



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

44^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

Comité permanent de la santé

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 122

Le lundi 10 juin 2024

Président : M. Sean Casey



Comité permanent de la santé

Le lundi 10 juin 2024

• (1700)

[Traduction]

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

Bienvenue à la 122^e réunion du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes.

Avant de commencer, j'aimerais demander à tous les membres et aux autres participants en personne...

[Français]

M. Luc Thériault (Montcalm, BQ): J'invoque le Règlement, monsieur le président.

Je n'entends pas l'interprétation. Le son n'est vraiment pas assez fort. Je suis aux trois quarts du volume actuellement et je n'entends pas l'interprétation.

Le président: Nous allons essayer de régler le problème.

Y a-t-il une amélioration, maintenant?

M. Luc Thériault: Non. Il faut que je règle le volume à 10 pour entendre. C'est dangereux.

Le président: D'accord.

Nous allons suspendre la séance, le temps de régler la situation.

• (1700)

(Pause)

• (1705)

[Traduction]

Le président: Nous reprenons.

Encore une fois, bienvenue à la 122^e réunion du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes.

Avant de commencer, j'aimerais demander à tous les membres et aux autres participants en personne de consulter les cartes sur la table pour obtenir des directives afin de prévenir les incidents de réflexion acoustique. Veuillez prendre note des mesures de prévention suivantes en place pour protéger la santé et la sécurité de tous les participants, y compris les interprètes. Veuillez n'utiliser que l'oreillette noire approuvée. Les anciennes oreillettes grises ne doivent plus être utilisées. Veuillez garder votre oreillette loin de tous les microphones en tout temps. Lorsque vous n'utilisez pas votre oreillette, placez-la face contre le bas sur l'autocollant placé sur la table à cette fin.

Merci de votre coopération.

Conformément à notre motion de routine, j'informe le Comité que tous les participants à distance ont effectué les tests de connexion requis avant la réunion.

Conformément à l'article 108(2) du Règlement et à la motion adoptée le 11 avril 2024, le Comité commence son étude des lignes directrices sur le dépistage du cancer du sein.

J'aimerais accueillir notre groupe de témoins.

Nous accueillons, comparaisant à titre personnel, la Dre Michelle Nadler, oncologue du sein et spécialiste de la science de la mise en œuvre; Mme Kimberly Carson, directrice générale, qui représente Cancer du sein du Canada; la Dre Shiela Appavoo, présidente, responsable de la Coalition for Responsible Healthcare Guidelines; et la Dre Paula Gordon, conseillère médicale bénévole, professeure clinique à l'Université de la Colombie-Britannique, qui représente Dense Breasts Canada.

À tous nos témoins, nous vous remercions de votre patience. Nous avons eu quelques problèmes techniques et des votes qui ont retardé le début. Les ressources sont ici jusqu'à 18 h 30, heure de l'Est. Nous lèverons la séance à ce moment-là.

Je crois savoir que Mme Carson a une autre obligation qui l'obligera à partir à 17 h 30. Nous allons donc commencer par entendre la déclaration liminaire de Mme Carson.

Mme Carson est ici au nom de Cancer du sein du Canada.

Bienvenue au Comité. La parole est à vous.

• (1710)

Mme Kimberly Carson (directrice générale, Cancer du sein du Canada): Merci.

Merci beaucoup de me recevoir et de me fournir l'occasion de m'exprimer sur un sujet aussi important que celui-là.

Je m'appelle Kimberly Carson et je suis directrice générale de Cancer du sein du Canada.

Cancer du sein du Canada est la seule organisation nationale clairement axée sur le financement de la recherche sur le cancer du sein, ce que nous faisons depuis 1991. Nous préconisons plus de financement dans la recherche sur le cancer du sein, les diagnostics et l'oncologie de précision, et la recommandation du groupe d'étude du 30 mai est une grande source d'inquiétude pour nous.

Malgré les demandes de défenseurs des patients comme moi, à Cancer du sein du Canada, et de fournisseurs de soins de santé et de patients de partout au Canada pour abaisser l'âge du programme de dépistage systématique du cancer du sein à 40 ans, le groupe d'étude s'en est tenu aux lignes directrices visant les personnes âgées de 50 à 75 ans. Nous disposons évidemment d'un certain nombre de projets de recherche qui vont à l'encontre de cette recommandation.

Nous pensons que l'âge du dépistage devrait être abaissé, car nous savons de source sûre que détecter le cancer du sein sauve des vies. Lorsqu'il est détecté tôt et qu'il ne s'est pas propagé — il n'a pas développé de métastases — le taux de survie relatif à cinq ans se situe à près de 99 %. Poser ce diagnostic à un âge et un stade précoces, et ne pas retarder le traitement, évidemment, augmentent le taux de survie.

L'autre aspect dont j'aimerais que vous teniez compte, c'est qu'il y a de nombreuses populations où le risque est encore plus élevé à un jeune âge, y compris les femmes noires et hispaniques. Par exemple, le cancer du sein triple négatif est l'une des formes les plus agressives de cancer du sein qui touche généralement des proportions plus élevées de femmes noires et hispaniques, et certainement plus jeunes, pour 10 à 20 % des diagnostics. L'autre considération, ce sont les femmes ayant une forte densité mammaire, qui sont évidemment plus à risque d'un diagnostic retardé et ont moins de chance de faire l'objet d'un dépistage par IRM.

Tout cela contribue à alourdir le système de soins de santé.

Il existe certes des mesures à prendre pour alléger ce fardeau. Un diagnostic plus précoce réduit le nombre de traitements systématiques, la complexité des traitements, les répercussions et le traitement excessif par la chimiothérapie, les interventions chirurgicales et la radiation.

