



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

44^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

Comité permanent de la condition féminine

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 131

Le lundi 18 novembre 2024

Présidente : Mme Shelby Kramp-Neuman



Comité permanent de la condition féminine

Le lundi 18 novembre 2024

• (1105)

[Traduction]

La présidente (Mme Shelby Kramp-Neuman (Hastings—Lennox and Addington, PCC)): La séance est ouverte.

Bienvenue à la 131^e réunion du Comité permanent de la condition féminine de la Chambre des communes.

Avant de commencer, j'aimerais demander à tous les participants en personne de lire les lignes directrices inscrites sur les cartes mises à jour qui se trouvent sur la table. Ces mesures sont en place pour aider à prévenir les incidents acoustiques et les retours de son et pour protéger la santé et la sécurité de tous les participants, y compris les interprètes. Vous remarquerez également, sur cette carte, un code QR qui renvoie à une courte vidéo de sensibilisation.

Je rappelle à tous les membres du Comité qu'ils sont priés d'attendre que je les reconnaisse par leur nom avant de prendre la parole. Je vous rappelle également que tous les commentaires doivent être adressés à la présidence.

[Français]

Je vous remercie tous de votre coopération.

[Traduction]

Conformément à l'article 108(2) du Règlement et aux motions adoptées par le Comité le mardi 4 juin 2024 et le mercredi 25 septembre 2024, le Comité reprend son étude sur le dépistage du cancer du sein chez les femmes de 40 ans.

J'aimerais maintenant souhaiter la bienvenue à nos témoins. Elles comparaissent toutes par vidéoconférence aujourd'hui.

À titre personnel, nous accueillons Dre Nadine Caron, professeure. De Santé Ontario, nous accueillons Mme Alethea Kewayosh, directrice, unité de cancérologie autochtone et équité et coordination en santé autochtone et Mme Amanda Sheppard, scientifique principale. De l'organisme de services de soutien en matière de cancer The Olive Branch of Hope, nous accueillons Mme Juliet Daniel, professeure.

Nous allons maintenant entendre les déclarations préliminaires. Chaque témoin dispose de cinq minutes.

Docteure Caron, vous avez la parole. Vous avez cinq minutes.

Je vous remercie.

Dre Nadine Caron (professeure, à titre personnel): Je vous remercie. *Meegwetch. Thank you.*

Je me joins à vous aujourd'hui depuis le territoire traditionnel et ancestral des Lheidli T'enneh, à Prince George, en Colombie-Britannique.

Je suis chirurgienne oncologue et professeure à l'Université de la Colombie-Britannique. Je me joins à vous aujourd'hui à titre de femme autochtone, de fille, de mère, de sœur, de tante, de cousine et de membre de la Première Nation de Sagamok Anishnawbek.

J'occupe de nombreuses fonctions dans le domaine du cancer du sein. Je recommande fortement de modifier les lignes directrices relatives au dépistage du cancer du sein pour que les tests de dépistages commencent à l'âge de 40 ans, au lieu de l'âge actuel de 50 ans.

Les lignes directrices actuelles de la Colombie-Britannique indiquent que les mammographies de dépistage sont accessibles aux femmes dans la quarantaine et recommandent que les femmes à « risque moyen » commencent à subir une mammographie de dépistage à l'âge de 50 ans.

Il y a une nette différence entre un service offert et un service recommandé. Ces lignes directrices, actuelles et antérieures, n'ont jamais...

La présidente: Je suis désolée de vous interrompre, mais l'une de nos membres souhaite intervenir.

Mme Leah Gazan (Winnipeg-Centre, NPD): Je suis sincèrement désolée.

Pouvez-vous augmenter le volume? Je ne peux pas utiliser mes écouteurs, car il y a de l'écho.

La présidente: Oui, certainement.

Mme Leah Gazan: Je vous remercie.

La présidente: Nous allons essayer d'augmenter le volume.

Avec le consentement de tous, je vais éteindre ces écrans de télévision pour que les gens entendent un peu mieux. Est-ce que vous êtes d'accord?

Des députées: Oui.

La présidente: D'accord. Nous allons donc entamer ce processus.

En attendant, je m'excuse d'avoir dû vous interrompre.

Dre Nadine Caron: Ce n'est pas grave.

La présidente: Vous pouvez reprendre là où vous vous étiez arrêtée. J'en tiendrai compte dans le temps imparti.

Dre Nadine Caron: D'accord. C'est très bien.

Pour récapituler, il y a une différence entre un service offert et un service recommandé, et ces lignes directrices — actuelles et antérieures — n'ont jamais, à ma connaissance, pris en considération les données ou les perspectives autochtones.

Dans le cadre de recherches récentes menées avec la Régie de la santé des Premières Nations et l'Agence du cancer de la Colombie-Britannique, lorsque nous avons comparé les femmes des Premières Nations de la Colombie-Britannique à toutes les autres femmes de la province, nous avons constaté que les femmes des Premières Nations recevaient un diagnostic à un stade plus avancé de cancer du sein.

Les femmes des Premières Nations avaient aussi un taux de survie au cancer du sein plus faible. Les taux de dépistage par mammographie étaient moins élevés chez les femmes des Premières Nations, ce qui était très évident dans le groupe des 40 à 49 ans. De plus, les femmes des Premières Nations ont moins souvent accès à un prestataire de soins primaires, ce qui peut expliquer les taux de mammographie plus faibles dans ce groupe d'âge, puisqu'on suggère aux femmes âgées de 40 à 49 ans de discuter avec leur prestataire de soins de santé lorsqu'elles envisagent de passer une mammographie. Les lignes directrices indiquent en effet que les personnes qui présentent un risque plus élevé doivent commencer à 40 ans. Actuellement, l'âge recommandé varie en fonction des facteurs de risque.

C'est un élément essentiel, car ces définitions de risque sont limitées lorsqu'il s'agit du contexte autochtone et elles ne semblent pas prendre en compte les réalités et les défis propres aux populations autochtones. Par exemple, les femmes à risque élevé sont celles qui sont porteuses d'une variante génétique pathogène qui augmente considérablement le risque de cancer du sein. Il s'agit là de termes sophistiqués pour désigner l'ADN ou les bases génétiques telles que BRCA1 et BRCA2 et plusieurs autres.

L'accès inéquitable aux tests de dépistage et à la recherche sur les cancers héréditaires suscite des inquiétudes et, même si cela n'a pas été prouvé, je soupçonne que c'est semblable à d'autres disparités documentées dans l'accès aux tests de dépistage génétique et génomique et aux soins pour les populations autochtones. Ces inégalités dans le domaine des soins de santé peuvent limiter l'accès aux mammographies de dépistage lorsque l'accès est fondé sur les lignes directrices actuelles. Ainsi, si on ne recommande pas à une personne ou aux membres de sa famille de passer des tests pour cette variante génétique, comment cette personne peut-elle savoir que les recommandations visant à subir ces tests dès l'âge de 40 ans s'appliquent à elle?

Les antécédents familiaux constituent un autre facteur de risque utilisé par les lignes directrices actuelles pour recommander de commencer à 40 ans plutôt qu'à 50 ans. Les femmes ayant des antécédents familiaux de cancer du sein sont considérées comme présentant un risque plus élevé, sur le fondement d'éléments précis, notamment le nombre de membres de la famille atteints d'un cancer, le degré de parenté et l'âge auquel le diagnostic a été reçu.

Les lignes directrices actuelles recommandent déjà une mammographie dès l'âge de 40 ans pour les personnes dont les antécédents familiaux répondent aux critères. Selon moi, c'est un élément sur lequel nous ne nous penchons pas suffisamment. Que se passe-t-il si une personne ne connaît pas ses antécédents familiaux? Qu'en est-il des facteurs qui ont pu modifier ses antécédents familiaux? Et si cela représentait en soi un obstacle? Et si les antécédents familiaux ou les antécédents familiaux potentiels d'une personne augmentent le risque qu'elle développe un cancer du sein, mais que le fait de ne pas les connaître réduit l'accès aux tests de dépistage qui peuvent lui sauver la vie?

Prenons l'exemple des populations autochtones du Canada. L'histoire du système des pensionnats indiens est celle de femmes comme ma mère. Ces femmes ont été coupées de leur famille, de leur culture et de leur communauté, ce qui peut les avoir empêchées de retourner ou de rester dans leur communauté et de connaître leurs antécédents familiaux. Les enfants qui n'ont jamais vécu assez longtemps pour quitter le pensionnat... Je dois vous avertir que j'ai grandi en Colombie-Britannique et que le chiffre 215 est gravé dans mon âme. Ces enfants n'ont pas grandi pour devenir une sœur atteinte d'un cancer du sein ou une tante ou une fille atteinte d'un cancer du sein.

La rafle des années 60 a complètement coupé des personnes de leur famille, et un grand nombre d'entre elles n'ont jamais su qu'elles avaient des antécédents familiaux qui correspondaient aux critères pour passer une mammographie de dépistage à l'âge de 40 ans. La réinstallation forcée de certaines communautés autochtones a séparé des familles, ce qui signifie que ces personnes n'ont pas entendu les histoires de famille qui auraient pu les informer sur leurs antécédents familiaux. Les différences énormes en matière d'espérance de vie et de statistiques entre les peuples autochtones et le reste de la population du Canada se traduisent notamment par une augmentation des décès chez les enfants et les jeunes adultes, qu'il s'agisse des taux de mortalité infantile, du taux de suicide chez les adolescents, de traumatismes ou d'autres facteurs. Ainsi, des membres de notre famille n'ont peut-être jamais grandi pour devenir une sœur ou une tante atteinte d'un cancer du sein.

Un très grand nombre de mes patientes ont été privées de leurs antécédents familiaux, car elles ne les ont jamais connus ou leurs proches n'ont jamais atteint l'âge adulte, mais c'est pourtant ce qui détermine l'accès aux services de dépistage d'un cancer courant qui peut être traité s'il est détecté de façon précoce. Il faudrait recommander aux femmes autochtones de subir des mammographies de dépistage dès l'âge de 40 ans, étant donné que les critères permettant d'avoir accès à ce test à l'âge de 40 ans sont fondés sur une évaluation des risques qui représente un obstacle en soi.

• (1110)

Les mammographies de dépistage changent des vies. Je pense donc que nous devrions éliminer les restrictions d'accès à ces tests.

Chi-miigwech.

La présidente: Je vous remercie beaucoup de votre témoignage.

J'aimerais maintenant souhaiter la bienvenue à Mme Kewayosh et à Mme Sheppard.

Vous avez la parole. Vous avez cinq minutes.

Mme Alethea Kewayosh (directrice, unité de cancérologie autochtone et équité et coordination en santé autochtone, Santé Ontario): Je vous remercie.

Bonjour. Je m'appelle Alethea Kewayosh et je suis directrice de l'unité de cancérologie autochtone et de l'unité d'équité et de coordination en santé autochtone pour Santé Ontario. Je suis accompagnée aujourd'hui de Mme Amanda Sheppard, scientifique principale à l'unité de cancérologie autochtone. Nous vous remercions de nous donner l'occasion de comparaître devant le Comité.

Santé Ontario est un organisme du gouvernement de l'Ontario dont le mandat est d'intégrer et de transformer le système de soins de santé de l'Ontario. Santé Ontario intègre et coordonne le système de santé afin de faciliter les transitions vers les soins pour les Ontariens, en mettant l'accent sur l'optimisation des ressources et en garantissant un accès équitable à des soins de haute qualité à l'endroit requis et au moment opportun.

Les peuples autochtones sont les premiers habitants du Canada. Les peuples autochtones ne forment pas un groupe culturel au Canada, car ce sont des peuples distincts, reconnus par la Constitution et dotés de droits ancestraux issus de traités. L'Ontario compte plus de 400 000 Autochtones, mais il s'agit d'une sous-estimation du nombre réel de membres des Premières Nations, d'Inuits et de Métis en Ontario.

Des cohortes rétrospectives de femmes des Premières Nations et d'autres Ontariennes ont été examinées pour évaluer l'incidence du cancer du sein, ainsi que les taux de mortalité et de survie à ce cancer. Les femmes des Premières Nations présentaient une incidence et un taux de mortalité considérablement plus faibles. Cependant, après avoir reçu un diagnostic de cancer du sein, les femmes des Premières Nations étaient beaucoup plus susceptibles de mourir que les autres Ontariennes.

Dans des études de cohortes en paires appariées comparant des femmes des Premières Nations et des femmes qui n'étaient pas membres des Premières Nations ayant reçu un diagnostic de cancer du sein en Ontario, le taux de survie était plus de trois fois moins élevé pour les femmes des Premières Nations ayant reçu un diagnostic au stade 1 que pour les femmes qui n'étaient pas membres des Premières Nations. En outre, le risque de décès après un diagnostic de cancer du sein de stade 1 était environ cinq fois plus élevé chez les femmes des Premières Nations qui souffraient d'une comorbidité autre que le diabète et il était plus de cinq fois plus élevé chez les femmes diabétiques que chez celles qui ne souffraient pas d'une comorbidité. Par conséquent, la présence d'une comorbidité préexistante était le facteur le plus important pour expliquer la disparité observée dans les taux de survie chez les femmes des Premières Nations.

L'amélioration des soins à l'étape du dépistage du cancer du sein pourrait permettre d'augmenter leur taux de survie après un diagnostic de cancer du sein à un stade précoce.

Très peu de villes ont étudié la participation au dépistage du cancer du sein chez les Inuits et les Métis.

Le programme de dépistage du cancer du sein de l'Ontario est un programme de dépistage à l'échelle de la province qui vise à réduire le nombre de décès attribuables au cancer du sein grâce à un dépistage régulier. Le programme offre un dépistage à deux groupes différents de personnes qui remplissent les conditions requises pour le dépistage du cancer du sein. Le premier est constitué de personnes âgées de 50 à 74 ans qui présentent un risque moyen. Le Programme ontarien de dépistage du cancer du sein a récemment été élargi pour être accessible aux personnes âgées de 40 à 49 ans. L'autre groupe est constitué de personnes âgées de 30 à 69 ans qui présentent un risque élevé.

En matière de dépistage du cancer, les adultes autochtones ne bénéficient souvent que d'un dépistage insuffisant, voire d'aucun dépistage. De nombreuses raisons expliquent cette situation, notamment les traumatismes intergénérationnels et les déterminants sociaux de la santé et, en ce qui concerne la santé et les traitements

pour le cancer, les stéréotypes et les préjugés, les entraves à la communication et le manque d'interprétation, le manque de confiance envers le système de soins de santé, le fait de ne pas avoir de médecin de famille, la piètre coordination des soins et les problèmes en matière de compétence.

Il n'existe pas de terminologie pour le cancer dans la plupart des langues des Premières Nations. Dans certaines communautés des Premières Nations, le cancer est un sujet tabou étouffé par le secret et la crainte, car sur le plan historique, les cas de cancer étaient rares chez les Premières Nations.

Les contextes historiques et culturels ont contribué à l'émergence de points de vue uniques et à une attitude généralement pessimiste à l'égard du cancer. Lorsqu'on leur demande ce qu'ils pensent du cancer, ils répondent généralement que c'est une condamnation à mort.

Ces opinions peuvent avoir une incidence sur la réceptivité aux efforts de sensibilisation sur le cancer, ainsi qu'aux efforts en matière de prévention et de prestation de soins pour le cancer. La spiritualité traditionnelle, qui est importante pour de nombreux Autochtones, peut contribuer à ces croyances sur le cancer.

Santé Ontario a pour objectif d'améliorer les traitements contre le cancer pour les Premières Nations, les Inuits, les Métis et les populations autochtones urbaines de l'Ontario. L'unité de cancérologie autochtone s'efforce de réduire les inégalités en matière de soins et d'accès aux services d'oncologie, afin d'améliorer au bout du compte les résultats de la lutte contre le cancer. Pour atteindre cet objectif, nous collaborons avec des partenaires et des organismes autochtones et non autochtones à l'échelon régional, provincial et national, afin d'élaborer et de mettre en œuvre des stratégies autochtones de lutte contre le cancer. En travaillant avec les programmes régionaux de lutte contre le cancer et des partenaires autochtones, l'unité de cancérologie autochtone s'assure que les programmes et les stratégies proposés sont pertinents et susceptibles d'être très efficaces pour les personnes, les familles et les collectivités grâce à l'élaboration de plans régionaux personnalisés de lutte contre le cancer chez les Autochtones.

