblige les familles à naviguer dans des systèmes fragmentés et sous-financés, les amenant à jouer de facto le rôle de coordinateurs de soins.

**SEC et DPC recommandent d'investir 5 milliards de dollars sur dix ans** pour redéfinir et élargir l'investissement fédéral dans la santé mentale des enfants, avec des directives claires visant à :

- Élargir le mandat de financement pour inclure les nourrissons, les enfants et les familles, avec des volets dédiés à la santé mentale des nourrissons et de la petite enfance.

- Favoriser la mise en place de modèles intégrés entre les services hospitaliers, communautaires et scolaires, en mettant l'accent sur la prévention, l'accès rapide et la continuité des soins.
- Donner la priorité à l'intervention précoce et aux approches centrées sur la famille, y compris le soutien périnatal et le soutien à la parentalité précoce.

### **Recommandation n° 3 : Investir 33 millions de dollars dans la recherche sur la santé des enfants et des jeunes**

Le Canada sous-investit de manière chronique dans la recherche sur la santé des enfants, et les conséquences deviennent impossibles à ignorer : nous en savons trop peu sur l'état actuel de la santé des enfants, nous ne sommes pas préparés aux menaces émergentes et l'état de santé des enfants se détériore.

Depuis plus de deux décennies, l'Institut du développement humain, de la santé des enfants et des adolescents (IDHSEA) des IRSC n'a bénéficié d'aucune augmentation de son budget de base — un gel prolongé qui a discrètement limité la capacité du Canada à soutenir la prochaine génération de chercheurs en santé pédiatrique. Aujourd'hui, son concours destiné aux chercheurs en début de carrière finance au maximum 13 subventions totalisant moins de 2 millions de dollars par an, avec des taux de réussite compris entre 7 et 14 % seulement. Concrètement, cela signifie que la grande majorité des chercheurs qualifiés qui pourraient faire progresser notre compréhension de la santé des enfants sont écartés — non pas par manque de talent, mais par manque d'investissement.

Le Canada dispose d'une occasion unique de devenir un chef de file mondial dans le domaine de la santé pédiatrique de précision et des thérapies avancées. La concrétisation de cette vision nécessite un investissement fédéral soutenu dans les infrastructures de recherche translationnelle, les plateformes de données et les capacités d'essais cliniques pédiatriques, tout en veillant à ce que les découvertes soient rapidement et équitablement transposées en soins, afin que l'innovation profite à tous les enfants, et pas seulement à ceux qui vivent à proximité des centres universitaires.

Nous recommandons les trois mesures suivantes :

- **Intégrer une politique d'inclusion tout au long de la vie dans le mandat de l'organisme de recherche Capstone avant que sa conception ne soit finalisée** : une politique qui garantirait que les enfants et les populations sous-représentées soient systématiquement inclus dans toutes les recherches financées par le gouvernement fédéral dès le début.

- **Investir 25 millions de dollars par an dans une initiative dédiée à la recherche sur la santé des enfants** : un financement réservé garantissant que les investissements dans la santé des enfants et des jeunes ne puissent pas être réaffectés à d'autres priorités de recherche au sein des IRSC. Cela représenterait le premier investissement fédéral significatif dans l'infrastructure de recherche sur la santé des enfants depuis plus de deux décennies.
- **8 millions de dollars pour soutenir l'Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes (ECSEJ) au cours de ses deux prochaines vagues** : le Canada ne peut élaborer de politiques de santé pédiatrique fondées sur des données probantes sans disposer de données nationales actuelles et ventilées. Un investissement soutenu pourrait également appuyer les efforts visant à élargir la portée de l'ESCCJ afin d'inclure les enfants vivant dans les réserves des Premières Nations et d'autres établissements autochtones — des populations actuellement exclues de l'enquête, ce qui crée des lacunes importantes dans les données sur la santé des enfants autochtones. Au sein de l'organisme de recherche Capstone, les gains d'efficacité administrative devraient être réinvestis dans les programmes au niveau des instituts — y compris l'IHDCYH — plutôt que d'être absorbés au niveau central.