Pour les patients qui reçoivent une thérapie de stade trois ou de stade quatre, celle-ci se poursuivra sur une plus longue période et aura de plus grandes conséquences — une plus grande invalidité — que chez les femmes qui recevraient peut-être un diagnostic à un plus jeune âge et à un stade plus précoce, qui pourraient retourner sur le marché du travail ou continuer de travailler en même temps tout en s'occupant de leur famille et en contribuant à la société.

Certes, le dépistage plus précoce à 40 ans jouera un rôle très important pour ces résultats de santé de nos patients au Canada.

Nous constatons également quelques inégalités dans le dépistage du cancer du sein. Un certain nombre de provinces effectuent le dépistage à 50 ans, ce qui le rend inaccessible pour les femmes moins âgées, mais d'autres provinces permettent aux femmes de s'inscrire elles-mêmes à un programme à un plus jeune âge.

L'autre chose que j'ajouterais, c'est qu'il faut inciter les femmes et leur rappeler qu'elles ne sont pas des professionnelles des soins de la santé, et il appartient certainement au groupe d'étude de recommander l'âge du dépistage.

L'autre chose que Cancer du sein du Canada aimerait voir, c'est un examen en temps plus opportun. De nouvelles thérapies et de nouveaux traitements novateurs sont en train d'arriver. En ce moment, nous parlons de mammographie et de dépistage, mais à l'avenir, nous verrons apparaître les tests sanguins et de nouvelles technologies. Nous aimerions certainement voir cela arriver plus rapidement — au moins une fois tous les deux ans — pour que nous puissions profiter de toutes les nouvelles percées dans la technologie.

Le Canada dispose d'incroyables chercheurs en cancer du sein, et nous devrions vraiment écouter ce qu'ils ont à nous dire, pour que nous puissions fournir cette qualité et cette égalité partout au Canada et à sauver plus de vies à l'aide des recherches sur le cancer du sein.

Merci beaucoup de votre temps et merci d'avoir pris le temps de m'écouter.

Le président: Merci, madame Carson.

La prochaine est la Dre Michelle Nadler, oncologue du sein et spécialiste de la science de la mise en œuvre.

Bienvenue au Comité. La parole est à vous.

Dre Michelle Nadler (oncologue du sein et spécialiste de la science de la mise en œuvre, à titre personnel): Merci de me donner l'occasion de me présenter au Comité aujourd'hui et de prendre le temps d'examiner une question aussi importante pour la santé des femmes.

Je suis oncologue du sein à Toronto. Je parle chaque jour aux patients et à leur famille au sujet du cancer du sein et je vois à quel point cette maladie et son traitement se répercutent sur eux. Nous sommes tous déterminés à assurer les meilleurs résultats possibles pour les femmes et les personnes atteintes du cancer du sein.

À l'université, je me suis concentrée sur la traduction des connaissances ou la mise en œuvre des lignes directrices. Dans le cadre de ce travail, j'ai été invitée à participer en tant qu'experte au groupe d'étude. Les lignes directrices provisoires de 2024 annoncent ce qui suit:

Le dépistage du cancer du sein est un choix personnel.

Les femmes âgées de 40 à 74 ans devraient recevoir de l'information sur les bénéfices et les préjudices du dépistage afin de prendre une décision qui corresponde à leurs valeurs et leurs préférences. Si une personne de cette tranche d'âge a connaissance de cette information et souhaite se faire dépister, on devrait lui offrir une mammographie tous les deux à trois ans.

Cette information devrait être accessible et exprimée en chiffres absolus. Elle devrait expliquer comment l'âge, les antécédents familiaux, l'appartenance ethnique et la densité mammaire (si celle-ci est connue) peuvent avoir un impact sur les bénéfices et préjudices du dépistage.

Le groupe d'étude a invité quatre experts: un oncologue médical, un radio-oncologue, un radiologiste et un chirurgien oncologue. Il y avait deux ou trois partenaires patients. Tous ont fourni des commentaires sur les trois principales questions d'examen systématiques: les critères d'inclusion pour chaque étude, les résultats de l'importance et les protocoles. Des essais randomisés et des études observationnelles et quasi expérimentales ont été incluses.

Le groupe d'étude a notamment enquêté sur les résultats suivants: le taux de mortalité par cancer du sein, la distribution des cas selon le stade et la morbidité associée au traitement. Nous entendons souvent parler des avantages de la détection précoce. On nous dit que, si nous pouvons déceler le cancer plus tôt, la probabilité de décès par cancer du sein est moins grande ou les thérapies sont moins intensives. Cela pourrait vous surprendre, mais la détection précoce ne le garantit pas nécessairement toujours. De plus en plus, nous voyons que la biologie de la maladie et l'agressivité du cancer sont des facteurs de pronostic.

Les résultats des préjudices, y compris les tests supplémentaires ne démontrant aucun cancer et les surdiagnostics, ont également été étudiés. Le surdiagnostic est la détection par biopsie d'un précancer ou d'un cancer qui n'aurait autrement jamais causé de symptômes ou de problèmes à la personne concernée au cours de sa vie. Cela arrive pour les femmes plus âgées et est également bien documenté chez les jeunes femmes.

Toutes les études qui répondaient aux critères d'inclusion et les études supplémentaires versées sur le portail ont été examinées par l'équipe responsable de la synthèse des données probantes. L'équipe comprenait deux experts en radiologie et un oncologue médecin généraliste. Toutes les études ont été évaluées pour ce qui est de leur certitude, c'est-à-dire la probabilité qu'elles représentent la vérité, à l'aide de la méthode GRADE. Une fois l'analyse des données effectuée, les données probantes ont été transmises à notre groupe de travail, et nous les avons examinées et analysées.