L'une des priorités stratégiques de la stratégie pour la lutte contre le cancer chez les Autochtones est le dépistage du cancer. Les principaux objectifs sont d'améliorer l'accès et la participation au dépistage du cancer, d'améliorer la coordination et l'intégration des services de dépistage du cancer et de soutenir les initiatives visant expressément à améliorer les programmes organisés de dépistage du cancer.

Je tiens également à me faire l'écho des commentaires de l'intervenante qui m'a précédée et lui exprimer ma gratitude pour ses commentaires.

Je vous remercie du temps que vous m'avez accordé. Je serai heureuse de répondre à vos questions.

Meegwetch.

● (1115)

La présidente: Je vous remercie beaucoup.

Pour conclure, nous entendrons Mme Daniel. Vous avez la parole. Vous avez cinq minutes.

Mme Juliet Daniel (professeure, The Olive Branch of Hope Cancer Support Services): Bonjour.

J'aimerais d'abord remercier le Comité permanent de la condition féminine de m'avoir invitée à témoigner dans le cadre de son étude sur le dépistage du cancer du sein chez les femmes de 40 à 49 ans.

Je suis professeure et biologiste du cancer à l'Université McMaster. J'ai moi-même survécu à un cancer du sein il y a 15 ans et je suis membre du sous-comité de recherche de l'organisme de services de soutien en matière de cancer The Olive Branch of Hope ou TOBOH.

Depuis une dizaine d'années, je travaille en partenariat avec TOBOH afin d'organiser et d'accueillir des ateliers et des symposiums éducatifs intitulés « Think Beyond "Love Pink" Breast Cancer Awareness », c'est-à-dire des ateliers de sensibilisation sur le cancer du sein qui s'adressent expressément aux femmes noires et aux autres femmes racisées qui considèrent le diagnostic de cancer du sein comme une malédiction ou un stigmate. La mission de TOBOH est de s'attaquer de front à cette stigmatisation, car savoir, c'est pouvoir et nous savons qu'un diagnostic précoce du cancer du sein est associé avec de bons résultats en matière de survie.

Grâce aux progrès réalisés en matière de détection précoce et aux programmes de dépistage et d'options thérapeutiques, les taux de mortalité du cancer du sein ont diminué de près de 50 % au cours des 40 dernières années, passant de 42 décès à 22 décès par 100 000 habitants. Toutefois, les données épidémiologiques continuent de révéler des disparités chez les Canadiennes racisées, ce qui contribue à des inégalités manifestes dans l'expérience vécue au cours des traitements contre le cancer et les résultats en matière de survie.

Je viens de célébrer mon 25^e anniversaire à titre de professeure à l'Université McMaster. Au cours des 10 premières années de ma carrière, mon équipe s'est concentrée sur la caractérisation d'un nouveau facteur de transcription que j'ai découvert et baptisé « Kaiso ».

Il s'avère que Kaiso est impliqué dans de nombreux cancers agressifs chez les humains, notamment ceux du sein, de la prostate, du poumon et du pancréas, mais surtout, nous avons récemment établi une corrélation entre les niveaux de Kaiso et les disparités dans les résultats liés aux cancers du sein et de la prostate chez les femmes et les hommes noirs respectivement.

En 2008, j'ai entendu parler pour la première fois du cancer du sein triple négatif agressif, ou le sous-type TNBC, qui touche de manière disproportionnée les jeunes femmes afro-américaines et ouest-africaines préménopausées comparativement aux femmes blanches.

À l'heure actuelle, la plupart des études et des données sur le cancer du sein et le cancer du sein triple négatif chez les femmes noires sont fondées sur des données américaines. À titre de femme noire d'origine caraïbéenne, ces études m'intéressent beaucoup. En 2011, lors de mon deuxième congé pour effectuer de la recherche, j'ai commencé à étudier le cancer du sein triple négatif chez les femmes des Caraïbes et d'Afrique de l'Ouest, car il n'y avait pas de documentation publiée sur le cancer du sein triple négatif dans les Caraïbes ou au Canada et les hôpitaux canadiens ne recueillaient pas de données démographiques ventilées pour le cancer ou toute autre maladie.

Mon équipe de recherche souhaite surtout déterminer s'il existe une prédisposition génétique ancestrale ou une susceptibilité au cancer du sein triple négatif chez les femmes d'origine africaine. La

prévalence du cancer du sein triple négatif en Afrique de l'Ouest varie de 40 à 70 % au Ghana et au Nigéria. Elle varie de 20 à 22 % dans les Caraïbes et aux États-Unis, mais cette prévalence n'est que de 10 % chez les femmes blanches aux États-Unis, ce qui laisse croire qu'il pourrait s'agir d'un héritage de nos ancêtres esclaves amenés lors de la traite transatlantique des esclaves.

Cependant, ce qui est le plus inquiétant à propos du cancer du sein chez les femmes noires, c'est que malgré une incidence plus faible que chez les femmes blanches, les femmes noires ont le taux de mortalité lié au cancer du sein le plus élevé. Les femmes noires de moins de 50 ans ont un taux de mortalité deux fois plus élevé que les femmes blanches. Cela est peut-être attribuable au fait qu'il n'existe pas de traitement ciblé pour le cancer du sein triple négatif, qui est plus répandu chez les femmes noires.

En revanche, les femmes blanches ont tendance à recevoir un diagnostic de tumeur du sein à récepteurs d'œstrogènes positifs, un type de cancer qui est traité efficacement avec le tamoxifène.

Étant donné qu'il n'existe pas de traitement ou de médicament ciblé précis pour traiter le cancer du sein triple négatif, le pronostic de toute femme — qu'elle soit autochtone, noire, latino-américaine, asiatique ou d'une autre origine ethnique — qui reçoit un diagnostic de cancer du sein triple négatif est sombre, car elle ne peut être traitée que par radiothérapie, un traitement qui cible le sein lui-même, et par chimiothérapie standard, qui affecte toutes les cellules prolifératives dans le corps, tel que les cheveux et les cellules intestinales.

Plus tôt ce mois-ci, nous avons été ravis de lire un article publié par la Dre Wilkinson et ses collègues de l'Université d'Ottawa, car il s'agissait de la première étude sur l'incidence du cancer du sein et de la mortalité par âge, stade, sous-type moléculaire, race et origine ethnique au Canada. Les auteurs ont indiqué que, par rapport aux femmes blanches, les autres femmes canadiennes avaient un âge de pointe plus précoce pour le diagnostic du cancer du sein, et qu'un plus grand nombre de cas étaient diagnostiqués avant l'âge de 40 ans. Ils ont également indiqué que les femmes noires reçoivent, selon les statistiques, un nombre plus élevé de diagnostics du cancer du sein aux stades 3 et 4 combinés, soit 26 %, contre 17 % pour les femmes blanches.

● (1120)

Notamment, la proportion de cancer du sein agressif triple négatif chez les femmes noires canadiennes était deux fois plus élevée que chez les femmes blanches, soit 20 % contre 9,5 %. Cette statistique est très proche des données américaines comparant les femmes afro-américaines aux femmes blanches américaines.

La Dre Wilkinson et ses collègues ont conclu que le fait de commencer le dépistage du cancer du sein à l'âge de 50 ans désavantage très probablement les femmes chez qui le cancer du sein a été diagnostiqué en plus grande proportion avant l'âge de 40 ans et cela pourrait expliquer en partie les proportions plus élevées de diagnostics de cancer du sein avancé chez de nombreuses femmes plus jeunes de race et de groupe ethnique autres que blancs dans cette étude.

Il n'y a pas de solution universelle, et au nom de The Olive Branch of Hope, des Canadiennes noires et d'autres femmes racisées, j'encourage vivement le groupe de travail canadien sur le dépistage du cancer du sein et le Comité permanent de la condition féminine d'envisager de réviser les recommandations pour tenir compte des populations qui risquent d'être touchées par des sous-types de cancer du sein agressifs et d'apparition précoce.

J'aimerais également ajouter que je suis d'accord avec la Dre Caron, qui a souligné que les critères de la catégorie à risque élevé ne tiennent pas compte de l'expérience vécue par les communautés marginalisées au Canada.

Je vous remercie.

La présidente: Je remercie toutes les témoins de leurs excellentes déclarations préliminaires.

Nous avons maintenant entendu toutes les déclarations préliminaires.

J'aimerais donc entamer notre première série de questions.

Nous entendrons d'abord Mme Michelle Ferreri. Vous avez la parole. Vous avez six minutes.

Mme Michelle Ferreri (Peterborough—Kawartha, PCC): Je vous remercie, madame la présidente.

Je remercie les témoins qui comparaissent aujourd'hui devant le comité de la condition féminine au sujet de l'étude sur le cancer du sein et des recommandations du groupe de travail national. Vos témoignages sont manifestement très importants dans le cadre de cette étude et vous avez soulevé de très bons points.

Nous accueillerons la présidente du groupe de travail au cours de la seconde moitié de la réunion d'aujourd'hui. Je pense qu'il serait très utile que vous nous parliez des questions que vous aimeriez lui poser. Je sais que vous avez déjà formulé des recommandations.

Docteure Caron, vous avez dit quelque chose qui a vraiment piqué mon intérêt. Dans le milieu parlementaire, un seul mot peut changer la donne. Vous avez dit qu'il y avait une très grande différence entre les traitements « offerts » et les traitements « recommandés ».

Si vous me le permettez, j'aimerais donner à la Dre Caron et à Mme Daniel l'occasion d'énoncer, pour le compte rendu, les questions qu'elles aimeraient poser au groupe de travail et à sa présidente. Dans le cadre de notre étude, un grand nombre de survivantes du cancer du sein et de médecins nous ont dit, dans le cadre de leurs témoignages, qu'ils n'avaient pas été consultés. Ces personnes ne sont pas satisfaites des recommandations du groupe de travail et elles souhaitent qu'on les modifie. Qu'aimeriez-vous demander à la présidente?

J'aimerais d'abord entendre la réponse de la Dre Caron.

• (1125)

Dre Nadine Caron: Je vous remercie.

Je vous suis très reconnaissante de reconnaître les mots que j'ai utilisés. En effet, les mots peuvent si facilement guérir, causer du tort, apporter des éclaircissements ou embrouiller les choses.

J'ai vu tant de patients au fil des années. À titre de chirurgienne spécialiste du cancer du sein, j'ai vu des centaines de femmes atteintes d'un cancer du sein ou qui le seraient bientôt. Elles ne com-

prenaient pas qu'on ne leur avait pas tout simplement recommandé de subir une mammographie.

Mme Michelle Ferreri: Je suis désolée de vous interrompre, mais pourriez-vous préciser l'âge moyen de ces femmes?

Dre Nadine Caron: Malheureusement, dans l'ensemble, je dois préciser qu'il s'agit surtout de femmes âgées de 40 à 49 ans à qui on n'avait pas recommandé de subir un test de dépistage parce qu'il s'agissait simplement de quelque chose qu'elles pourraient « envisager » et qui « pourrait » être mis à leur disposition si elles le souhaitent après discussion avec leur fournisseur de soins de santé primaires.

Malheureusement, en Colombie-Britannique et dans le reste du pays, lorsqu'il s'agit d'avoir accès à un fournisseur de soins primaires pour discuter de cette question, cette tranche d'âge comprend également toute femme qui devrait envisager de passer une mammographie de dépistage. On comprend mal l'objectif d'une mammographie de dépistage et son utilité. Le système de soins de santé — et je parle du point de vue autochtone de mes patientes autochtones et des membres de ma famille — suscite une grande crainte en raison de l'absence de sécurité culturelle et d'un manque d'accès à un prestataire de soins de santé à qui parler de tout cela. Toutes ces choses se répercutent sur les personnes de 50 ans et plus, auxquelles les lignes directrices recommandent fortement de commencer à subir des mammographies de dépistage.

Cependant, la plupart de mes patientes ne consultent pas le site Web pour savoir ce que l'Agence du cancer de la Colombie-Britannique recommande ou pour trouver d'autres recommandations. Elles n'ont pas accès à un prestataire de soins primaires qui leur recommande fortement de passer une mammographie de dépistage parce qu'elles vont avoir 50 ans.

Mme Michelle Ferreri: Je suis désolée. Je n'ai pas beaucoup de temps. Veuillez terminer votre intervention.

Dre Nadine Caron: Dans la plupart des cas, on ne recommande pas aux femmes dans la quarantaine de passer une mammographie de dépistage. Il leur incombe donc de trouver un fournisseur de soins primaires ou de chercher ces renseignements et d'avoir le courage d'entrer dans le système de soins de santé lorsque ces tests leur sont accessibles, mais pas fortement recommandés dans leur cas.

Mme Michelle Ferreri: Je vous remercie, docteure Caron. Vous avez soulevé un point très intéressant, à savoir l'accès à un prestataire de soins primaires. Nous savons que c'est probablement l'un des enjeux les plus importants, sinon le plus important, dans tout le pays. Notre pays fait toujours face à une énorme crise en matière de soins de santé.

Si vous me le permettez, j'aimerais maintenant m'adresser à Mme Daniel.

Pourquoi les recommandations de la présidente d'un groupe de travail national seraient-elles différentes de celles de toutes les provinces et de tous les témoins que nous avons entendus? Cela ne tient pas debout. Cela ne me semble pas logique. Je pense que de nombreux membres du Comité sont du même avis.

Pouvez-vous nous faire part de vos réflexions à ce sujet ou pourriez-vous nous dire ce que vous aimeriez lui demander?

Mme Juliet Daniel: Je vous remercie.

J'ai oublié de m'informer sur la composition du groupe de travail, mais ce serait justement l'une de mes questions. Quelle est la composition du groupe de travail? Le groupe compte-t-il des survivants du cancer ou des soignants? Ses membres représentent-ils la nature multiculturelle et multiethnique du Canada?

Par ailleurs, les membres de ce groupe ont-ils fait preuve d'ouverture d'esprit dans le cadre des consultations qu'ils ont menées? Comme vous l'avez souligné, de nombreuses personnes se sont plaintes ou ont fait remarquer qu'elles n'avaient pas été consultées.

J'aimerais également demander à la présidente si elle est au courant que l'American Association for Cancer Research, ou l'association américaine de la recherche sur le cancer, a ajouté — il y a trois ou quatre ans, ce n'est donc pas très récent — le racisme aux déterminants sociaux de la santé et aux facteurs de risque pour le développement du cancer. Cela concerne les communautés marginalisées qui subissent des niveaux élevés de racisme. Ici, au Canada, il s'agit surtout des communautés noires et autochtones.

Cela signifie que le racisme a entraîné des modifications épigénétiques de notre ADN. Il ne s'agit pas de mutations, mais de marqueurs qui s'ajoutent à notre ADN et qui sont transmis par les traumatismes intergénérationnels causés par le racisme. Dans le cas de la Dre Caron, par exemple, ces marqueurs épigénétiques pourraient provenir de ses ancêtres et du traitement qu'ils ont subi dans les pensionnats. Dans mon cas, ils pourraient provenir des traitements subis par mes ancêtres esclaves. J'ai hérité de ces marqueurs épigénétiques sans même le savoir...

• (1130)

La présidente: Je vous remercie beaucoup.

Mme Juliet Daniel: J'aimerais également demander à la présidente ce qu'elle dirait à quelqu'un comme moi, qui a reçu un diagnostic à l'âge de 45 ans.

J'ai découvert ma bosse parce que ma mère est décédée d'un cancer de l'ovaire quand j'avais 22 ans. C'est ce qui m'a poussée à devenir chercheuse en cancérologie. J'étais très consciente de ce que je devais rechercher et de ce que je devais faire. Mon médecin de famille et moi-même avons exercé une grande diligence dans l'évaluation annuelle de mon état de santé. Trois mois après mon examen médical annuel, en octobre 2008, j'ai découvert une bosse dans mon sein...