#### **Recommandation n° 4 : Renforcer le financement du principe de Jordan, de l'initiative Les enfants inuits d'abord et des prestations de santé non assurées**

Le principe de Jordan et l'initiative Les enfants inuits d'abord ont été mis en place pour garantir que les enfants des Premières Nations et les enfants inuits bénéficient des services, des aides et des produits dont ils ont besoin, sans retard lié aux compétences juridictionnelles. Les récentes réductions de financement sapent cette promesse au moment même où la demande augmente. Le gouvernement fédéral est directement responsable des programmes qui déterminent si les enfants autochtones peuvent bénéficier de soins de santé, y avoir accès et en tirer profit. La restructuration et les réductions du financement du Principe de Jordan et de Services aux Autochtones Canada, combinées au dysfonctionnement opérationnel chronique du programme des services de santé non assurés (SSNA), causent un préjudice croissant aux enfants et aux familles, en particulier dans les régions nordiques.

La mise à jour économique du printemps 2026 engage 794 millions de dollars pour les SSNA en 2026-2027. Bien qu'il s'agisse d'un investissement bienvenu, il ignore les appels à un investissement à long terme et à une réforme pour relever les défis qui continuent d'affecter l'accès en temps opportun des enfants et des familles autochtones. Les équipes de première ligne signalent les conséquences suivantes des

défaillances du programme des services de santé non assurés de manière répétée et dans toutes les régions :

- **Rendez-vous manqués et retards de traitement** : les équipes attendent plusieurs jours pour obtenir de simples autorisations, car elles ont du mal à joindre le personnel du programme des prestations de santé non assurées (PSNA). Le transport n'est pas organisé à temps, les rendez-vous sont manqués et la reprogrammation retarde le traitement de plusieurs semaines ou mois, ce qui compromet les résultats en matière de santé.
- **Perturbation de la sédation pédiatrique** : la coordination des équipes de sédation, de l'anesthésiologie et de l'imagerie diagnostique pour les examens pédiatriques est complexe, et les annulations liées au NIHB sont désormais si fréquentes que certains anesthésistes — déjà en nombre insuffisant — refusent de fournir des services de sédation pédiatrique. Les familles se retrouvent alors à devoir choisir entre un nouveau retard et la poursuite de l'examen sans sédation, ce qui n'est pas dans l'intérêt de l'enfant.
- **Lits d'hôpital bloqués faute d'hébergement** : les patients pédiatriques venant de l'extérieur de la ville restent hospitalisés, aux frais du système et au détriment d'autres enfants en attente d'un lit, car le SSNA ne parvient pas à organiser leur hébergement à temps.
- **Érosion des services de transport médical gérés par les Autochtones** : une organisation autochtone assurant le transport médical a récemment mis fin à son programme, invoquant un financement insuffisant de la part du SSNA et des obligations de déclaration trop lourdes. Le NIHB s'appuie désormais sur des taxis locaux qui ne peuvent pas coordonner les examens de suivi le jour même, ce qui ajoute des jours de frais d'hôtel et éloigne les familles de leurs communautés bien plus longtemps que ce qui est cliniquement nécessaire.

Nous recommandons au gouvernement fédéral :

- **D'augmenter le financement alloué au Principe de Jordan** afin de répondre à la demande et d'honorer l'engagement fédéral envers les enfants des Premières Nations.
- **D'augmenter le financement de l'initiative Les enfants inuits d'abord** selon les mêmes modalités, ou selon des modalités actualisées définies par les défenseurs des organisations territoriales.
- **De financer la réforme opérationnelle du SSNA**, notamment en assurant une dotation en personnel adéquate, en publiant des normes de délais d'intervention, en assouplissant les règles de transport pour les tests coordonnés et en garantissant un financement durable pour le transport médical géré par les Autochtones, qui tienne compte de processus adaptés à la culture et tenant

compte des traumatismes (c'est-à-dire permettant à un membre de la famille d'accompagner le patient lors de son transport médical).

## À propos de nous

**Santé des enfants Canada** est une association nationale au service des organismes de prestation de soins de santé qui s'occupent des enfants et des jeunes. Elle milite pour accélérer l'excellence et l'innovation au sein des systèmes de santé destinés aux enfants, aux jeunes et à leurs familles, tout au long du continuum de soins. Nos membres fournissent des services de santé à des millions d'enfants et de jeunes à travers le Canada, notamment les seize hôpitaux pour enfants, les hôpitaux communautaires, les hôpitaux de réadaptation, les agences de soins à domicile et de répit, les centres de traitement pour enfants et les autorités régionales de santé.

**Les Directeurs de pédiatrie du Canada (DPC)** regroupe les chefs des départements universitaires de pédiatrie des dix-sept facultés de médecine du Canada. Les DPC assure un leadership national visant à renforcer l'avenir de la pédiatrie, en faisant progresser l'éducation, la planification de la main-d'œuvre et la recherche afin de soutenir l'excellence des soins prodigués aux enfants et aux jeunes.