À la question principale 3, le groupe d'étude a entrepris un examen systématique lié aux valeurs et aux préférences des femmes âgées de 40 à 74 ans associées aux dépistages. Ces données ont révélé que la majorité des femmes âgées de 40 à 49 ans estimaient que les préjudices l'emportaient sur les bénéfices du dépistage; cependant, les membres du groupe d'étude ont convenu qu'il y avait une grande variabilité dans les valeurs des femmes.

Le groupe d'étude s'est réuni séparément pour examiner les données probantes dans leur intégralité, en se penchant sur tous les résultats d'étude combinés et en les comparant. L'une des critiques du groupe d'étude est que certaines études n'ont pas été prises en considération. Il est normal dans la méthode scientifique d'un examen systématique de remettre en question pourquoi certains résultats sont des aberrations par rapport à d'autres. Cela ne signifie pas qu'ils sont rejetés. Le groupe d'étude ne peut pas fonder sa recommandation sur une ou deux études seulement; il doit se pencher sur les données probantes dans leur totalité.

Tout ce que je viens de citer, ce sont les faits tels que je les connais. Pour être claire, voici maintenant mon opinion personnelle.

Je pense qu'il est louable d'avoir des lignes directrices qui énoncent précisément que les facteurs de risque personnel, les bénéfices et les préjudices doivent être communiqués clairement aux femmes pour orienter une décision, et que leur décision doit être respectée.

L'autre possibilité suggérée par de nombreux critiques du groupe d'étude est de dépister systématiquement toutes les femmes à compter de 40 ans. Je crains que cela ne respecte pas l'éventail des valeurs de différentes femmes concernant les bénéfices et les préjudices du dépistage. Certaines femmes veulent se faire dépister, et d'autres non. Les deux ensembles de valeurs devraient être respectés.

Je me suis lancée dans ce processus avec l'esprit ouvert au regard de ce que les données démontreraient. Je crois fermement que le groupe d'étude s'y est également lancé avec l'esprit ouvert. Les données scientifiques nous montrent qu'il y a à la fois des bénéfices et des préjudices au dépistage du cancer du sein. Chez les personnes qui ne présentent pas un risque élevé, il y a l'incertitude absolue et une forte incertitude. L'incertitude est plus grande que ce que le public pourrait croire.

• (1715)

Parfois, les données scientifiques nous donnent une réponse à laquelle nous ne nous attendions pas ou que nous ne voulons pas connaître, mais nous devrions tout de même les écouter. Dans la pratique médicale, lorsqu'il y a une incertitude absolue étroite ou une certaine incertitude, la meilleure chose à faire est d'avoir une discussion commune avec chaque patient devant nous et de respecter sa décision.

Je vous remercie.

Le président: Merci, docteur Nadler.

Nous accueillons maintenant la Dre Sheila Appavoo, qui représente la Coalition for Responsible Healthcare Guidelines. Merci d'être avec nous.

Vous avez la parole.

Dre Shiela Appavoo (présidente, Coalition for Responsible Healthcare Guidelines): Merci de me recevoir.

Honorables membres du Comité de la santé, merci d'organiser cette étude très importante de manière aussi urgente.

Je suis la Dre Shiela Appavoo, radiologue générale, et je m'intéresse à l'imagerie mammaire. Je suis présidente du groupe de travail de mobilisation des patients de la Société canadienne de l'imagerie mammaire. Je suis également la présidente fondatrice de la Coalition for Responsible Healthcare Guidelines.

J'exprime aujourd'hui mes préoccupations graves concernant les récentes lignes directrices provisoires publiées par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs concernant le dépistage du cancer du sein, qui recommande de ne pas dépister les femmes âgées de 40 à 49 ans.

Ces lignes directrices contrastent fortement avec celles fournies par le groupe d'étude américain, la Société canadienne du cancer et la majorité des provinces canadiennes, qui ont toutes reconnu le besoin d'abaisser l'âge du dépistage à 40 ans. L'Association des infirmières et infirmiers praticiens du Canada a également récemment retiré son appui aux lignes directrices similaires du groupe d'étude de 2018.

La décision du groupe d'étude de ne pas dépister régulièrement les femmes âgées de 40 à 49 ans est biaisée. Il semble que cette position ait été prédéterminée. Les responsables du groupe de travail ont dit dans les médias au début mai 2023 qu'il n'était pas nécessaire de changer les lignes directrices canadiennes. Cette déclaration a été faite avant l'examen des données probantes. Ô surprise, cette prophétie s'est concrétisée presque exactement un an plus tard.

Comment le groupe d'étude peut-il parvenir à des conclusions aussi différentes que celles du reste du monde moderne? Sans le contexte fourni par l'orientation détaillée d'experts en contenu expérimentés, on amplifie les préjudices, comme le surdiagnostic et les rappels d'imagerie supplémentaire, et réduit au minimum les avantages d'une détection précoce. On entend rarement les discussions du groupe d'étude sur le nombre de vies sauvées ou de mastectomies empêchées grâce au dépistage.

Le groupe d'étude américain a reconnu l'incidence accrue du cancer du sein et des disparités raciales et y a donné suite. La recherche canadienne a recensé des tendances similaires ici, et le groupe d'étude canadien a même reconnu que les femmes noires dans la quarantaine avaient un taux de mortalité supérieur, mais il ne respecte pas ses lignes directrices en invoquant le manque de preuve et en abandonnant le bon sens et le principe de précaution.