La présidente: Je vous remercie beaucoup de nous raconter votre histoire.

Mme Juliet Daniel: En trois mois, la tumeur est passée d'une très petite à une très grosse tumeur. Puisque je suis une scientifique, j'ai pu demander une mammographie, etc. Le commun des mortels n'a pas ce bagage scientifique et ne sait pas comment défendre ses intérêts.

La présidente: Je vous remercie beaucoup de nous avoir raconté votre histoire et d'avoir partagé votre expertise.

J'aimerais maintenant donner la parole à Mme Damoff. Elle a six minutes.

Mme Pam Damoff (Oakville-Nord—Burlington, Lib.): Je vous remercie, madame la présidente.

Je remercie les témoins d'être ici aujourd'hui.

J'ai eu le privilège de visiter le laboratoire de Mme Daniel. Docteur Caron, j'espère que j'aurai aussi la chance de visiter le vôtre à Prince George.

Je pense que vous êtes deux des principales expertes au Canada, sinon dans le monde, sur l'expérience des femmes autochtones et des femmes noires atteintes d'un cancer du sein. J'aimerais savoir si le groupe de travail a consulté l'une ou l'autre d'entre vous lorsqu'il a établi ses lignes directrices.

J'aimerais d'abord entendre votre réponse, madame Daniel.

Mme Juliet Daniel: Pour être honnête, je ne m'en souviens même pas. On m'a consultée sur un si grand nombre de sujets au cours des deux dernières années que je ne m'en souviens pas. Je ne me souviens pas précisément d'avoir été consultée à ce sujet. Je sais que j'ai fait partie d'un groupe avec plusieurs personnes au sujet du cancer du sein en général, mais je ne me souviens pas s'il s'agissait de ce groupe de travail.

Mme Pam Damoff: Ce n'est pas grave.

Docteur Caron, le groupe de travail a-t-il communiqué avec vous?

Dre Nadine Caron: Je vous suis très reconnaissante de me poser cette question. Non, le groupe de travail n'a pas communiqué avec moi. Je ne sais pas non plus si ses membres ont communiqué avec mes collègues qui travaillent avec moi dans ce domaine.

J'aimerais simplement reconnaître l'histoire personnelle de Mme Daniel et le chevauchement avec les personnes qui n'ont pas accès aux mêmes services dans notre pays. Je pense que le groupe de travail se concentre sur la majorité, ce qui permet à la majorité des gens de se sentir en sécurité, de se sentir satisfaits et de sentir qu'ils sont représentés, mais cela ne change rien au mal qui est fait.

Je suis tout à fait d'accord pour dire que le racisme est un déterminant social de la santé, mais je tiens également à souligner la situation décrite par Mme Daniel, car selon moi, l'accès à la recherche est également un déterminant social de la santé. Le dépistage par mammographie est fermement recommandé aux femmes de 40 ans ou moins — oui, aux femmes plus jeunes — qui présentent des anomalies génétiques qui augmentent le risque de cancer du sein parce que la recherche a révélé qu'il existe des anomalies génétiques dans ces populations qui les exposent à un risque très élevé de cancer du sein.

En ce qui concerne la population dont fait partie Mme Daniel, qu'elle défend si ardemment et à laquelle elle prête sa voix — un cri dans la nuit —, je pense que nous devons commencer à reconnaître que l'absence de données ne signifie pas une absence de risque. Cela signifie plutôt qu'il y a beaucoup de travail à faire pour que nous cessions d'être ce que j'appelais autrefois « la nation de l'astérisque ».

Les données sur le cancer triple négatif représentent certainement un exemple de cette situation. Il y a des années, le risque de cancer était bien connu pour les populations afro-américaines aux États-Unis, mais au Canada, il n'y avait pas de données sur le risque considérablement plus élevé dans cette population. Il est intéressant de souligner qu'en ce qui concerne les « Amérindiens » — le terme utilisé dans ces études —, aucune donnée n'était disponible. Nous ne pouvions même pas faire de commentaires à ce sujet.

On ne peut pas utiliser l'absence ou la rareté des données pour se convaincre que le risque ne semble pas plus élevé. Je pense qu'il faut reconnaître ce risque et le mettre au premier plan, puis nous demander pourquoi nous élaborons des lignes directrices lorsque nous ne disposons même pas de renseignements adéquats sur ces populations que le gouvernement canadien est responsable d'entendre.

• (1135)

Mme Pam Damoff: Merci. J'ai une brève question à poser à la présidente.

Je sais que Mme Daniel a un manuscrit qu'elle pourrait soumettre sous forme de mémoire, madame la présidente. Je me demande quelle est la date limite pour les mémoires.

Je poserais peut-être une question aux témoins pendant que vous vérifiez — je ne veux pas épuiser mon temps d'intervention. Les lignes directrices traitent des personnes plus à risque et vous avez toutes les deux dit que le risque est plus élevé chez les femmes noires et les femmes autochtones. Je pense que la Dre Caron en a parlé également.

Savent-elles seulement qu'elles présentent un risque plus élevé que les autres femmes? Même les femmes blanches peuvent être porteuses du gène du cancer du sein triple négatif. Comment peuvent-elles le savoir à moins d'avoir subi un test de dépistage? Peut-être ont-elles un médecin de famille assidu qui suit la génétique du cancer du sein, mais est-il légitime de la part du groupe de travail de dire que les personnes qui présentent un risque plus élevé peuvent avoir accès au dépistage à 40 ans?

Je commencerai par vous, madame Daniel. Il me reste environ une minute.

Mme Juliet Daniel: Comment savent-elles qu'elles sont à risque? Comme je l'ai dit...

Mme Pam Damoff: Non. Savent-elles seulement qu'elles sont à risque? Auraient-elles même une idée de ce risque qui les amènerait à aller voir leur médecin et à lui dire qu'elles risquent fortement d'être atteintes de ce cancer et qu'elles ont besoin de passer une mammographie?

Mme Juliet Daniel: En partenariat avec The Olive Branch of Hope, c'est ce que nous faisons depuis environ huit ans. Nous nous rendons dans les communautés noires de l'Ontario et nous organisons des événements virtuels en Nouvelle-Écosse et ailleurs au Canada pour informer les femmes noires sur le cancer du sein triple négatif.

Je tiens à préciser que lorsque j'ai présenté ma première demande de financement au Canada pour mon étude sur le cancer du sein triple négatif chez les femmes noires — je crois que c'était en 2013, et je n'ai pas obtenu de financement —, un évaluateur a déclaré que mon étude sur les femmes noires atteintes d'un cancer du sein triple négatif n'était pas pertinente dans le contexte canadien. Qu'on me dise à moi, qui suis chercheuse et survivante noire d'un cancer du sein, qu'étudier un sous-type de cancer du sein très agressif chez les femmes noires au Canada n'est pas pertinent dans le contexte canadien a constitué un grave affront pour moi et pour toutes les personnes noires au Canada. Cela m'a fait très mal.

Notre mission est devenue en partie de veiller à ce que chaque femme noire soit informée des risques qu'elle présente. Nous leur faisons remplir un document sur leurs antécédents familiaux. Comme l'a fait remarquer la Dre Caron, tout le monde n'est pas au

courant de ses antécédents familiaux. Là encore, il y a le caractère inavouable. Bon nombre d'entre nous se sont fait dire que telle personne était morte de vieillesse. Dans les Caraïbes, les gens ne prononcent même pas le mot « cancer ». Ils disent qu'une personne avait le mot en « C ».

Nous devons être conscients des différences et nuances culturelles qui existent. C'est pourquoi, comme je l'ai dit, le manuscrit que nous rédigeons s'intitule « one size does not fit all », qui indique qu'une même approche ne convient pas à tout le monde.

La présidente: C'est excellent. Merci beaucoup.

À présent, madame LaRouche, vous avez la parole pour six minutes.

Mme Pam Damoff: Excusez-moi, madame la présidente. Pouvez-vous nous donner la date pour le mémoire?

La présidente: Madame LaRouche, attendez une minute.

La date limite est déjà passée. C'était le 21 octobre pour les documents d'information avec des recommandations. Si vous voulez soumettre des documents de référence sans recommandations ou demander à quelqu'un d'en soumettre, c'est encore possible, mais la date était le 21 octobre.

Mme Pam Damoff: Merci.

La présidente: Madame LaRouche, vous avez la parole pour six minutes.

[Français]

Mme Andréanne Larouche (Shefford, BQ): Merci beaucoup, madame la présidente.

Je remercie également beaucoup les témoins de leur contribution à cette importante étude.

D'ailleurs, pendant la semaine de relâche, une de mes activités a été d'assister à un déjeuner-conférence organisé par la Chambre de commerce et de l'industrie de la Haute-Yamaska. C'était très intéressant. La conférence portait sur ce qu'on faisait quand le cancer frappait en entreprise. C'était organisé par la Fondation québécoise du cancer. La conférencière invitée était Mme Danièle Henkel, une femme d'affaires qui a eu un diagnostic de cancer du sein.

C'était intéressant, mais, selon ce que j'ai entendu en discutant après l'événement, au-delà des tabous qu'il reste à briser en entreprise et de la difficulté pour les femmes d'annoncer ce diagnostic, il y a unanimité pour que le dépistage commence à 40 ans.

Comme c'est ce que je comprends de vos remarques préliminaires, vous pouvez toutes, mesdames, répondre à la question.

J'entends qu'il y a beaucoup d'inquiétudes, mais, si l'on étend le dépistage aux gens de 40 ans alors qu'il manque déjà de ressources, que va-t-on faire pour s'assurer de ne pas diluer les services et de ne pénaliser personne? Comment voyez-vous cela? On parle d'un dépistage dès l'âge de 40 ans, mais il faut s'assurer que les ressources sont également augmentées pour offrir les services requis et que personne ne se sentira brimé par manque, précisément, d'accès aux ressources.

Vous avez aussi presque toutes parlé de l'accès aux ressources dans vos allocutions d'ouverture.

Mesdames Daniel, Sheppard, Kewayosh et les autres, vous pouvez répondre à ces questions.

• (1140)

[Traduction]

Mme Alethea Kewayosh: Je vais commencer, si cela convient à tout le monde.

En Ontario, nous avons décidé de rendre le programme de dépistage du cancer du sein accessible aux femmes âgées de 40 ans. Nous ne l'aurions pas fait si nous n'avions pas la capacité d'inviter les femmes de 40 ans et plus à se faire dépister. Pour ce qui est des difficultés, elles concernent le suivi. De nombreuses femmes autochtones, en particulier celles qui vivent dans des collectivités éloignées, dans le Nord-Ouest, ont des difficultés en ce qui a trait aux soins de suivi. Certaines refusent même ce suivi parce qu'elles doivent alors quitter leur collectivité où elles sont les principales pourvoyeuses de soins à la maison.

Je vais inviter Amanda Sheppard à s'exprimer sur ce point également.

La présidente: Je suis désolée de vous interrompre, madame Sheppard.

Madame Kewayosh, la prochaine fois que vous aurez la parole, pourriez-vous veiller à éloigner un peu votre micro de votre bouche? Il y avait un peu de grésillement.

Allez-y, s'il vous plaît, madame Sheppard.

Mme Amanda Sheppard (scientifique principale, Santé Ontario): Je vous remercie.

J'ajouterai simplement que des recherches ont été menées dans le contexte de l'Ontario et que nous savons qu'il est difficile d'avoir accès à la mammographie. Nous savons que les femmes des Premières Nations qui vivent dans les réserves sont moins nombreuses à passer des mammographies, en particulier dans les collectivités éloignées.

Je pense qu'il s'agit également d'un appel à garantir le financement des services de santé non assurés. Nous parlons de l'accès, mais un financement adéquat est nécessaire pour les vols et les mesures de soutien permettant aux femmes de se rendre là où les mammographies ont lieu. Comme ce point n'a pas encore été soulevé, je tiens à le mentionner.

Je tiens également à réitérer un point que Mme Kewayosh a soulevé plus tôt, soit que nous savons que lorsque les femmes des Premières Nations reçoivent un diagnostic à un stade précoce — c'est-à-dire au stade I —, le taux de survie est faible. Je pense qu'il s'agit là d'un appel très important pour assurer un dépistage précoce et accorder une attention particulière aux soins de suivi.

Merci.

Dre Nadine Caron: Madame la présidente, puis-je répondre à la question?

La présidente: Oui.

Dre Nadine Caron: Je pense que c'est une excellente question. Étant donné que le temps est limité, j'aimerais souligner quelques points. Encore une fois, les mots ont beaucoup d'importance. Il y a une différence entre l'accès à la mammographie de dépistage et l'utilisation de la mammographie de dépistage. Au chapitre des dépenses, des efforts, des rôles et des responsabilités, les choses sont bien différentes.

En Colombie-Britannique, nous faisons de notre mieux pour agir sur les deux plans, en améliorant l'accès d'un point de vue géographique, mais aussi en effectuant des mammographies de dépistage au moyen d'unités mobiles qui se rendent dans les collectivités rurales, éloignées, autochtones et nordiques de la province. L'accès s'en trouve grandement amélioré.

L'utilisation signifie qu'une femme est au courant de l'existence de cette ressource, qu'elle y fait confiance et qu'elle choisit de l'utiliser. Cela signifie qu'il y a des éléments à prendre en compte, comme la littératie en santé et la sécurité culturelle.

Lorsqu'il s'agit des coûts, cela devient très difficile. Je ne suis pas en mesure d'évaluer la valeur d'une vie humaine, mais nous devons également nous rappeler que non seulement la mammographie de dépistage permet de détecter le cancer à un stade précoce, mais qu'il y a également un aspect préventif.

Bon nombre des patientes que je vois et qui ont eu une mammographie anormale sont aiguillées vers un chirurgien. Je procède aux étapes suivantes. Souvent, il s'agit d'un CCIS, soit d'un carcinome canalaire in situ, qui est un carcinome in situ et de stade précoce, techniquement avant le stade I. Cela peut empêcher le développement d'un carcinome infiltrant. Ou on peut être en présence d'hyperplasie canalaire atypique, ou HCA, d'un taux élevé de LDH, ou lactico-déshydrogénase, ou d'un carcinome lobulaire in situ, ou CLIS.

En fin de compte, il y a des observations anatomopathologiques qui ne révèlent pas la présence d'un cancer du sein infiltrant, mais elles modifient le profil de risque d'une femme. Elle sait alors qu'elle doit passer une mammographie chaque année, faire des autoexamens des seins et prendre rendez-vous avec son médecin de famille chaque année pour des examens physiques afin de prévenir le cancer du sein. La prévention du cancer du sein réduit la nécessité de recourir à la chirurgie, à la chimiothérapie, à l'hormonothérapie, à la radiothérapie et à tous les soins de santé requis pour les complications et les soins.

Enfin, en ce qui concerne les femmes dans la quarantaine, nous ne devons pas oublier que ces femmes s'occupent de leurs enfants et, souvent, de leurs parents. Elles sont au cœur de la société. Nous devons les protéger.

Je voudrais avoir l'air d'une femme quadragénaire, mais je n'en suis pas une. Je n'en tire aucun avantage personnel, si ce n'est qu'il y a dans ma vie des personnes que j'aime et que je veux protéger. Je suis fermement convaincue qu'il vaut la peine de faire une mammographie de dépistage à partir de la quarantaine et que le dépistage est adapté au risque de ce type de maladie maligne commune.

• (1145)

La présidente: Merci beaucoup.

Madame Gazan, vous avez la parole pour six minutes.

Mme Leah Gazan: Merci beaucoup, madame la présidente.

Madame Daniel, vous avez parlé du racisme en tant que déterminant social de la santé. La Dre Caron a parlé des répercussions de la colonisation. Je dirais que pour les peuples autochtones, le racisme dans le système de santé est toujours bien présent. Les mauvais traitements infligés aux Autochtones dans le système de santé sont considérables. Par exemple, ce mois-ci, on a amputé la mauvaise jambe d'un homme, Jason Kennedy, à l'hôpital. Je pense que la véridable méfiance à l'égard du système de santé est fondée sur des faits et sur l'expérience.

Je voudrais commencer par vous, madame Daniel. J'aimerais que vous nous expliquiez comment le racisme devient un indicateur social de la santé dans le contexte actuel.

Mme Juliet Daniel: Comme je l'ai dit, l'Association américaine de recherche sur le cancer est l'une des principales associations qui étudient tous les cancers depuis plus de trois ou quatre décennies. Une grande partie des données que beaucoup d'entre nous au Canada et dans le monde utilisent proviennent de cette association, parce qu'elle recueille des données fondées sur l'origine ethnique et la race depuis 1975, ce qui est un peu bizarre, compte tenu de ce que nous pensons de la culture américaine.

Comme je l'ai dit, en 2020, je crois, cette association a publié un rapport dans lequel elle affirmait que le racisme était désormais un déterminant social de la santé. Elle n'a pas seulement tenu compte des traumatismes hérités de l'histoire. Elle a aussi tenu compte des sources de traumatismes actuelles, comme le profilage racial. Qu'une personne soit dans le système de santé ou qu'elle soit au volant de sa voiture, le profilage racial est présent dans tous les scénarios.

Elle se penche également sur les préjudices causés par le racisme environnemental au sein des communautés. Il y a le fait que bon nombre de ces communautés, noires ou autochtones, se trouvent dans des endroits où il y a des risques biologiques, par exemple, et que des décharges de matières toxiques sont peut-être situées à proximité. Elles ont très peu accès aux soins de santé, puis elles sont exposées à des produits chimiques toxiques.

Mme Leah Gazan: Diriez-vous que le profilage racial se produit aussi dans le système de santé?

Mme Juliet Daniel: Certainement. C'est tout à fait le cas.

Mme Leah Gazan: Comment?

Mme Juliet Daniel: Par exemple, j'ai récemment rencontré plusieurs jeunes femmes noires qui avaient senti une masse dans leur sein. Elles avaient moins de 30 ans. Trois médecins leur ont dit qu'elles étaient trop jeunes, qu'elles ne pouvaient pas avoir de cancer parce qu'elles étaient trop jeunes. Leurs inquiétudes au sujet des masses n'ont pas été prises au sérieux. Dans un cas, la masse a été ignorée pendant près de deux ans.

Par ailleurs, en 2018, j'ai rencontré une jeune femme autochtone qui a senti une masse pour la première fois à l'âge de 22 ans. On ne l'a prise au sérieux qu'à l'âge de 24 ans et à ce moment-là, il s'agissait d'un cancer du sein à un stade avancé et elle a dû subir une double mastectomie à l'âge de 24 ans. C'est là qu'est le racisme.

• (1150)

Mme Leah Gazan: En vous basant sur la recherche, diriez-vous qu'il y a deux poids, deux mesures lorsqu'il s'agit des soins prodigués aux Noirs, aux Autochtones, aux personnes de couleur et aux Blancs?

Mme Juliet Daniel: Je ne suis pas médecin. Je ne peux pas parler de ce qui se passe dans les hôpitaux. Je ne peux parler que des femmes ou des hommes qui m'ont raconté leur expérience. Nous publions également une étude sur le sujet. Il y a de nettes différences dans la manière dont le système de santé les traite.

Je pense que cela dépend de la région. Je ne pense pas que la situation soit la même dans tous les hôpitaux ou dans toutes les provinces et nous devons en être conscients. Nous ne disons pas que c'est le cas en général.

Je crois que la Dre Caron est prête à répondre à la question, mais il faut être conscients qu'il existe des barrières systémiques et du racisme, que nous avons nous-mêmes constatés.

Mme Leah Gazan: Je vais m'adresser à vous, madame Sheppard, parce que vous avez parlé des soins de santé pour les Premières Nations et les Inuits et de l'égalité d'accès aux mammographies pour les femmes autochtones. Les soins de santé à deux vitesses dans ce pays posent un problème majeur lorsqu'il y a, d'un côté, les Autochtones, et de l'autre, toutes les autres personnes.

En quoi le manque d'accès aux soins de santé expose-t-il davantage les femmes autochtones au risque de ne pas être diagnostiquées à des stades précoces du cancer?

Mme Amanda Sheppard: Je pense que les faits sont assez clairs: peu importe qui l'on est, le pronostic est meilleur avec une détection précoce. J'ai souligné que nous avons constaté que le taux de survie est faible en Ontario, même pour un cancer diagnostiqué au stade 1. Je pense donc qu'il y a là deux signaux d'alarme qui appellent à un accès précoce pour les femmes des Premières Nations, les Inuites, les Métisses ainsi que les femmes autochtones qui vivent en milieu urbain. J'ai parlé tout à l'heure des collectivités éloignées, mais les femmes autochtones qui vivent en milieu urbain se heurtent elles aussi à des obstacles pour accéder à la mammographie et à d'autres soins.

Pour ajouter à ce qu'on a dit plus tôt sur le racisme dans le système de santé, je veux souligner que dans le cadre de travaux qualitatifs que nous avons réalisés dans la province de l'Ontario, nous avons vu à maintes reprises des commentaires sur le fait qu'on chassait des femmes de la clinique de soins de santé et qu'on leur disait de prendre du Tylenol lorsqu'elles exprimaient leurs inquiétudes à propos de la douleur et leurs craintes au sujet de différents problèmes de santé.

Je vais laisser Mme Kewayosh en dire plus sur la question.

La présidente: C'était excellent. Merci.

Malheureusement, le temps de parole de la députée Gazan est écoulé.

C'est donc ce qui met fin à cette partie de la réunion. Au nom du Comité, j'aimerais remercier nos témoins d'avoir comparu aujourd'hui et de nous avoir donné leurs points de vue.

Comme nous avons divisé le tout en deux groupes distincts, la structure est un peu différente de celle à laquelle nous sommes habitués.

Merci beaucoup, mesdames, d'être venues témoigner.

Mme Juliet Daniel: *Meegwetch.*

Merci de nous en avoir donné l'occasion.

Mme Emmanuella Lambropoulos (Saint-Laurent, Lib.): Madame la présidente, j'ai seulement une question à poser avant qu'elles ne se déconnectent.

La présidente: D'accord. Avant que vous ne vous déconnectiez, j'autoriserai une brève question.

Mme Emmanuella Lambropoulos: La question ne s'adresse même pas à elles. Elle est plutôt pour vous. Elle porte sur la procédure.

Habituellement, lorsque le tout est divisé en deux, il y a une autre intervention pour les conservateurs et une autre pour les libéraux. D'habitude, c'est cinq minutes de plus pour chacun. Je ne sais pas si dans le deuxième groupe, il y aura une déclaration de cinq minutes et un seul témoin, parce que cela pourrait nous permettre...

La présidente: J'en serais ravie, mais nous avons déjà réglé la question. L'intention était de donner des interventions supplémentaires aux deux partis, mais le temps ne joue pas en notre faveur et nous disposons d'une deuxième heure complète. Malheureusement, nous allons en rester là.

À ce moment-ci, nous allons suspendre la séance pendant environ cinq minutes pour passer à notre...

Mme Leah Gazan: Puis-je faire un rappel au Règlement avant qu'elles ne partent?

La présidente: Bien sûr.

Mme Leah Gazan: Je sais que les mémoires devaient être déposés plus tôt. Je me demande si les membres du Comité sont d'accord pour que les témoins puissent nous envoyer des mémoires si elles ont quelque chose à ajouter, parce que c'est le seul groupe de témoins qui comptait des femmes autochtones ou noires.

• (1155)

La présidente: La date limite pour les documents d'information était le 21 octobre; cela fait donc un moment. Nous serions toutefois prêts à accepter tous les documents de référence, qui pourront servir à notre analyste. Ces documents nous seront très utiles.

Mme Lisa Hepfner (Hamilton Mountain, Lib.): Madame la présidente, j'invoque le Règlement. Je suis d'accord avec Mme Gazan.

Puisque nous avons prolongé l'étude afin d'entendre plus de témoins, l'échéancier d'origine n'est plus pertinent...

La présidente: Si vous souhaitez présenter une motion...

Mme Leah Gazan: Est-ce que je peux présenter une motion?

La présidente: Si tous les membres du Comité sont d'accord, nous pouvons prolonger le délai. Je ne crois pas qu'il soit nécessaire de procéder à un vote pour cela. Si c'est le souhait du Comité, nous pouvons le faire.

Quelle serait pour vous une date raisonnable? Encore quelques jours?

Mme Lisa Hepfner: Je demanderais à l'analyste afin de voir...

La présidente: Allez-y, madame Damoff.

Mme Pam Damoff: Est-ce que nous pourrions leur donner jusqu'à la fin de la semaine? Ils ont témoigné devant nous lundi seulement, et je crois que c'est un peu injuste. Si nous leur donnions jusqu'à la fin de la semaine, ce serait tout de même un court délai pour permettre à ces gens très occupés de préparer un document pour nous.

J'aimerais aussi revenir au point soulevé par Mme Lambropoulos. Nous avons commencé la réunion à 11 h 5 et nous l'avons terminée à 11 h 55. J'aurais voulu avoir deux heures avec ces témoins, mais la séance n'a duré qu'une heure, malheureusement. Je crois que nous ne leur avons pas accordé suffisamment de temps. Je préférerais que nous leur accordions au moins une autre série de questions et que nous prolongions la séance de cinq minutes, parce que nous avons eu moins d'une heure avec les témoins.

La présidente: D'un point de vue logistique, si nous prolongeons la séance, nous allons largement dépasser une heure. Nous devrions tenir une série complète de questions.

Croyez-moi, j'avais l'intention de tenir une deuxième série de questions pour tous les partis. Je comprends qu'il s'agit de la première fois qu'ils sont ici, mais nous allons passer à la deuxième partie de la réunion. Comme l'a fait valoir quelqu'un dans la tribune, nous discutons déjà de ce sujet depuis cinq ou six minutes, et nous grugeons du temps de notre deuxième heure de réunion.

Je comprends que...

Mme Pam Damoff: Madame la présidente, nous recevons un seul témoin pour la prochaine heure, et il s'agit de cinq minutes...

La présidente: Nous recevons deux témoins et nous devons aborder certaines questions d'ordre administratif.

Maintenant, s'il n'y a pas d'autres questions, je vais suspendre la séance pendant cinq minutes alors que nous organisons le prochain groupe de témoins.

Je vois...

Dre Nadine Caron: Est-ce que je peux faire une demande au sujet de l'échéancier?

La présidente: Vous avez jusqu'à vendredi de cette semaine. Merci. Merci, madame Damoff, pour votre suggestion.

Dre Nadine Caron: Puis-je faire une suggestion?

Ce que nous recherchons, je suppose, ce sont des données qui ne sont pas déjà accessibles au groupe de travail dans l'espace public, comme des articles publiés et ainsi de suite. Selon la façon autochtone de partager les connaissances, il faut obtenir une autorisation. Il y a beaucoup de données qui, à mon avis, aideraient le groupe de travail. Elles appartiennent aux communautés et doivent être respectées. Il faudrait que je vérifie auprès de l'Autorité sanitaire des Premières Nations pour voir ce qui pourrait être publié. Ce sont des données essentielles qui ont été ignorées pendant des décennies. Je ne peux pas les transmettre simplement parce que j'ai participé à la recherche.

Selon les principes de PCAP, les membres des Premières Nations méritent au moins que leur voix soit représentée par l'entremise de l'approbation de la Régie de la santé des Premières Nations. Je ne sais pas si ce sera possible d'ici vendredi. J'espère vraiment que leurs voix ne seront pas réduites au silence par une échéance qui vient d'être imposée sans que les concepts soient interprétés du point de vue autochtone.

La présidente: Merci.

Madame Sidhu, vous avez la parole.

Mme Sonia Sidhu (Brampton-Sud, Lib.): Merci, madame la présidente.

Je veux simplement dire qu'il s'agit de la raison pour laquelle nous avons invité les experts médicaux. Il faudrait prolonger le délai afin de pouvoir intégrer ce qu'ils nous transmettront, parce que nous avons besoin de données de qualité.

Aussi, comme l'a demandé ma collègue, Mme Damoff, je vous demande moi aussi s'il est possible de prolonger quelque peu cette partie de la réunion afin que nous puissions poser quelques questions.

La présidente: Non. Nous devons passer à notre deuxième groupe de témoins, et comme...

Mme Pam Damoff: Madame la présidente, j'aimerais alors présenter une motion.

J'aimerais que nous invitions les témoins à comparaître à nouveau devant le Comité pendant une heure supplémentaire. Leur temps a été amputé. Ce sont les seuls experts que nous avons entendus au cours de cette étude qui reflétaient les points de vue des Noirs et des Autochtones. Je veux qu'ils puissent être entendus, alors j'aimerais que nous les réinvitions à comparaître devant nous.

Nous n'avons même pas eu le temps de poser des questions aux représentantes de Santé Ontario, alors j'aimerais que nous réinvitions ces témoins à comparaître devant nous pour une autre heure dans le cadre de cette étude, le plus tôt possible.

(La motion est adoptée. [Voir le Procès-verbal])

• (1200)

La présidente: Je regarde le calendrier. Nous pourrions les recevoir le 2 décembre.

Mme Pam Damoff: Merci, madame la présidente.

La présidente: Merci.

Nous allons tenter à nouveau de suspendre la séance pendant cinq minutes, afin de passer à notre prochain groupe de témoins.

Je remercie une fois de plus les témoins. Je suis désolée de devoir couper court à vos témoignages, mais nous n'avons pas le choix, pour des raisons de logistique.

La séance est suspendue.

• (1200)

(Pause)

• (1205)

La présidente: Nous reprenons les travaux.

Le Comité reprend sa réunion sur l'étude du dépistage du cancer du sein chez les femmes de 40 ans.

J'ai quelques observations supplémentaires à faire aux nouveaux témoins avant de commencer.

Veillez s'il vous plaît attendre que je vous nomme avant de prendre la parole. Si vous participez à la réunion par vidéoconférence, veuillez cliquer sur l'icône du microphone pour activer votre micro, et veuillez le mettre en sourdine lorsque vous ne parlez pas.

Vous pouvez vous exprimer dans la langue officielle de votre choix. Des services d'interprétation sont offerts. Vous pouvez choisir d'entendre le son du parquet, l'anglais ou le français en cliquant sur le bouton d'interprétation au bas de votre écran. Si vous n'entendez plus l'interprétation pour une raison ou une autre, veuillez m'en informer immédiatement.

J'aimerais maintenant vous présenter notre deuxième groupe de témoins.

Nous recevons les représentantes du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs: la Dre Guylène Thériault et la Dre Donna Reynolds, toutes deux médecins, qui se joignent à nous par vidéoconférence.

Nous allons maintenant entendre votre déclaration préliminaire. Est-ce que l'une d'entre vous s'en chargera, ou est-ce que vous allez partager votre temps? Allez-y.

Dre Guylène Thériault (médecin, Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs): Je vous remercie, madame la présidente, ainsi que tous les députés présents aujourd'hui, d'avoir invité le Groupe d'étude canadien à discuter des recommandations provisoires de 2024 sur le dépistage du cancer du sein chez les femmes, en particulier les femmes dans la quarantaine. Nous accueillons avec plaisir les commentaires du Comité alors que nous travaillons à la finalisation de la ligne directrice.

Je m'appelle Guylène Thériault. Au cours des 28 dernières années, j'ai travaillé comme médecin de famille dans les régions urbaines, rurales et éloignées du Québec, tout en enseignant à plusieurs générations de futurs médecins. Je préside le Groupe d'étude ainsi que son groupe de travail sur la mise à jour de la ligne directrice sur le dépistage du cancer du sein.

En plus d'être titulaire d'un doctorat en médecine, je suis titulaire d'un diplôme en médecine factuelle de l'Université d'Oxford.

Je suis accompagnée aujourd'hui de la Dre Donna Reynolds, qui est elle aussi médecin de famille. La Dre Reynolds est titulaire d'un diplôme spécialisé en santé publique et d'une maîtrise en épidémiologie; elle participe également à des activités d'enseignement et de recherche. Elle est la vice-présidente par intérim du Groupe d'étude.