Dans chaque groupe racial sauf les femmes blanches, le cancer du sein atteint son apogée à partir de la quarantaine, or le groupe d'étude tente peu d'accommoder ces groupes. Même s'il reconnaît l'influence de l'origine raciale, de l'origine ethnique, des antécédents familiaux et de la densité mammaire, il minimise ces questions d'individualisation importantes.

L'une des fausses conceptions du groupe d'étude, c'est que l'amélioration de l'espérance de vie est attribuable à un meilleur traitement, ce qui laisse entendre que le traitement est un substitut à la détection précoce. C'est problématique. Les femmes qui reçoivent un diagnostic de stade précoce sont beaucoup plus susceptibles de vivre toute leur vie sans les traitements agressifs, la peur existentielle et le traumatisme générationnel avec lesquels une femme qui reçoit un diagnostic de cancer de dernier stade et sa famille doivent composer. Pour le dire simplement, les femmes qui ont des tumeurs plus petites et moins avancées ont tendance à vivre des vies plus longues et de meilleure qualité, et les femmes qui ont fait l'objet d'un dépistage ont tendance à avoir des tumeurs plus petites que les femmes qui n'en ont pas eu.

Certains membres du groupe d'étude ont mentionné que le dépistage devrait être limité aux coûts de contrôle. C'est une fausse économie. Le dépistage est un investissement qui tient compte du coût des traitements modernes. Le travail réalisé par des chercheurs à Ottawa a démontré que, en dépistant annuellement les femmes âgées de 40 à 74 ans, le Canada économiserait chaque année environ 460 millions de dollars. Le coût du traitement l'emporte de loin sur le coût du dépistage. Nous ne pouvons pas nous permettre de ne pas faire de dépistage.

Si les nouvelles lignes directrices du groupe d'étude sont mises en œuvre, leurs conséquences seront regrettables. De nombreuses jeunes femmes risquent de payer de leur vie. La plupart des provinces et des territoires l'ont reconnu et ont autorisé l'auto-aiguillage des femmes âgées de 40 à 49 ans. Cependant, la recommandation d'un fournisseur de soins primaires demeure le plus solide prédicteur pour savoir si une femme se fera bel et bien dépister. Tant et aussi longtemps que les médecins reçoivent le message du groupe d'étude que les femmes dans la quarantaine n'ont pas besoin de dépistage, bon nombre de ces femmes n'y obtiendront pas accès.

En continuant de formuler la même recommandation que celle faite par le groupe d'étude depuis 2011, la ligne directrice nationale du Canada est de plus en plus en retard par rapport aux recommandations des provinces, d'autres pays et des experts. Cela a entraîné un accès disparate pour les femmes de toutes les provinces. Malheureusement, les problèmes de ces lignes directrices ne sont pas réservés qu'au seul dépistage du cancer du sein; ils font partie d'une tendance observée dans de nombreuses autres lignes directrices au cours des 15 dernières années de l'existence du groupe d'étude.

Nous ne devons pas permettre que ces lignes directrices demeurent inchangées. Nous devons disposer de lignes directrices guidées par les dernières données probantes et qui servent vraiment l'intérêt des Canadiens. Avec tout le respect que je vous dois, si on regarde son bilan, nous devons démanteler et rebâtir le groupe d'étude.

Merci beaucoup de votre attention sur cette question.

• (1720)

Le président: Merci, docteur Appavoo.

Enfin, nous accueillons la Dre Paula Gordon, qui représente Dense Breasts Canada.

Bienvenue, docteur Gordon. Vous connaissez la procédure et avez la parole.

Dre Paula Gordon (conseillère médicale bénévole, professeure clinique à University of British Columbia, Dense Breasts Canada): Merci.

Honorables membres du Comité de la santé, le groupe d'étude canadien sous-estime les bénéfices du dépistage, mais il est obsédé par ce qu'il appelle les préjudices. Il recommande de ne pas dépister les femmes dans la quarantaine, même si les femmes âgées de 40 à 49 ans sont 44 % moins susceptibles de mourir d'un cancer du sein si elles subissent des mammographies. Il recommande de ne pas faire de dépistage supplémentaire pour les femmes à forte densité mammaire, même si beaucoup plus de cancers invasifs étaient découverts plus tôt si le dépistage était réalisé.

J'expliquerai ce que sont les préjudices selon lui. Même ce terme est trompeur. Il s'agit vraiment des risques ou des limites.

Le premier, c'est l'anxiété que les femmes éprouvent si elles sont rappelées pour des tests supplémentaires après une mammographie de dépistage et qu'il est conclu qu'elles n'ont pas le cancer. Seulement environ 5 % des femmes rappelées reçoivent un diagnostic de cancer. Cette anxiété est réelle, mais elle est passagère et bien moindre que l'anxiété qu'une femme ressent si elle apprend qu'elle a un cancer avancé et qu'elle pourrait mourir ou qu'elle s'expose au moins à des mois de chirurgie, de radiation et de chimiothérapie, ce qui aurait pu lui être évité si son cancer avait été découvert plus tôt.

Le groupe d'étude attribue une fausse équivalence de cette anxiété à un diagnostic tardif et à un cancer avancé. Le groupe d'étude se concentre aussi de manière disproportionnée sur le surdiagnostic. Vous venez d'entendre que c'est la possibilité théorique qu'une femme reçoive un diagnostic de cancer et qu'elle soit traitée pour celui-ci, mais qu'elle meure d'une autre cause plus tôt. Par exemple, elle pourrait mourir plus tôt d'une crise cardiaque.