Nous sommes toutes deux bénévoles au sein du Groupe d'étude. Au cours des huit dernières années, nous avons travaillé à l'élaboration de lignes directrices sur les soins de santé préventifs pour les cliniciens en soins primaires au Canada. Je sais que vous avez déjà reçu des témoignages sur ce sujet important, et que le Groupe d'étude, ses membres et la ligne directrice provisoire ont fait l'objet de certaines déclarations préoccupantes.

Comme cela a été le cas pour les témoignages précédents, je vous demande, madame la présidente, de veiller à ce que nos discussions d'aujourd'hui se déroulent dans un environnement respectueux.

Mme Pam Damoff: Madame la présidente, j'invoque le Règlement.

La présidente: Allez-y, madame Damoff.

Mme Pam Damoff: J'entends l'interprétation dans mon casque d'écoute en ce moment. Il y a un décalage. Je ne sais pas si c'est le cas pour tout le monde.

La présidente: Est-ce que quelqu'un d'autre a ce problème?

Mme Pam Damoff: J'entends toujours l'interprétation. Je ne sais pas si la témoin parle encore.

La présidente: Il semble que vous soyez la seule à avoir ce problème. Pouvez-vous débrancher et rebrancher votre casque d'écoute?

Mme Pam Damoff: D'accord.

« Comme cela a été le cas pour les témoignages précédents [...] » C'est ce que j'entends.

La présidente: Madame Thériault, pourriez-vous reprendre votre témoignage? Nous verrons si la situation s'améliore pour Mme Damoff.

Dre Guylène Thériault: Bien sûr, madame la présidente.

Le cancer du sein est une maladie terrible qui touche de nombreuses vies. En tant que médecins, la Dre Reynolds et moi avons toutes deux constaté la peur ressentie par nos patientes et leurs familles. Si les progrès considérables réalisés dans le traitement du cancer du sein au cours des dernières décennies ont permis de réduire considérablement le taux de mortalité, nous sommes pleinement conscientes qu'il reste encore beaucoup à faire. Nous sommes convaincues que nous pouvons faire mieux pour les femmes canadiennes.

Il est clair que de nombreux malentendus subsistent. Celui que je dois éclaircir dès maintenant est la différence entre le dépistage et le diagnostic. Les personnes qui présentent des symptômes susceptibles d'être liés à un cancer du sein, comme une bosse, doivent faire l'objet d'un examen. Même si cet examen comprend une mammographie, il ne s'agit pas pour autant d'un dépistage, et les lignes directrices du groupe d'étude ne s'appliquent pas dans un tel cas. Je tiens à souligner l'importance de ce point: toute personne présentant un symptôme doit consulter un professionnel de la santé.

Les données relatives au dépistage sont complexes, nuancées et nécessitent une interprétation prudente et transparente. C'est pourquoi le groupe d'étude a entrepris un examen complet des données, y compris des études observationnelles récentes. En analysant toutes ces données, nous avons constaté que le dépistage des femmes de 40 à 49 ans sur une période de 10 ans permettait d'éviter environ un décès du cancer du sein pour 1 000 femmes dépistées. Ce bénéfice est relativement constant, qu'il s'agisse d'essais cliniques randomisés plus anciens, d'études observationnelles récentes ou de l'exercice de modélisation que nous avons commandé.

Qu'en est-il des préjudices du dépistage dans ce groupe d'âge? Les données que nous avons recueillies montrent que le dépistage entraîne un surdiagnostic du cancer du sein chez deux personnes sur 1 000, et que 368 femmes — soit plus d'un tiers des femmes dépistées — doivent subir des examens supplémentaires, notamment des mammographies de suivi, des échographies ou des biopsies, pour se faire dire qu'elles n'ont pas de cancer. Il s'agit de ce que certains appellent de « faux positifs ». De nombreux praticiens et patients sont surpris par ces chiffres.

Pour nous aider à comprendre ce que cela signifie pour les patientes, nous avons commandé une analyse complète des études sur leurs valeurs et préférences. Que choisiraient-elles de faire, une fois informées des bénéfices et des préjudices du dépistage? Les données ont montré qu'une majorité de patientes dans la quarantaine estiment que les préjudices sont plus importants que les bénéfices. Nous savons toutefois, d'après les données disponibles, qu'il existe une certaine variabilité. Certaines veulent être dépistées, d'autres non.

C'est pourquoi notre recommandation commence par affirmer que le dépistage du cancer du sein est un choix personnel. Elle précise que si une personne est consciente des bénéfices et des préjudices du dépistage et qu'elle souhaite se faire dépister, elle doit avoir accès à une mammographie.

La recommandation du groupe d'étude vise donc à donner aux femmes le pouvoir de prendre des décisions éclairées concernant leur santé. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise décision; la bonne décision pour la femme est celle qui correspond à ses valeurs, à ce moment-là.

Je vous invite maintenant à me faire part de vos questions et de vos commentaires.

• (1210)

La présidente: Merci.

Est-ce que la Dre Reynolds souhaite faire d'autres commentaires?

Dre Guylène Thériault: Madame la présidente, nous avons préparé une déclaration préliminaire de cinq minutes pour le Groupe d'étude dans son ensemble.

La présidente: Nous allons donc entendre Mme Vien.

Vous disposez de six minutes. Allez-y.

[Français]

Mme Dominique Vien (Bellechasse—Les Etchemins—Lévis, PCC): Merci beaucoup, madame la présidente.

Nous avons hâte de vous voir, mesdames Thériault et Reynolds. Le Comité avait vraiment hâte d'entendre votre point de vue. Je sais qu'il va y avoir beaucoup de questions sur les recommandations que vous vous apprêtez à faire.

Je pense sentir assez correctement le pouls de la salle pour vous dire que les députés ici sont assez en accord pour mettre en avant un dépistage précoce, à partir de l'âge de 40 ans.

Par ailleurs, madame Thériault, contrairement à ce que vous nous dites, vous faites l'unanimité, mais contre votre directive. Toutes les personnes qui sont venues nous rencontrer ici, tous les témoins, les survivantes, celles qui ont eu des difficultés atroces à traverser les dédales administratifs pour exiger des examens et qui ont dû se battre pour en avoir, toutes ces personnes qui sont passées ici, y compris le groupe d'experts qui s'est adressé à nous tout à l'heure, nous disent qu'il faut faire du dépistage à partir de l'âge de 40 ans.

Je suis une ancienne députée et ministre du gouvernement du Québec. À un moment donné, les choses sont faciles à comprendre. Dans la balance, il y a, d'un côté, l'inconvénient d'une anxiété de vivre des diagnostics et des examens à répétition, et peut-être même la question du coût, et, de l'autre côté, l'avantage d'avoir une idée ou une image claire de ce qui nous arrive, ne serait-ce que pour nous rassurer. Il me semble que le dépistage à partir de 40 ans est la moindre des choses qu'on puisse faire aujourd'hui. De plus, cette semaine, certains articles de journaux disaient que les quarantennaires ont de plus en plus de cancers qu'on ne voyait pas dans ce groupe d'âge auparavant. Je ne parle pas nécessairement du cancer du sein, mais de toutes sortes de cancers.

Comment réagissez-vous à cela? Que pouvez-vous nous dire, ce matin, qui va nous convaincre que votre directive de ne pas commencer le dépistage à 40 ans serait la bonne chose à faire, alors que tout le monde, y compris les provinces au Canada — il ne reste que le Québec à se joindre aux autres — disent le contraire de ce que vous nous dites?

• (1215)

[Traduction]

Dre Guylène Thériault: Madame la présidente, mesdames et messieurs les membres du Comité, cela me donne l'occasion de parler de nos méthodes.

Le Groupe de travail formule des recommandations sur différents aspects de la prévention et du dépistage. Notre approche consiste à examiner l'ensemble des données. Nous avons examiné toutes les données, anciennes et nouvelles. Toutes les nouvelles études d'observation sont intégrées à notre réflexion sur ces recommandations. Je ne sais pas quoi dire de plus. Nous avons examiné toutes les données, y compris celles sur les valeurs et les préférences des patientes. Nous avons plus de 86 études qui faisaient état des valeurs et préférences des patientes en matière de dépistage du cancer du sein, et il était clair...

[Français]

Mme Dominique Vien: Madame Thériault, je dispose de peu de temps.

Vous dites que vous ne savez plus quoi nous dire. Dites-nous pourquoi les États-Unis, les provinces canadiennes, tous les témoins qui nous avons entendus, tous les parlementaires qui sont ici... Certaines d'entre nous avons reçu des diagnostics ou avons connu des mastectomies. Que dites-vous à ces gens aujourd'hui? Vous ne convainquez personne, actuellement.

Dre Guylène Thériault: Je ne suis pas ici pour... Pardon.

Mme Dominique Vien: Je vous en prie.

[Traduction]

Dre Guylène Thériault: Madame la présidente, je ne suis pas ici pour convaincre qui que ce soit, mais pour expliquer notre processus et la façon dont nous formulons nos recommandations. Cela se fait dans le cadre d'un processus rigoureux d'examen des données probantes.

Comme je l'ai dit, nous avons examiné les diverses études sur les valeurs et les préférences des patientes et nous les avons regroupées. La décision n'est pas prise par une seule personne, mais par l'ensemble du Groupe de travail, qui examine l'ensemble de ces données de façon exhaustive.

Ce que je peux dire à une femme qui a reçu un diagnostic dans la quarantaine — et c'est le cas de certaines de mes patientes —, c'est que c'est un diagnostic terrible. Dans ma déclaration préliminaire, je vous ai parlé d'une statistique. Je vous ai dit que le dépistage des femmes âgées de 40 à 49 ans sur une période de 10 ans permettait d'éviter le décès d'une femme sur 1 000. Cette femme, c'était peut-être elle. C'est une possibilité.

[Français]

Mme Dominique Vien: Merci. C'est parfait.

[Traduction]

La présidente: Madame Lambropoulos, vous disposez de six minutes.

Mme Emmanuella Lambropoulos: Merci, madame la présidente.

Je remercie les deux témoins d'être avec nous aujourd'hui pour répondre à nos questions.

Je crois que je peux parler au nom des Canadiens et dire que les nouvelles lignes directrices étaient très décevantes pour les femmes ou pour toute personne qui risque d'avoir le cancer du sein.

J'aimerais vous poser quelques questions.

Quels efforts avez-vous déployés pour veiller à ce que les lignes directrices traitent toutes les Canadiennes qui présentent un risque de cancer du sein de façon égale?

Vous avez parlé des données probantes. Bien sûr, les États-Unis ont procédé en fonction de leurs propres données. Pourquoi n'avez-vous pas tenu compte de ces données? D'après ce que nous avons entendu, les Canadiennes ou les femmes qui vivent au Canada ne seront pas traitées de façon égale. Pourquoi?

• (1220)

Dre Guylène Thériault: Madame la présidente, je ferai de mon mieux pour répondre à la question.

Nous avons examiné toutes sortes de données — des essais randomisés et des études d'observation de tous genres. Nous avons également commandé un exercice de modélisation pour étayer notre recommandation. Nous avons également les données des provinces et territoires du Canada. Nous avons intégré des statistiques de Statistique Canada dans notre examen des données probantes. Au cours de l'été 2023, nous avons ouvert une période d'un mois à tous ceux qui voulaient soumettre des documents. Nous avons organisé un échange de connaissances en septembre 2023 et nous avons permis que des observations ou documents supplémentaires soient soumis pendant plus de deux mois cet été, en 2024.

Je pense que toutes ces initiatives expliquent comment nous avons tenté de rassembler toutes les perspectives de tous les titulaires d'intérêts au Canada.

Mme Emmanuella Lambropoulos: Merci.

On recommande aux femmes qui présentent un risque accru en raison de leurs antécédents familiaux de commencer le dépistage et les tests génétiques plus tôt, mais des témoins nous ont dit aujourd'hui que beaucoup de femmes n'ont pas accès à leurs antécédents familiaux. De nombreuses femmes, en particulier des femmes autochtones qui vivent au Canada, n'ont pas accès à ces antécédents, bien souvent à cause du colonialisme et des différents désavantages qu'elles ont subis au cours des dernières décennies.

Ces facteurs ont-ils été pris en considération? Que devons-nous dire à ces femmes qui n'ont pas accès à ces antécédents et qui découvrent qu'elles sont atteintes d'un cancer à un stade plus avancé à un plus jeune âge?

Dre Guylène Thériault: Madame la présidente, cela me donne l'occasion de clarifier l'objet de la ligne directrice.

Comme je l'ai dit dans ma déclaration liminaire, la ligne directrice ne porte pas sur la diagnostic, mais sur le dépistage. Elle s'adresse aux personnes qui ne présentent aucun symptôme. C'est la première étape.

Deuxièmement, il ne s'agit pas de dépister les femmes qui présentent un risque élevé. Si vous lisez la ligne directrice, vous verrez que nous avons incorporé les femmes à risque moyen et à risque modérément accru. Nous définissons « à risque modérément accru » une femme qui a un parent au premier degré ou deux parents au second degré qui ont reçu un diagnostic après l'âge de 50 ans.

Tout ce qui est supérieur ou différent de cela n'est pas considéré comme un risque modérément accru, mais entre probablement dans la catégorie à risque élevé, pour laquelle nous n'avons pas de recommandation parce que cela ne faisait pas partie de notre mandat.

Mme Emmanuella Lambropoulos: J'ai une autre question.

Pourquoi le choix des femmes concernant la mammographie est-il pris en compte alors que les mammographies sauvent des vies? Pourquoi y a-t-il une clause de non-responsabilité pour préciser qu'il s'agit du choix de la femme? Cela donne l'impression que ce n'est pas vraiment quelque chose qui pourrait aider à prévenir des décès.

Pourriez-vous clarifier ce point? Je ne pense pas qu'il y a ce genre d'astérisque pour les cancers chez les hommes, alors je me demande si vous pouvez expliquer pourquoi vous avez jugé que c'était nécessaire dans ces lignes directrices.

Dre Guylène Thériault: Madame la présidente, il est très intéressant que je puisse apporter une précision à ce sujet.

Pour chacune de nos lignes directrices sur le dépistage du cancer, nous examinons l'équilibre entre les avantages et les inconvénients. L'un des inconvénients sera ce que l'on appelle un « faux positif », une expression que nous avons renommée « test supplémentaire sans cancer du sein ».

L'autre inconvénient est le surdiagnostic.

Quand on regarde les chiffres concernant les femmes dans la quarantaine que j'ai fournis dans ma déclaration liminaire, et que vous pouvez très facilement trouver sur notre site Web, sur le diagramme de 1 000 personnes, vous constatez que si vous dépistez 1 000 femmes âgées de 40 à 49 ans pendant 10 ans, vous éviterez un décès dû au cancer du sein parmi ces 1 000 femmes. De ce nombre, 368 d'entre elles devront subir des tests supplémentaires et deux seront surdiagnostiquées. Lorsque nous présentons ces données aux femmes — et quand je dis « nous », je ne parle pas du groupe d'étude, mais de plus de 86 études sur le choix du dépistage du cancer du sein —, nous avons constaté que les femmes dans la quarantaine peuvent estimer que les inconvénients sont supérieurs aux avantages.

Nous avons reconnu que c'est très variable. Certaines femmes peuvent vouloir être dépistées et d'autres non. C'est pourquoi nous avons formulé cette recommandation.

Dre Donna Reynolds (médecin, Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs): J'aimerais ajouter que le dépistage du cancer du sein est un choix personnel. Les femmes doivent connaître les avantages supposés et les inconvénients. Elles doivent en tenir compte dans leurs valeurs et leurs préférences. Il n'y a pas de mauvaise réponse; c'est ce qui convient aux femmes à ce moment-là.

L'avantage de la médecine familiale, c'est qu'on ne voit pas les gens une seule fois. Si une personne change d'idée ou a des questions additionnelles et veut revenir, c'est fantastique. C'est un dialogue.

• (1225)

La présidente: Je vous remercie.

Députée Larouche, la parole est à vous pour six minutes.

[Français]

Mme Andréanne Larouche: Merci beaucoup, madame la présidente.

Mesdames, je confirme que le Comité avait bien hâte de vous interroger.

Mme Caron, qui faisait partie du groupe de témoins précédent, a dit qu'il y avait une différence entre les services disponibles et les services recommandés. Ces paroles me sont restées en tête, d'autant plus que c'est en lien avec notre étude.

Vous êtes ici aujourd'hui, mais le Comité permanent de la santé a aussi mené une étude sur la santé des femmes. J'ai eu des discussions avec mon collègue M. Thériault, qui siège au Comité permanent de la santé. J'ai moi-même participé à l'étude sur la santé des femmes, et je sais que la recommandation visant le dépistage dès l'âge de 40 ans se trouve dans le rapport. D'autres comités se sont penchés sur la question. Plusieurs témoins nous en ont aussi parlé.

J'aimerais vous poser des questions qui proviennent de survivantes ou de personnes qui vivent avec le cancer. Qui avez-vous consulté? Vous êtes-vous assurées que les femmes chez qui on observe un plus haut taux de cancer ont été représentées? Vous êtes-vous assurées de la diversité? On a parlé de la différence entre les femmes blanches, les femmes autochtones, les femmes racisées et les femmes provenant de l'Afrique. Les femmes ont donc différents historiques et différents bagages; pour certaines, il y a des antécédents familiaux, et pour d'autres, non. Êtes-vous allées chercher des points de vue diversifiés de la part de survivantes ou de gens qui vivent avec le cancer?

Dre Guylène Thériault: Madame la présidente, ces questions me permettent de parler de nos méthodes pour incorporer les points de vue des patients et, dans ce cas-ci, des patientes.

Le groupe de travail sur la mise à jour du dépistage du cancer du sein a mené son étude sur trois patientes, dont deux qui avaient une expérience vécue de cancer du sein. Ce que je peux dire, c'est que ces patientes reflétaient la diversité ethnique. Nous avons aussi un groupe, qui s'appelle...

[Traduction]

Je parle maintenant en français. Je suis désolée. Je veux parler en anglais.

[Français]

Mme Andréanne Larouche: Vous n'avez pas à vous excuser de parler en français.

[Traduction]

Dre Guylène Thériault: Je veux simplement m'assurer que ma collègue comprenne bien ce que je dis.

Nous avons également le groupe RCP-GEC, le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, que nous consultons à différents moments dans nos lignes directrices. Il est composé d'une grande diversité de personnes. Nous avons rencontré l'organisation Black Physicians of Canada pour discuter de notre synthèse des données probantes, et nous avons également obtenu des données de Statistique Canada. Nous nous réjouissons qu'une étude a été publiée très récemment pour que nous puissions communiquer les données telles qu'elles ont été analysées par notre groupe.

Par exemple, dans le cas des femmes noires, nous savons que dans la quarantaine, il y a un décès de plus pour 1 000 personnes. C'est un élément que nous ne manquerons pas d'intégrer dans nos outils et lignes directrices à venir.

Docteure Reynolds, voulez-vous ajouter quelque chose?

Dre Donna Reynolds: Oui, je pense que c'est...

[Français]

Mme Andréanne Larouche: Madame Reynolds, je vous demande d'être brève, parce que j'aimerais poser une autre question et mon temps de parole est limité.

[Traduction]

Dre Donna Reynolds: Certainement.

Pour ce qui est des nouveaux renseignements que nous avons reçus sur l'incidence du cancer et la mortalité par ethnie, nous n'avions jamais eu ce type d'informations auparavant, et nous sommes en mesure de voir ce qu'il en est au Canada.

Cela a soulevé d'importantes questions, et nous espérons que ce comité sera en mesure d'influer sur la recherche dans ce domaine, car c'est très important. Pour nous, en particulier, la question est de savoir si le dépistage fait une différence pour ces types de cancer, et nous ne le savons pas.

• (1230)

[Français]

Mme Andréanne Larouche: En passant, je salue les interprètes, qui font un travail exceptionnel. On a la chance de pouvoir parler français et d'être bien entendu par l'ensemble du Comité.

Cela dit, que répondez-vous? J'ai essayé de vous poser une question sur la représentation diversifiée des gens que vous avez consultés dans votre groupe de travail.

De plus, que ce soit à ce comité ou au Comité permanent de la santé, on a entendu des critiques selon lesquelles vous n'avez pas disposé de l'expertise suffisante en matière de diagnostic de femmes atteintes d'un cancer. Ce que vous venez de dire semble confirmer la chose. Il y a aussi eu une critique selon laquelle les contributions de certains experts ont souvent été rejetées. D'autres contributions ont été considérées comme désuètes, elles ont été tout simplement mises de côté. Beaucoup de gens ont tenté de vous contacter pour vous proposer leur expertise. Cela a été entendu dans les deux comités. Certains experts ont confirmé que leurs études et leur expertise avaient été mises de côté.

Je vous invite à me répondre en 30 secondes.

Dre Guylène Thériault: Madame la présidente, je remercie la députée de cette question. Je vais répondre en français.

Comme je l'ai expliqué, il y avait une diversité culturelle tant au sein des membres du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs qu'au sein du groupe de patients impliqués. Quant à l'expertise au sein de notre groupe, quatre experts ont participé à nos travaux du début jusqu'à la fin. Il y avait un oncologue, un radiologue, un radiologiste et un chirurgien.

Comme je l'ai déjà dit, à l'été 2023, pendant un mois, nous avons permis à toute personne voulant nous transmettre de l'information ou des études de le faire. En septembre 2023, nous avons mis en commun nos connaissances. Par la suite, pendant plus de deux

mois, nous avons pu recevoir des commentaires, des références, et le reste, pour améliorer nos conclusions ou nos recommandations.

[Traduction]

La présidente: Je vous remercie.

Députée Gazan, la parole est à vous pour six minutes.

Mme Leah Gazan: Merci, madame la présidente.

Comment avez-vous choisi vos sujets de recherche? En fait, commençons par le nombre de personnes qui ont participé à l'étude. Combien y avait-il de sujets? Juste un nombre...

Dre Guylène Thériault: Madame la présidente, je ne sais pas exactement quelle est la question. Veut-on savoir comment on choisit le sujet? C'est un processus continu, et la Dre Reynolds peut en parler. C'est un processus ouvert...

Mme Leah Gazan: Je suis désolée, mais je n'ai pas beaucoup de temps. Comment avez-vous choisi les personnes qui ont participé à l'étude?

Dre Guylène Thériault: Nous ne menons pas d'études. Nous effectuons des examens systématiques d'études. Nous avons réalisé trois examens systématiques d'études...

Mme Leah Gazan: Oui, mais combien de sujets ont été étudiés en se fondant sur cet examen? Quel était l'échantillon de population?

Dre Guylène Thériault: Voulez-vous dire l'échantillon de population des études? Est-ce bien ce que vous voulez dire?

Mme Leah Gazan: Oui.

Dre Guylène Thériault: Comme vous le savez déjà, et nous le savons, la majorité des femmes dans les études que nous avons examinées étaient de race blanche, et c'est un point que nous avons soulevé dans nos recommandations que nous avons...

Mme Leah Gazan: D'accord. Merci.

Quatre-vingt-dix pour cent des sujets sur lesquels vous avez basé vos recherches étaient caucasiens. Je dis cela parce que vous avez parlé aujourd'hui des valeurs et des préférences. Nous savons que les taux de diagnostics de cancer ou de diagnostics à un plus jeune âge sont plus élevés chez les femmes noires, hispaniques, asiatiques et autochtones.

En fait, les États-Unis ont recommandé un dépistage précoce à 40 ans. Des chercheurs ont recommandé l'âge de 25 ans pour les femmes noires. Comment votre étude a-t-elle pris en compte les populations plus à risque pour faire une recommandation sur le dépistage?

Dre Guylène Thériault: Je vous remercie de cette question, madame la présidente et mesdames et messieurs les députés.

Nous avons examiné les statistiques de Statistique Canada, qui nous ont été fournies et qui sont désormais publiées, si bien que vous pouvez y accéder. Ce que vous pouvez trouver dans ce rapport de statistiques canadiennes, c'est que la plupart des femmes qui ne sont pas de race blanche ont une incidence plus faible de cancer du sein au Canada. Certaines ont la même incidence, alors il n'y a aucune différence statistique, mais la plupart d'entre elles ont une incidence plus faible. Les femmes philippines et arabes ont une incidence plus élevée. Les femmes noires n'ont pas une incidence plus élevée...

• (1235)

Mme Leah Gazan: Puis-je poser une question?

Dre Guylène Thériault: D'accord.

Mme Leah Gazan: L'accès au dépistage est une partie du problème. Plusieurs témoins nous ont dit que de nombreux Autochtones, par exemple, ne vont pas se faire dépister ou soigner en raison de la colonisation et du racisme systémique dans le système de soins de santé. Votre étude a-t-elle pris en compte ces facteurs historiques lorsqu'elle a observé que les femmes autochtones et noires ont des taux de cancer plus faibles? Cela faisait-il partie de votre recherche, oui ou non?

Dre Guylène Thériault: Je tiens à préciser que nous ne faisons pas de recherche. Nous utilisons la recherche pour formuler des recommandations.

Mme Leah Gazan: Ces recherches vous ont-elles aidé à formuler vos recommandations?

Dre Guylène Thériault: Oui. La recherche vient d'être publiée par le Dr Wilkinson, dont vous avez entendu parler. Elle montre que l'incidence du cancer est plus faible dans la plupart des groupes ethniques raciaux, à l'exception des femmes philippines, des femmes arabes et des femmes qui s'identifient comme multiethniques.

Mme Leah Gazan: Oui, mais ces recherches ont-elles contribué à votre recommandation de fixer l'âge du dépistage à 50 ans, oui ou non?

Dre Guylène Thériault: Si nous prenions...

Dre Donna Reynolds: Si vous le permettez...

Dre Guylène Thériault: Oui, allez-y.

Nous avons ces renseignements avant qu'ils soient publiés, et ils ont été pris en compte dans nos délibérations.

Mme Leah Gazan: Par exemple, « aux États-Unis, on a remarqué que, chez les femmes noires, hispaniques et asiatiques, le cancer du sein se déclare plus tôt, soit à 40 ans, que chez les Blanches. Il ressort d'une analyse canadienne récente que les femmes blanches sont le seul groupe où le pic d'incidence intervient après 50 ans ».

C'était les propos de la Dre McKerlie. Ses renseignements sont-ils inexacts? Ils contredisent ce dont vous nous faites part aujourd'hui.

Dre Guylène Thériault: Je pourrais communiquer les données. Je veux dire, vous devez...

Nous avons lu l'étude, et nous avons constaté que l'âge médian du diagnostic de cancer du sein est de 56 ans chez les femmes noires comparativement à 63 ans pour les femmes blanches.

Mme Leah Gazan: Elle poursuit en disant, « Le groupe d'étude était au courant de cet article de Statistique Canada qui n'est pas publié » en ce qui concerne cette recherche, « mais il n'a pas abaissé l'âge de dépistage ».

Vous étiez au courant de cette recherche concernant les femmes noires, autochtones, hispaniques et asiatiques. Puisque vous étiez au courant de cette recherche, pourquoi n'avez-vous pas abaissé l'âge du dépistage? Vous étiez au courant.

Dre Guylène Thériault: Madame la présidente, je vais essayer de le répéter. La Dre Reynolds peut peut-être faire mieux que moi.

Nous étions au courant de ces informations et, comme je l'ai dit, la plupart des groupes raciaux au Canada n'ont pas de différence notable dans l'incidence du cancer du sein par rapport aux femmes blanches ou ont une incidence plus faible, à l'exception des femmes

qui s'identifient comme multiethniques, philippines et arabes, mais cela ne se traduit pas par une augmentation de la mortalité. Ce que nous savons à propos de l'augmentation de la mortalité, c'est que pour les femmes noires dans la quarantaine, il y a un décès de plus pour 1 000 femmes.

Comme je l'ai dit, le groupe d'étude veillera à ce que cette information soit encore plus visible dans notre documentation. Elle y est déjà. Nous allons veiller à ce qu'elle soit encore plus visible dans notre documentation.

La présidente: Je vous remercie.

Nous aimerions entamer la deuxième série de questions.

Madame Roberts, la parole est à vous pour cinq minutes.

Mme Anna Roberts (King—Vaughan, PCC): Merci, madame la présidente.

Je suis un peu préoccupée par certaines des observations que nous avons entendues ici.

Je tiens à souligner la présence de Caroline Holland dans la salle, qui est une survivante.

Ma première question est la suivante: les experts se prononcent-ils sur les lignes directrices? Si ce n'est pas le cas, pourquoi?

Dre Guylène Thériault: Docteure Reynolds, voulez-vous répondre à cette question?

Dre Donna Reynolds: Certainement.

Le groupe d'étude suit des normes reconnues à l'échelle internationale pour nos méthodes. Lorsque nous examinons le rôle des experts, nous recommandons qu'ils soient membres sans droit de vote. La raison est que ce qu'ils voient et comment ils le voient est très différent. Ils voient des personnes atteintes de maladies, contrairement aux médecins de famille et aux soins primaires. Nous voyons l'ensemble de la population.

Les spécialistes ou les experts ont tendance à recommander des interventions dans une proportion beaucoup plus élevée et plus fréquemment que les groupes indépendants. Les données probantes le confirment.

Par conséquent, nos experts sont des membres sans droit de vote, conformément aux lignes directrices habituelles...

• (1240)

Mme Anna Roberts: Je suis désolée de vous interrompre; mon temps est limité.

Je veux juste dire que Mme Holland a reçu son diagnostic à l'âge de 40 ans, je crois. Elle est ici aujourd'hui grâce au diagnostic précoce.

Nous avons entendu plus tôt un témoin, Mme Daniel, qui a déclaré que les communautés noires et autochtones avaient du mal à obtenir un diagnostic. Une femme autochtone a été diagnostiquée. Elle a découvert une masse à l'âge de 22 ans, et son cas a été remis à plus tard. On lui a dit de rentrer chez elle et de prendre de la T3, parce que c'était juste une douleur. À l'âge de 24 ans, elle est retournée à l'hôpital et, bien entendu, il s'agissait d'un cancer du sein.

Ma question est la suivante. Je viens du milieu financier, et si quelqu'un venait me voir pour un prêt hypothécaire parce que je suis une experte dans ce domaine, je serais mieux équipée pour diagnostiquer et comprendre ses besoins.

Je consulte mon médecin de famille. J'ai récemment été opéré au genou, et elle a dû me diriger vers un spécialiste. Pourquoi ce groupe d'étude ne compte-t-il pas des spécialistes qui comprennent que la vie des femmes est vitale et importante pour la communauté?

Dre Donna Reynolds: Par votre entremise, madame la présidente, je vous remercie.

Comme vous le savez, le groupe d'étude formule des recommandations sur un vaste éventail de sujet, dont le cancer du sein. Lors de l'élaboration des lignes directrices, il est recommandé que les personnes à qui elles s'adressent — en ce qui nous concerne, ce sont les soins primaires — fassent partie du groupe d'étude. Les experts ont un point de vue différent des personnes qui travaillent dans le secteur des soins primaires. Leur point de vue est tout à fait valable dans leur champ de pratique, et le nôtre est tout aussi valable dans notre champ de pratique.

Mme Anna Roberts: Je vais reprendre les propos tenus par l'un de nos témoins plus tôt. Nous avons entendu dire que le groupe d'étude canadien soutient que le dépistage à 40 ans cause un stress inutile dû aux rappels. Toutefois, dans le cas d'un diagnostic ultérieur potentiellement mortel qui a une incidence sur la santé physique, mentale et émotionnelle, s'il était stressant d'attendre les résultats de la biopsie, il aurait été encore plus stressant et carrément dangereux de retarder le dépistage et un éventuel diagnostic.

Je suis désolée de ne pas être d'accord avec vous deux, mais je pense que la vie des femmes est importante et je pense que nous devons restructurer ce groupe d'étude pour nous assurer qu'il compte des personnes qui comprennent que je suis une femme et que je peux gérer cette nouvelle. Je peux faire face à cette nouvelle. Cela ne me dérange pas d'être rappelée si cela signifie que je serai en vie pour dire à mes enfants et à mes petits-enfants que j'ai survécu au cancer du sein.