Le surdiagnostic est beaucoup moins courant chez les jeunes femmes. Elles sont moins susceptibles de mourir d'autres causes, et leurs cancers sont plus agressifs que ceux des femmes âgées, de sorte qu'ils croissent et se répandent plus rapidement s'ils ne sont pas traités. Chez les femmes dans la quarantaine qui ont le cancer du sein, ce cancer est responsable de 91 % des décès. Chez les femmes dans la soixante-dizaine, il ne compte que pour 48 %.

Les cancers ne régressent pas s'ils ne sont pas traités. Ils pourraient croître rapidement ou lentement, mais avec le temps, ils vont se propager et tuer. Les docteurs Wilkinson et Seely, qui travaillent avec Statistique Canada, ont démontré que, après que l'on a cessé de dépister les femmes dans la quarantaine en réponse aux recommandations du groupe d'étude en 2011, le taux de cancers métastatiques a augmenté de 10 % pour les femmes dans la quarantaine et celles dans la cinquantaine.

Le surdiagnostic n'est important que s'il contribue à un traitement excessif. Vu les tests actuels et la recherche qui avance rapidement sur la prévision du comportement d'un cancer donné, les oncologues peuvent offrir des traitements moins agressifs pour certains cancers, mais si les femmes choisissent de ne pas se faire dépister à cause de l'accent mis par le groupe d'étude sur le surdiagnostic, elles perdent la possibilité de découvrir leurs cancers rapidement et de sauver des vies.

Dans son examen mené en 2018, le groupe d'étude a dit que le taux de surdiagnostic était de 48 %, se fondant principalement sur une vieille étude canadienne erronée qui a été discréditée. Pour l'examen actuel, le surdiagnostic était de 11 % lorsque cette étude discréditée a été incluse, mais seulement de 6 % lorsqu'elle a été exclue. Ce taux de 48 % inclus dans l'outil de décision créé par le groupe d'étude et utilisé dans le partage des décisions pourrait bien être responsable d'innombrables décès.

Le dépistage n'est pas parfait. Les femmes devraient être mises au courant des risques d'être rappelées et d'être surdiagnostiquées, mais on ne devrait pas les décourager de se soumettre à un dépistage. Certains membres du groupe d'étude disent que le dépistage est moins important parce que le traitement s'améliore, mais ce n'est pas un concours. Le dépistage et le traitement sont synergiques. Le cancer peut être traité plus efficacement et de manière moins agressive lorsqu'il est découvert plus tôt.

Bien sûr, il y a des études anecdotiques de femmes ayant un cancer précoce qui ne s'en sont pas bien tirées et de femmes ayant un cancer de stade trois qui s'en sont bien tirées. Mais c'est comme entendre des histoires de personnes qui ont fumé toute leur vie et sont mortes à 95 ans sans contracter le cancer du poumon. Les données fiables l'emportent sur les histoires aberrantes.

Certains membres du groupe d'étude prétendent que le dépistage ne peut pas sauver la vie des femmes qui ont des cancers à croissance rapide. Ce n'est pas vrai. Statistique Canada a démontré que, lorsque le cancer triple négatif est détecté au stade un, le taux de survie à cinq ans est de 96 %, mais au stade quatre, il n'est que de 7 %. Le stade du diagnostic compte, et ce n'est pas juste une question de sauver des vies. La chimiothérapie peut souvent être évitée lorsque le cancer est repéré rapidement. La plupart des patients ayant un cancer de stade un n'ont pas besoin de chimiothérapie. La plupart des patients ayant un cancer de stade deux et supérieur en ont besoin. Le stade du diagnostic compte.

La détection précoce permet également une intervention chirurgicale moins agressive, comme une lumpectomie au lieu d'une mastectomie, une biopsie du ganglion sentinelle plutôt qu'une dissection axillaire. La chirurgie traditionnelle des aisselles pour prélever des ganglions lymphatiques entraîne une inflammation permanente de la main et du bras chez environ le tiers des femmes. Le stade du diagnostic compte.

Pour résumer, la science est claire: le dépistage permet de repérer le cancer à un stade inférieur, améliore la qualité de vie des femmes atteintes du cancer et sauve plus de vies. Les préjugés présumés ne suffisent pas pour refuser aux femmes la possibilité d'une détection précoce ou les décourager. Si le dépistage n'est pas offert à compter de 40 ans, il ne sera pas accessible pour de nombreuses femmes. Personne ne va forcer une femme à se faire dépister, mais elle doit avoir le choix de le faire.

• (1725)

Merci beaucoup.

Le président: Merci, docteur Gordon.

Cela met fin à nos déclarations liminaires.

Nous allons maintenant commencer nos séries de questions en commençant par Mme Goodridge, s'il vous plaît, pour six minutes.

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

Je tiens à remercier tous les témoins d'être ici aujourd'hui et d'avoir présenté leur témoignage.

C'est une étude très importante. C'est formidable que nous ayons pu la mener si rapidement, surtout à la lumière des lignes directrices modifiées publiées, qui, selon moi, n'ont pas atteint leur but, loin s'en faut.

Docteur Gordon, en tant qu'experte dans le domaine, pensez-vous que les femmes ont la capacité de choisir pour elles-mêmes si elles doivent ou non se faire dépister pour le cancer du sein?

• (1730)

Dre Paula Gordon: Oui, je pense que les femmes en sont capables. Je trouve condescendant de la part du groupe d'étude de prendre la décision à la place des femmes. Si elles reçoivent les bons renseignements, ce qui n'est pas actuellement le cas dans l'outil décisionnel, et que ceux-ci sont fournis de nombreuses façons différentes, les femmes peuvent prendre elles-mêmes la décision. Le groupe d'étude minimise les bénéfices en utilisant des chiffres absolus. Il dit combien de femmes sur 1 000 en profiteront, par exemple, et donne l'impression qu'il n'y a pas une grande différence entre 1 sur 1 000 et 2 sur 1 000. Cependant, si vous multipliez cela par le nombre de femmes dans ce groupe d'âge au pays, vous verrez qu'il pourrait y avoir de 400 à 600 décès de moins chaque année au Canada si les femmes dans la quarantaine étaient autorisées à se présenter à un dépistage. Je pense que les femmes savent ce que cela veut dire.