Je n'essaie pas de vous discréditer. Je ne sais pas où vous trouvez vos recherches, mais tout indique que les témoins que nous avons entendus ont dit que le cancer du sein doit être diagnostiqué tôt pour sauver des vies.

S'il y a des antécédents de cancer du sein dans la famille, pourquoi attendons-nous?

Dre Donna Reynolds: Si vous le permettez...

Je suis désolée. Allez-y, docteur Thériault.

Dre Guylène Thériault: Madame la présidente, puis-je répondre à cette question?

La présidente: Oui.

Dre Guylène Thériault: Comme je l'ai dit, nous sommes toutes les deux cliniciennes. Nous avons traité un grand nombre de cancers différents, alors nous savons ce qu'il en est.

Notre message est que le dépistage du cancer du sein est une décision personnelle, fondée sur des valeurs et des préférences. Il existe des avantages. Je dirais que sur 1 000 femmes âgées de 40 à 49 ans qui font l'objet d'un dépistage pendant une décennie, une évitera de mourir de cette maladie, mais il y a aussi les tests supplémentaires qui montrent qu'il n'y a pas de cancer et il y a un surdiagnostic...

La présidente: Merci beaucoup.

Malheureusement, je dois vous interrompre. Merci beaucoup.

C'est maintenant au tour de Mme Hefpner. Vous avez la parole pendant cinq minutes.

Mme Lisa Hefpner: Merci, madame la présidente.

Merci à vous toutes d'être ici pour répondre à nos questions aujourd'hui. Je sais que votre rôle au sein de ce groupe d'étude a été scruté à la loupe.

J'allais également poser une question sur le manque d'expertise au sein du groupe, car de nombreux témoins nous ont dit que vous n'aviez pas d'experts en radiologie, en oncologie ou dans d'autres domaines, en particulier le cancer du sein. Vous y avez répondu en partie. Si vous avez quelque chose à ajouter, n'hésitez pas à le faire.

J'ai parlé en particulier avec une radiologiste qui se spécialise dans le cancer du sein. Elle a dit avoir eu l'occasion d'examiner les conclusions du groupe d'étude, mais que si elle y participait, il allait falloir qu'elle ajoute son nom au document, et elle n'aurait pas pu le retirer si elle n'approuvait pas les conclusions. Elle a dit que les experts évitaient d'être consultés par le groupe d'étude parce qu'ils ne pouvaient pas dire s'ils approuvaient ou non ses conclusions.

Que répondez-vous à cela?

● (1245)

Dre Guylène Thériault: Madame la présidente, il y a beaucoup à dire pour répondre à cette question, mais j'ai déjà expliqué que nous avons quatre experts au sein du groupe du début à la fin, un oncologue, un radio-oncologue, un radiologiste et un chirurgien du sein.

Vous trouverez sur notre site Web tous les commentaires qui ont été faits dans le cadre de notre examen systématique et nos réponses à ces commentaires. Il n'y a pas beaucoup de groupes qui le font et qui sont aussi transparents. Nous avons publié tous les commentaires que nous avons reçus et toutes les réponses que nous avons données à ces commentaires. Nous continuerons d'être transparents.

Pour ce qui est de l'autre partie de la question, je ne sais pas si Dre Reynolds veut faire un commentaire.

Dre Donna Reynolds: La transparence est très importante. Nous voulons que des experts cliniques et des experts dans le domaine puissent donner leur avis, mais ils doivent également être transparents à ce sujet. Nous disons que le fait d'apposer leur nom ne signifie pas qu'ils sont d'accord avec les recommandations, mais nous devons être transparents concernant leur contribution. Autrement, nous cacherions quelque chose, et ce n'est pas ce que nous faisons; nous sommes transparents.

Ce sont des principes pour élaborer de bonnes lignes directrices qui sont conformes à nos pratiques exemplaires.

Mme Lisa Hefpner: Merci.

J'ai également parlé à un groupe d'experts du cancer du col de l'utérus, et je crois qu'ils auront bientôt des lignes directrices en matière de dépistage. S'agit-il de votre groupe? Compte tenu de ce qui s'est passé dans le cas du cancer du sein, y aura-t-il des changements dans votre groupe d'étude ou dans votre méthodologie pour le cancer du col de l'utérus?

Dre Guylène Thériault: Madame la présidente, le groupe d'étude fait des recommandations sur différents dépistages, et oui, le dépistage du cancer du col de l'utérus en fait partie.

C'est en cours. Nous avons des experts qui participent au processus. Comme nous le faisons tout le temps, nous envoyons tous nos documents — les protocoles, les examens systématiques, les lignes directrices, etc. — aux détenteurs d'intérêt. Toutes ces personnes peuvent participer et faire des commentaires, et nous répondrons à ces commentaires et les rendrons publics, oui.

Mme Lisa Hefner: D'accord. Merci.

Docteure Thériault, je pense que l'une des raisons pour lesquelles le débat sur cette question s'est tellement enflammé dès le début, avant même que vous ne présentiez les recommandations, c'est que vous vous êtes lancée dans des querelles sur les médias sociaux avec des survivantes et d'autres experts. En quoi est-ce utile?

Dre Guylène Thériault: Vous pourriez lire toutes mes publications...

Je ne sais pas comment répondre à cette question, madame la présidente. Je m'excuse de ne pas m'être adressée à vous.

Vous pouvez lire toutes mes publications. Je ne pense pas avoir eu de querelles, mais j'ai apporté des précisions. Par exemple, si on disait que le dépistage du cancer du sein dans la quarantaine réduirait le nombre de décès de 50 %, je mentionnais que cela voulait dire qu'on passerait de deux décès sur mille à un décès sur mille, une diminution de 50 %. C'est ce à quoi se limitaient mes interventions, soit à fournir des données factuelles plus faciles à comprendre pour les patientes.

Mme Lisa Hefner: D'accord, merci.

Lorsque vous dites que le dépistage du cancer du sein est un choix personnel pour les femmes, pensez-vous que cela tient compte des obstacles auxquels nombre d'entre elles font face, comme le fait de ne pas avoir de médecin de famille, de ne pas avoir accès à ses antécédents familiaux, de ne pas nécessairement savoir ou grandir avec l'idée qu'il faut s'autoexaminer?

Dre Guylène Thériault: Madame la présidente, cela me donne l'occasion de parler de tout ce que nous prévoyons faire pour nous assurer que nos recommandations peuvent être mises en œuvre et atteindre le plus grand nombre de femmes possible.

Nous avons les lignes directrices. Nous avons l'outil 1 000 personnes qui peut favoriser la discussion avec un fournisseur de soins primaires. Nous avons, dans le passé, un véritable outil de prise de décisions partagée que nous envisageons d'utiliser. Nous voulons créer des vidéos et un outil interactif en ligne pour les femmes afin qu'elles puissent accéder à l'information en chiffres absolus et le faire d'une manière transparente qui s'applique à elles pour qu'elles puissent prendre des décisions qui correspondent à leurs valeurs et à leurs préférences.

• (1250)

La présidente: Merci beaucoup.

Madame Larouche, vous avez la parole pendant deux minutes et demie.

[Français]

Mme Andréanne Larouche: Merci, madame la présidente.

Mesdames, avez-vous reçu la lettre du Comité, envoyée en juillet, qui contenait quatre observations quant aux recommandations?

La première observation est la suivante: le groupe d'étude devrait abaisser l'âge recommandé dans les lignes directrices canadiennes

pour le dépistage du cancer du sein chez les personnes présentant un risque moyen pour...

[Traduction]

Mme Pam Damoff: J'invoque le Règlement. Je n'entends pas l'interprétation, madame la présidente.

La présidente: D'accord, nous allons arrêter le chronomètre pendant une minute, madame Larouche.

Docteure Reynolds, je vois que vous n'entendez pas l'interprétation non plus.

Nous allons suspendre la séance quelques instants, le temps de régler le problème d'interprétation.

• (1250)

(Pause)

• (1250)

La présidente: Nous allons reprendre où nous en étions.

Madame Larouche, il vous reste deux minutes.

[Français]

Mme Andréanne Larouche: Je disais que, selon la première observation, le groupe d'étude devrait abaisser l'âge recommandé dans les lignes directrices canadiennes pour le dépistage du cancer du sein...

• (1255)

[Traduction]

Mme Anna Roberts: Je n'entends pas l'interprétation.

La présidente: Est-ce qu'on entend l'interprétation en français?

Un député: Oui.

La présidente: D'accord.

Madame Larouche, pourriez-vous...?

[Français]

Mme Andréanne Larouche: Me demandez-vous de faire un test?

Je vais donc vérifier, mais je trouve particulier de ne pas pouvoir terminer mes observations juste au moment où j'arrive à ma question.

Je ne parle pas si vite, mais je vais continuer.

[Traduction]

La présidente: D'accord. C'est parfait.

[Français]

Mme Andréanne Larouche: Madame la présidente, je perds du temps et je suis pénalisée par le fait de devoir répéter ce que j'ai déjà dit.

Puis-je reprendre mes deux minutes et demie de temps de parole, s'il vous plaît?

La présidente: Oui.

Mme Andréanne Larouche: Merci.

Je vais donc demander aux représentantes du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs si elles ont bien reçu la lettre que le Comité permanent de la condition féminine, ou FEWO, lui a fait parvenir en juillet, qui contenait quatre observations, que je vais relire.

Observation 1

Le groupe d'étude devrait abaisser l'âge recommandé dans les lignes directrices canadiennes pour le dépistage du cancer du sein chez les personnes présentant un risque moyen pour inclure les femmes âgées de 40 à 49 ans, afin de refléter les plus récentes données probantes et l'avis d'experts spécialisés.

Observation 2

Le groupe d'étude devrait tenir compte des témoignages reçus pendant la réunion de FEWO du 11 juin 2024 et entreprendre un examen complet de toutes les autres recommandations provisoires contenues dans Cancer du sein (Mise à jour) — Recommandations provisoires (2024) pour s'assurer qu'elles sont inclusives, qu'elles s'appuient sur les commentaires pertinents du public, les recherches et les données probantes les plus récentes, et qu'elles reflètent la technologie médicale moderne et les progrès au chapitre des traitements.

Observation 3

Le groupe d'étude devrait veiller à ce que le processus de consultations publiques sur le Cancer du sein (Mise à jour) — Recommandations provisoires (2024), soit transparent et que les résultats de ce processus soient rendus publics afin de faciliter la reddition de comptes.

Observation 4

Le groupe d'étude devrait modifier les recommandations provisoires de Cancer du sein (Mise à jour) — Recommandations provisoires (2024) pour s'assurer que les femmes avec des seins denses bénéficient de mammographies annuelles et se voient proposer un dépistage supplémentaire par IRM ou échographie.

Qu'avez-vous à dire sur cette lettre et les quatre recommandations que nous vous avons fait parvenir?

Dre Guylène Thériault: Madame la présidente, merci.

Je peux vous dire rapidement que nous avons répondu à cette lettre de façon détaillée. Vous pourrez donc trouver des réponses plus explicites que ce que je pourrai vous dire en peu de temps.

Nous avons tenu compte des données les plus récentes. Notre revue systématique remonte jusqu'à l'été 2023. Toutes les données observationnelles les plus récentes, dont celles provenant de la grande étude canadienne dont vous avez entendu parler, sont donc incluses.

Mme Andréanne Larouche: Il est vrai que vous avez répondu à cette lettre, mais comprenez que ce que l'on entend depuis que nous avons repris cette étude ne va pas dans le sens de ce qui avait été recommandé par les experts et les témoins que nous avons entendus. C'est la raison pour laquelle nous vous avons fait parvenir cette lettre, en juillet dernier.

Or je considère que votre réponse ne tient pas compte de ce que nous entendons depuis.

[Traduction]

Dre Guylène Thériault: Madame la présidente, je ne sais pas si je dois répondre à cela. Est-ce une question?

La présidente: Je vais maintenant céder la parole à Mme Gazan.

Vous avez la parole pendant deux minutes et demie.

Mme Leah Gazan: Merci beaucoup, madame la présidente.

J'aimerais revenir à ce que je disais au sujet de l'échantillon, parce que je sais que vous vous êtes appuyés sur d'autres recherches, et toutes les recherches sont fondées sur des échantillons.

Je vais citer encore une fois la Dre McKerlie. C'était dans la lettre que nous avons envoyée.

Elle a dit que les études auxquelles on a accordé la priorité lors de l'élaboration des recommandations provisoires étaient non seulement désuètes, mais qu'elles étaient basées sur un échantillon composé à 98 % de femmes blanches. Cela signifie que vous saviez sans doute... Je suppose que si vous examinez la recherche, vous

voulez savoir quel est l'échantillon utilisé dans le cadre de cette recherche.

J'aimerais revenir à quelque chose que vous avez dit au sujet de ce que vous avez constaté chez les femmes noires et autochtones, à savoir que seules les femmes philippines avaient des taux plus élevés. Comment pouvez-vous tirer cette conclusion, alors que seulement 2 % de l'échantillon des données recueillies n'étaient pas des femmes blanches?

N'êtes-vous pas d'accord avec moi pour dire que c'est un échantillon trop petit pour fonder une recommandation générale en matière de dépistage?

• (1300)

Dre Guylène Thériault: Il y a là deux questions.

L'une est que nous avons accordé la priorité à des études qui étaient désuètes. Nous avons procédé à un examen complet. Nous avons examiné des études qui étaient anciennes, mais aussi des observations très récentes...

Mme Leah Gazan: Ma question porte sur l'échantillon.

Saviez-vous que 98 % de l'échantillon que vous avez examiné dans le cadre de la recherche et des données recueillies étaient des femmes blanches?

Dre Guylène Thériault: Madame la présidente, je pense avoir déjà répondu à cette question.

En ce qui concerne les femmes d'origine philippine, je veux simplement m'assurer que nous sommes bien comprises, ici. Les données dont j'ai parlé ne portaient pas seulement sur les femmes d'origine philippine, mais aussi sur celles d'origine arabe ou multiethnique. Elles ne viennent pas de l'étude...

Mme Leah Gazan: Quelle proportion de l'échantillon... Je suis désolée, mais je n'ai pas beaucoup de temps.

Tous les témoins experts qui ont comparu ici ont indiqué que 98 % de votre échantillon se composait de femmes caucasiennes. Cela signifie que 2 % d'entre elles entraient dans les catégories « autres » dans les données recueillies, dans l'échantillon sur lequel vous avez fondé votre recommandation. C'est profondément troublant...

Dre Donna Reynolds: Je peux peut-être répondre à cela...

Dre Guylène Thériault: Bien sûr...

Mme Leah Gazan: Je m'excuse, je vais terminer d'abord.

C'est très troublant, car vous avez dit essayer de tenir compte des valeurs et des préférences de vos sujets dans ces recommandations, mais vous ne connaissez pas votre échantillon. Ai-je bien compris?

Dre Donna Reynolds: Ce que vous entendez, c'est qu'il n'y a pas de données probantes sur ces personnes.

Ce que nous essayons de vous dire, c'est que nous avons besoin...

Mme Leah Gazan: Je vais vous arrêter ici. Il n'y a pas de données probantes sur ces personnes, alors vos recommandations ne tiennent pas compte des Noirs, des Autochtones et des personnes de couleur.

Dre Guylène Thériault: Avec tout le respect que je vous dois, madame la présidente, je dirais qu'il suffit d'examiner nos outils. On en parle. Nous mentionnons le nombre de décès accru chez les femmes noires. On en parle. Tout est là. Ce que nous savons est là.

La présidente: Merci beaucoup.

Madame Goodridge, vous avez la parole pour cinq minutes.

Mme Laila Goodridge (Fort McMurray—Cold Lake, PCC): Merci, madame la présidente.

Je tiens à vous remercier de prendre le temps de comparaître ici.

Je pense qu'il est assez clair à ce stade que les Canadiens ne font pas confiance à ce que vous avez publié. Les Canadiennes ne devraient pas se fier à ce que vous avez publié. En fait, la plupart des provinces ont déterminé que vos lignes directrices ne valaient pas la peine et ont modifié leurs directives elles-mêmes.