Mme Laila Goodridge: Merci.

Ma mère a reçu un diagnostic de cancer du sein lorsqu'elle avait 48 ans. Elle est décédée du cancer du sein à 49 ans, laissant derrière elle quatre enfants. J'étais l'aînée, et cela nous a tous mis à rude épreuve. Si je devais présenter aujourd'hui les mêmes symptômes, je trouverais tout à fait insensé de devoir argumenter avec un médecin pour essayer d'obtenir un dépistage.

Quels sont les avantages du diagnostic précoce, docteur Gordon?

Dre Paula Gordon: Grâce à un diagnostic précoce, les femmes peuvent bénéficier d'un meilleur traitement, plus efficace. Par exemple, elles peuvent subir une lumpectomie au lieu de perdre un sein lors d'une mastectomie. La façon dont on effectue la stadification des ganglions lymphatiques est également moins agressive. C'est ce qu'on appelle une biopsie du ganglion sentinelle, ou BGS. Par rapport à la méthode traditionnelle, qui laissait environ un tiers des femmes avec un gonflement permanent de la main et du bras, avec la biopsie du ganglion sentinelle moins agressive, la probabilité de lymphœdème est aussi faible que 2 %. Elles sont beaucoup plus fonctionnelles si elles peuvent éviter la chimiothérapie, ce qui est possible en fonction de la biologie et du stade de la tumeur.

Pour certaines femmes, la chimiothérapie est la pire partie du cancer du sein, et pouvoir l'éviter représente un énorme avantage. Alors, elles peuvent aller travailler pendant qu'elles sont traitées et continuer à s'occuper de leurs enfants et, dans certains cas, de leurs parents vieillissants. Elles contribuent à l'économie.

Mme Laila Goodridge: Merci.

Je vais maintenant poser une question très générale, et elle s'adresse à toutes les intervenantes, en commençant peut-être par la Dre Appavoo.

Si vous pouviez rédiger des lignes directrices en matière de dépistage aujourd'hui, quelles seraient vos lignes directrices?

Dre Shiela Appavoo: En fait, j'ai des notes à ce sujet.

Mme Laila Goodridge: Merveilleux.

Dre Shiela Appavoo: J'ai une opinion sur tout.

Ce que nous voulons, c'est commencer entre 25 et 30 ans en posant quelques questions à la femme sur ses antécédents familiaux afin de savoir si elle doit faire partie de la catégorie à risque élevé. Ainsi, nous pouvons commencer tôt afin de ne pas découvrir par accident qu'elle aurait vraiment dû être... C'est horrible quand nous voyons des femmes qui contractent un cancer, qui est découvert lors d'un diagnostic tardif, voire dans la trentaine, parfois même avant qu'elles soient admissibles au dépistage. Cependant, une fois que vous leur parlez, vous vous rendez compte qu'elles avaient des antécédents familiaux très importants et qu'elles auraient dû subir un dépistage tout ce temps.

Bien sûr, je ne retrouve pas mes notes à ce sujet, mais nous aimerions voir un dépistage annuel à partir de 40 ans jusqu'à ce que la personne ait moins de 10 ans d'espérance de vie. Il est démontré, à l'aide de modèles et de données probantes, que c'est ce qui sauve le plus de vies et entraîne le moins de méfaits attribuables aux traitements.

Ce que nous aimerions également, c'est que toute personne qui présente un tissu mammaire dense se voie proposer un dépistage supplémentaire par échographie ou par IRM — le plus souvent par échographie, mais les patientes présentant un tissu mammaire très dense devraient subir un dépistage par IRM. En Europe, on commence à le faire.

C'est à peu près ça.

Mme Laila Goodridge: Merveilleux.

Dre Shiela Appavoo: La Dre Gordon aurait peut-être quelque chose à ajouter.

Mme Laila Goodridge: Je vois que Kimberly Carson doit partir.

Madame Carson, pourriez-vous peut-être nous faire part de vos recommandations?

• (1735)

Mme Kimberly Carson: Oui. Merci beaucoup, madame Goodridge.

Évidemment, Cancer du sein du Canada souhaiterait que l'âge soit abaissé à 40 ans pour toutes les raisons recommandées par les deux médecins. Je pense que ça devrait être 40 ans, même si les femmes peuvent décider — c'est de cela qu'il s'agit. C'est ce que les patientes nous disent chaque jour. Elles disent qu'elles ont reçu la lettre par la poste, ou que leur médecin a dit qu'elles étaient désormais admissibles, puis elles sont allées passer une mammographie. Le dépistage détecte quelque chose très tôt. Nous parlons quotidiennement avec ces défenseurs des droits des patients, et nous l'entendons souvent dire.

Pour ce qui est de leur offrir la possibilité de subir un dépistage à l'âge de 40 ans, et certainement de déterminer si elles devraient même en subir un à un plus jeune âge en raison de leurs antécédents familiaux, nous préconiserions certainement cela et demanderions au groupe de travail de bien vouloir abaisser cet âge à 40 ans.

Il est certain qu'en ayant plus de technologies à l'avenir, nous serons mieux en mesure d'offrir davantage de technologies et d'options de traitement aux femmes à un plus jeune âge.

Le président: Merci, madame Carson et madame Goodridge.

Nous passons ensuite à Mme Kayabaga pour six minutes, s'il vous plaît.

Mme Arielle Kayabaga (London-Ouest, Lib.): Merci, monsieur le président.

J'aimerais également remercier chaleureusement nos témoins.

Je pourrais peut-être commencer par Mme Carson, car je sais qu'elle doit bientôt nous quitter.

Dans votre déclaration liminaire, vous avez parlé des femmes noires et hispaniques et des disparités en matière de cancer du sein et de dépistage précoce. Pensez-vous qu'il existe suffisamment de données disponibles pour pouvoir faire des suggestions en matière de pratiques concernant les femmes noires, hispaniques et autochtones?

Mme Kimberly Carson: Je pense qu'il existe de nombreuses données de recherche. Il y a peut-être une pénurie de certaines données au Canada du fait que nous n'avons pas toujours suivi l'origine ethnique. Nous le faisons maintenant. Bien sûr, au sud de chez nous, il existe un certain nombre d'études de recherche. J'encouragerais le groupe de travail à y jeter un coup d'œil.

Je pense que nous devons également accorder plus d'attention à l'avenir. Nous constatons certainement les risques chez les femmes noires et hispaniques à un plus jeune âge avec certains types de cancer du sein, le triple négatif, comme je l'ai mentionné. J'aimerais voir, comme nous en parlions plus tôt, la possibilité pour les femmes d'établir ce profil avec leur médecin de famille ou leur principal fournisseur de soins si elles courent un risque plus élevé. Y a-t-il des antécédents familiaux? Sont-elles également plus à risque en raison de leur origine ethnique?

Il faut additionner tous ces facteurs. Il faudrait peut-être même les examiner à 30 ans.

Mme Arielle Kayabaga: L'année dernière, en février 2023, un rapport a été publié, dont CBC a fait état, je crois. L'étude a révélé que les membres des communautés noires étaient moins susceptibles de subir un test de dépistage du cancer. En conséquence, leur taux de mortalité augmente.

Quelles sont les meilleures pratiques pour prendre des décisions concernant le dépistage dans les situations où nous savons qu'il existe une communauté susceptible d'avoir un taux de mortalité plus élevé en raison d'un accès moindre au dépistage?

Peut-être que Mme Carson pourrait répondre rapidement, puis la Dre Gordon.

Mme Kimberly Carson: Certainement.

Je ne pense pas qu'elles ont moins accès au dépistage. Je pense que nous devons tout faire pour encourager toutes les femmes qui y ont accès à se faire dépister. Je crois également que les femmes d'origine noire et hispanique devraient pouvoir bénéficier d'un examen plus approfondi de leurs antécédents familiaux et être encouragées à se soumettre à un dépistage.

Encore une fois, si nous abaissons les critères pour le dépistage à 40 ans, cela permettrait-il de détecter davantage de cas? Pourraient-elles se dire, oh, je suis censée le faire à 40 ans au lieu d'attendre jusqu'à l'âge de 50 ans?

Mme Arielle Kayabaga: Cela découle en fait d'une étude publiée l'année dernière. Il est prouvé qu'elles ont moins accès au dépistage.

Je vais céder la parole à la Dre Gordon pour voir ce qu'elle a à dire. On dirait qu'elle a beaucoup à dire à ce sujet.

Dre Paula Gordon: Merci.

Le premier point que je veux souligner concerne les antécédents familiaux, comme vous l'avez entendu à plusieurs reprises. Il est très important que tout le monde comprenne que — tenez-vous bien — 85 % des femmes atteintes d'un cancer du sein n'ont pas d'antécédents familiaux. Les femmes courent un risque accru si elles ont des antécédents familiaux, mais ce n'est pas le seul facteur de risque. On omet aussi de dire que les femmes noires, asiatiques et hispaniques risquent particulièrement de contracter un cancer plus jeune, mais d'autres groupes courent un risque élevé, comme les femmes juives ashkénazes.

La raison pour laquelle le taux de mortalité est si épouvantable chez les femmes noires est qu'elles courent un risque beaucoup plus élevé de contracter ces cancers du sein triple négatif à évolution rapide. Pour cette raison, les femmes noires sont 40 % plus susceptibles de mourir si elles contractent un cancer du sein.

Ce sont des cancers agressifs et à évolution rapide. La façon de les détecter le plus tôt possible n'est pas seulement de passer une mammographie chaque année; si une femme a une forte densité mammaire — et c'est plus fréquent chez les femmes noires — elle devrait également subir un dépistage supplémentaire. Qu'il s'agisse d'une échographie ou d'une IRM, cela dépend de leur niveau de risque réel, qui peut être déterminé à l'aide d'outils de calcul de risque en ligne facilement accessibles en quelques questions seulement.

Une femme noire ayant une forte densité mammaire et des antécédents familiaux courra probablement un risque suffisamment élevé pour justifier non seulement un dépistage à un plus jeune âge, mais aussi un dépistage plus fréquent et avec une meilleure technologie, comme l'IRM.

• (1740)

Mme Arielle Kayabaga: Docteur Nadler, voudriez-vous également ajouter quelques commentaires?

Dre Michelle Nadler: Merci.

Juste pour clarifier, l'incidence globale du cancer du sein dans la communauté noire est inférieure à la moyenne, mais il survient à un plus jeune âge, et le pronostic est plus sombre, comme vous l'avez dit.

Je veux également m'adresser à Mme Goodridge et lui dire que je suis absolument désolée que cela lui soit arrivé. Ce que nous ne savons pas, c'est si le dépistage aurait modifié ce résultat ou non. Nous ne le savons tout simplement pas. Le dépistage aide certaines personnes, mais pas tout le monde.