La plus grande comparaison avec notre pays, ce sont les États-Unis, qui ont abaissé le seuil à 40 ans. Vous avez complètement ignoré les raisons qui les ont menés à prendre une telle décision.

Vous ne cessez d'essayer de dire que les préjudices causés par le dépistage du cancer du sein sont plus graves que le fait qu'il sauve la vie de certaines femmes. C'est extrêmement préoccupant. En fait, les préjudices que vous avez été en mesure de décrire au Comité se résument à de l'anxiété. Franchement, les femmes peuvent gérer de l'anxiété.

J'ai dû vivre la majeure partie de ma vie — en fait, toute ma vie d'adulte — sans ma mère, parce qu'elle a eu un cancer du sein et qu'elle est décédée à 49 ans, avant que le dépistage ne lui permette de savoir qu'elle avait un cancer. Elle serait peut-être encore là aujourd'hui si elle avait découvert son cancer avant qu'il ne soit rendu au stade 4 et qu'il ne lui reste pratiquement plus aucune option. Elle a vécu 11 mois après son diagnostic de cancer du sein de stade 4.

Je n'accepterai pas que l'anxiété et les faux positifs pèsent aussi lourd que la mort d'une femme.

Selon mes calculs approximatifs, une personne mourra. Cela signifie 400 décès de plus. Selon votre étude, ce serait acceptable parce que seulement 400 femmes vont mourir. Je ne sais pas s'il y a quelqu'un autour de cette table qui est d'accord pour laisser 400 femmes de plus mourir parce que le stress et l'anxiété sont trop importants.

Qu'avez-vous à dire à ces femmes et aux familles de ces femmes qui doivent maintenant vivre avec cela?

Dre Guylène Thériault: Madame la présidente, je vais donner un début de réponse à cette question, puis la Dre Reynolds poursuivra.

Nous ne disons pas dans notre recommandation que les préjudices l'emportent sur les bénéfices ou que les bénéfices l'emportent sur les préjudices. Nous disons que les femmes ont le droit et devraient avoir le droit d'être informées des bénéfices et des préjudices, afin de prendre une décision qui corresponde à leurs valeurs.

Docteur Reynolds, voulez-vous ajouter quelque chose?

Mme Laila Goodridge: Vos données indiquent également que vous ne pensez pas que les femmes âgées de 40 à 50 ans devraient faire l'objet d'un dépistage, parce que vous avez décidé que les bénéfices ne l'emportent pas sur les préjudices, d'où la conversation que nous avons autour de cette table. Nous avons eu la même conversation au comité de la santé. Nous l'avons maintenant au comité de la condition féminine.

Nous nous demandons comment il se fait que des témoins, des experts, sont venus les uns après les autres nous dire que cela ne fonctionne pas, mais que vous maintenez votre position. Le ministre de la Santé s'est donné beaucoup de mal et a même écrit qu'il

était déçu de vos conclusions, et vous êtes ici devant notre comité à dire que tout va bien et que vous maintenez vos conclusions. Comment pouvez-vous maintenir vos conclusions?

• (1305)

Dre Guylène Thériault: Madame la présidente, notre rôle consiste à examiner les données probantes, à colliger toutes les données pour formuler une recommandation. C'est notre rôle premier, et c'est ce que nous avons fait.

Mme Laila Goodridge: Nous avons entendu sans équivoque qu'il manque cruellement de données, pourtant. La santé des femmes ne fait pas l'objet de suffisamment de recherches, comparativement à d'autres enjeux de santé. Bien sûr, il n'y a peut-être pas suffisamment de données.

Or, compte tenu du fait que les États-Unis ont décidé qu'il valait la peine d'abaisser le seuil à 40 ans pour le dépistage du cancer et que la plupart des provinces ont décidé que c'était justifié aussi, pourquoi tenez-vous tant à vous limiter à des données probantes manifestement insuffisantes, plutôt que de déterminer que la vie des femmes en vaut la peine?

Dre Donna Reynolds: Docteur Thériault, je peux peut-être intervenir.

Dre Guylène Thériault: Oui, allez-y, docteur Reynolds.

Dre Donna Reynolds: Ces recommandations sont conditionnelles. Elles sont conditionnelles aux valeurs et aux préférences des gens.

Nous ne disons pas: « Ne le faites pas. Personne. » Nous disons qu'il n'est pas nécessaire de faire un dépistage systématique chez les 40 à 49 ans; nous disons qu'il faut informer les femmes des bénéfices et des préjudices et les laisser décider.

Mme Laila Goodridge: Vous dites également que les femmes de moins de 50 ans ne devraient pas faire l'objet d'un dépistage, ce qui signifie que des personnes comme ma mère meurent. C'est la réalité. Rien de moins.

Comme elle avait moins de 50 ans, ma mère n'était pas admissible à une mammographie jusqu'à ce qu'elle remarque une bosse. Ma mère est morte depuis près de 15 ans. C'est la réalité. C'est exactement ce de quoi nous parlons en ce moment.

Dre Guylène Thériault: Je comprends votre souffrance. C'est évident. Je comprends la souffrance que vous ressentez en ce moment.

Si vous lisez bien notre recommandation...

Mme Laila Goodridge: C'est à peine croyable.

Vous ne tenez pas compte des femmes qui ont dû subir plus de traitements de chimiothérapie, de radiothérapie, des chirurgies et tout le reste, à cause de cela. Vous ne tenez pas compte des préjudices accrus qui viennent avec un diagnostic posé à un stade plus avancé.

Je suis désolée. Je ne suis pas seulement en colère en ce qui concerne ma mère; je suis en colère pour toutes les femmes dont la vie est ébranlée par ces lignes directrices défailtantes. Ces lignes directrices sont mauvaises. Je suis fâchée parce qu'il y a des familles qui ont perdu des proches parce que vous refusez d'accepter que vos données laissent à désirer et que vous devriez peut-être changer votre réponse en conséquence.

Vous êtes ici devant le Comité, à dire que vous persistez et signez. Savez-vous que personne dans cette salle n'aime ce que vous dites, que nous ne sommes pas d'accord avec ce que vous dites?

La présidente: Merci.

Madame Sidhu, vous avez la parole pour cinq minutes.

Mme Sonia Sidhu: Merci, madame la présidente.

Le Comité a entendu les médecins Jean Seely et Anna Wilkinson dire que le dépistage chez les femmes à partir de 40 ans nous permettrait d'économiser plus de 400 millions de dollars chaque année dans le système de santé. C'est beaucoup d'argent. C'est un lourd fardeau pour le système de soins de santé.

Le groupe de travail a-t-il tenu compte de ces économies dans son analyse des bénéfices du dépistage?

Dre Guylène Thériault: La méthode du groupe de travail consistait vraiment à examiner les bénéfices et les préjudices pour la personne, individuellement. Il y a une partie où nous abordons les questions d'application et de rentabilité, mais ce n'est pas ce sur quoi nous nous sommes fondés pour formuler nos recommandations.

C'est...

Oui, allez-y.

Mme Sonia Sidhu: Docteure Reynolds, plusieurs témoins nous ont dit que votre groupe d'étude avait ignoré et rejeté les commentaires des experts.

L'une d'elles, Jennie Dale, a dit que les « experts ont été exclus du vote sur les lignes directrices » et que le groupe d'étude a publiquement « jeté le doute » sur l'intégrité de ces experts.

Qu'avez-vous à dire à ce sujet?

Dre Donna Reynolds: Par l'entremise de la présidente, je pense que cette question m'est adressée, docteure Thériault. Je me ferai un plaisir de vous laisser répondre à toute autre question ensuite.

Nous avons inclus des experts dans le groupe d'étude. Nous y avons inclus des experts du début à la fin: un radiologiste, un radio-oncologue, une oncologue et une chirurgienne du sein. Ils ont participé étroitement à l'élaboration des lignes directrices, de concert avec nos patients partenaires, tout au long du processus.

L'idée selon laquelle nous n'avons pas inclus d'experts dans l'élaboration des lignes directrices est carrément fausse. C'est faux.

• (1310)

Mme Sonia Sidhu: Nous avons entendu à maintes reprises au Comité que la densité mammaire est un facteur de risque de cancer, et pourtant, le groupe d'étude donne la même recommandation de dépistage pour les femmes à forte densité mammaire que pour les femmes affichant un risque plus faible dans la même tranche d'âge.

Pourquoi le groupe d'étude n'a-t-il pas souligné la différence et les bénéfices du dépistage pour elles?

Dre Guylène Thériault: Madame la présidente, vous pourriez constater que nous soulignons dans notre outil que les bénéfices potentiels sont plus grands pour les femmes ayant des seins denses. C'est dans notre outil. Nous précisons qu'il y a eu 1,9 décès évité au lieu d'un dans ce groupe, selon une étude sur les personnes présentant un risque plus élevé.

Par ailleurs, nous nous sommes demandé s'il faudrait faire un dépistage différent chez les femmes ayant des seins denses. Nous nous sommes penchés sur les études existantes pour déterminer s'il fallait y ajouter l'échographie ou l'imagerie par résonance magnétique. Comme des chercheurs l'ont constaté en mai 2023, aux États-Unis, il n'y a pas d'étude de ce genre sur les résultats en fonction du profil du patient.

Mme Sonia Sidhu: Docteure Thériault, au cours de la première heure, aujourd'hui, la Dre Caron nous a dit que l'héritage du système des pensionnats prive de nombreuses femmes autochtones d'informations sur leurs antécédents familiaux. Il leur est donc impossible d'obtenir une évaluation normale du risque de cancer du sein. Cela ne constitue-t-il pas un obstacle à l'accès au dépistage pour les femmes autochtones?

De plus, ma collègue a soulevé la question de la disparité dans les données, 98 % par rapport à 2 %. J'aimerais simplement avoir une réponse à cette question. Comment justifiez-vous cela?

Dre Guylène Thériault: C'est malheureux pour toutes ces femmes qui n'ont pas cette information. La réponse n'est pas facile, parce qu'elles peuvent être exposées à un risque élevé, et il n'en est pas question dans nos lignes directrices. Elles présentent peut-être un risque modérément plus élevé, et nous avons des chiffres pour informer ces femmes, mais si elles ne sont pas au courant, je suis consciente que c'est très difficile. Je le comprends.

En ce qui concerne ces 2 % et 98 %, nous avons tenu compte des études d'observation les plus récentes. Ces chiffres ont changé. Je ne les connais pas par cœur, mais je pourrais sans problème transmettre au Comité les chiffres tenant compte des études d'observation les plus récentes, si vous le voulez. C'est justement pourquoi nous avons demandé à Statistique Canada de nous fournir tous les renseignements à sa disposition sur le cancer du sein et les diverses ethnicités au Canada.

Dre Donna Reynolds: Si vous me permettez d'ajouter rapidement quelque chose au sujet de la diffusion d'information, il n'y a pas que le groupe d'étude; nous avons appris que dans certaines provinces, on réfléchit actuellement à la façon de fournir de l'information sur les bénéfices et les préjudices afin que les femmes en soient informées.

Il y a aussi de nombreux organismes de lutte contre le cancer qui sont excellents en communication pour diffuser ce genre de messages et bien informer les femmes afin qu'elles puissent prendre leurs propres décisions.

La présidente: Merci beaucoup.

Merci, madame Sidhu.

En ma qualité de présidente, j'aimerais poser une question à laquelle vous pourrez répondre à peu près par oui ou par non.

Envisagez-vous de modifier ou de réviser vos lignes directrices?

Dre Guylène Thériault: Madame la présidente, nous révisons nos lignes directrices chaque année, nous en faisons un examen rapide. Je peux peut-être laisser Mme Reynolds en parler, car elle en sait plus que moi sur ce processus.

La présidente: Nous n'avons pas beaucoup de temps, répondez-moi seulement « oui », « non » ou « peut-être ».

Dre Guylène Thériault: Nous les révisons toujours.

Dre Donna Reynolds: Oui, toujours, et nous attendons avec impatience les commentaires publics que nous recevons de toutes les autres sources pour nous assurer qu'elles soient éclairantes.

La présidente: C'est parfait.

Cela met fin à la deuxième heure de témoignages.

Au nom du Comité, je tiens à vous remercier toutes les deux de votre présence ici aujourd'hui et de vos réponses à certaines questions. Merci. Vous pouvez partir. Je vous suis vraiment reconnaissante de votre présence ici aujourd'hui.

Pour les députés présents dans la salle, j'ai mentionné que nous avons quelques questions d'ordre administratif à régler. Je sais que nous sommes pressés par le temps, car il est déjà 13 h 15. Il y a juste deux ou trois petites choses.

Nous devons nous pencher sur les instructions de rédaction pour notre rapport sur le cancer du sein mercredi prochain. Ce sera reporté au 4 décembre, compte tenu de la réunion supplémentaire qui se tiendra le 2 décembre.

De plus, nous avons reçu une demande de réunion informelle d'une délégation de femmes parlementaires du Parlement ukrainien. Cette demande vous a été transmise par la greffière le 7 novembre. Cette délégation est en visite à Ottawa, et elle a demandé à nous rencontrer pendant une heure le mercredi 27 novembre, en après-midi. Son horaire est chargé ce jour-là, mais la délégation aurait une heure à nous accorder pendant la réunion de notre comité. Le Comité est-il d'accord pour que cette délégation vienne nous rencontrer de 16 h 30 à 17 h 30?

D'accord, c'est un oui.

De plus, la nouvelle étude sur la violence à l'égard des membres de la communauté 2ELGBTQI+ devait commencer le 27 novembre, mais comme nous comptons maintenant accueillir la délégation ukrainienne et que nous avons ajouté à notre calendrier l'étude sur le cancer du sein, nous la commencerons une semaine plus tard que prévu. Est-ce que cela vous convient?

Oui. D'accord.

Ensuite, le Comité est-il d'accord pour que nous assumions les frais d'accueil de la réunion informelle? Nous pourrions simplement passer de l'une à l'autre.

D'accord. Je vous remercie.

En conclusion, comme l'étude sur la violence à l'égard des membres de la communauté 2ELGBTQI+ commencera un peu plus tard, nous allons devoir repousser la date limite pour soumettre des mémoires à ce sujet. Nous avons entendu un peu plus tôt que nous voulions nous assurer d'avoir suffisamment de temps pour recevoir des mémoires, alors pouvons-nous reporter la date au mercredi 11 décembre? La date limite actuelle est le 2 décembre.

Nous ne faisons que tout repousser un peu. Nous enverrons un calendrier à jour à tout le monde. Je sais qu'il y a eu des changements, mais je voulais m'assurer que nous étions tous d'accord pour accueillir cette délégation, parce que c'était l'élément en suspens qui risquait de changer la donne.

D'accord. C'est formidable.

Y a-t-il une motion pour...

Madame Damoff, allez-y.

• (1315)

Mme Pam Damoff: Vous avez dit que la délégation ukrainienne viendrait le 27 novembre de 16 h 30 à 17 h 30, alors cette réunion ne durera-t-elle qu'une heure?

La présidente: Non, nous allons consacrer la deuxième heure à... Je vais devoir vérifier ce qui est prévu à l'horaire. Il y aura une réunion complète de deux heures, dont une heure avec la délégation.

Mme Pam Damoff: Je pose la question parce que vous avez dit que nous étions censés commencer l'étude sur la communauté 2ELGBTQ+ ce jour-là, mais que nous ne pouvions pas le faire. Je me demande ce que nous avons de prévu pour l'autre heure.

La présidente: Permettez-moi de vérifier rapidement. Je sais que nous avons repoussé la date pour l'étude sur le cancer du sein, alors...

Je vous répondrai ultérieurement, madame Damoff, à vous et aux autres députés, sur la question de savoir si nous serons saisis de l'étude sur le cancer du sein ou si nous entendrons des témoins supplémentaires sur l'autre... Il y a des changements en raison de ce qui s'est passé ici aujourd'hui, mais je pourrai confirmer à tous quelle sera la suite des choses.

Mme Pam Damoff: D'accord. Merci.

La présidente: Merci.

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>