J'aimerais ajouter...

Mme Arielle Kayabaga: Merci.

Je dispose de peu de temps, alors je voudrais simplement poser certaines de mes questions.

En décembre 2023, la Dre Anna Wilkinson a affirmé au Comité que « c'est dans la quarantaine qu'on diagnostique le plus de cancer du sein chez les femmes non blanches — noires, autochtones, chinoises, sud-asiatiques et philippines —, et dans la soixantaine chez les femmes blanches ».

Comment et pourquoi les femmes racisées sont-elles touchées différemment par le cancer du sein?

Le président: Docteur Gordon, je suis désolé qu'elle n'ait pas laissé beaucoup de temps pour répondre. Soyez aussi concise que possible, s'il vous plaît.

Dre Paula Gordon: Elles courent un risque parce que leur cancer n'est pas détecté plus tôt du fait qu'elles ne subissent pas un dépistage à partir de 40 ans. Elles méritent la même possibilité de dépistage précoce que les femmes blanches. Tout le monde devrait subir un test de dépistage à 40 ans, mais il est certain que les femmes racisées méritent que leur cancer soit détecté aussi tôt que celui des femmes blanches.

Le président: Merci, docteur Gordon.

[Français]

Monsieur Thériault, vous avez la parole pour six minutes.

M. Luc Thériault: Merci beaucoup, monsieur le président.

Docteur Gordon, on entend dire que le surdiagnostic crée beaucoup de stress inutile, en plus de déclencher d'autres types d'interventions, comme des biopsies, qui viennent parfois compliquer les choses. Il est important de bien mesurer le surdiagnostic pour établir s'il comporte plus de bénéfices que de préjudices.

Considérez-vous que le surdiagnostic est un obstacle au dépistage systématique des femmes de 40 à 49 ans?

[Traduction]

Dre Paula Gordon: Vous avez tout à fait raison. Le surdiagnostic n'est important que s'il conduit à un traitement excessif.

Le surdiagnostic s'applique en réalité à de vrais cancers. Ce ne sont pas de faux positifs. Ce sont des cancers qui ont été diagnostiqués par biopsie.

À partir de ce moment, la patiente est orientée vers un chirurgien, un oncologue ou un radiothérapeute pour une prise en charge. Ensuite, son traitement doit être adapté à elle. Si cette femme souffre d'une maladie cardiaque avancée et que son espérance de vie est courte, elle ne recevra pas un traitement aussi agressif qu'une jeune femme en très bonne santé.

Il faut dépister pour trouver les cancers. Ensuite, une fois que nous les avons trouvés, le traitement est décidé en fonction de chaque patiente, non seulement des caractéristiques du cancer, mais aussi de son état de santé général, de la quantité de traitements qu'elle peut tolérer et de la probabilité que le traitement l'aide à guérir à long terme.

Dire que nous ne devrions pas dépister en raison d'un surdiagnostic signifie que nous ne trouverons jamais ces cancers, même ceux qui pourraient être traités, même les plus mortels, et surtout ceux qui touchent les femmes plus jeunes. Comme je l'ai expliqué, elles sont moins susceptibles de souffrir d'une maladie cardiaque et de risquer de mourir d'une crise cardiaque. Par conséquent, si nous détectons leur cancer, celui-ci a tendance à évoluer plus rapidement, et la femme doit être traitée. Ce n'est pas un traitement excessif.

• (1745)

[Français]

M. Luc Thériault: Êtes-vous d'avis qu'on a surdiagnostiqué le surdiagnostic dans les études, docteur Gordon?

[Traduction]

Dre Paula Gordon: Il existe une confusion entre le surdiagnostic et ce qu'est un faux positif. Le terme « faux positif » est utilisé à tort par le groupe de travail. Il est péjoratif de qualifier de faux positif quelque chose d'anormal sur une mammographie qui nécessite des tests supplémentaires. Oui, 95 % des mammographies sont négatives, et la patiente est rassurée quant au fait que tout va bien. Il y a une grande différence entre cela, ce qui n'est pas un cancer, et un surdiagnostic, ce qui en est un.

Le surdiagnostic, comme je l'ai dit, n'est pas une raison pour refuser le dépistage aux femmes plus jeunes. Ce n'est même pas une raison pour refuser le dépistage aux femmes plus âgées, à moins qu'elles ne soient très malades. Tant qu'une femme est en bonne santé et qu'elle a une espérance de vie de dix ans, il est raisonnable de lui proposer un dépistage, car si on peut détecter un petit cancer, il peut parfois être traité très facilement, même avec un simple médicament hormonal ou une petite opération... On ne fait pas toutes les autres choses comme la radiothérapie et la chimiothérapie. Il appartient aux médecins qui la soignent d'utiliser leurs compétences pour décider de la quantité de traitements à lui proposer.

[Français]

M. Luc Thériault: Le groupe de travail américain sur les soins préventifs recommande de faire le dépistage à partir de 40 ans, pour sauver des vies. Il indique même qu'on pourrait ainsi permettre de sauver 19 % plus de vies. Le groupe canadien, quant à lui, maintient le cap à 50 ans et plus.

Comment peut-on s'expliquer les différences dans les analyses des résultats de recherche? Les résultats du Canada sont-ils si différents de ceux des États-Unis, docteur Gordon?

[Traduction]

Dre Paula Gordon: Tout d'abord, la réduction du taux de mortalité possible grâce au dépistage dépend du type d'études que vous examinez.

Il existe un type de recherche appelé essai randomisé, dans lequel vous disposez d'un groupe témoin et d'un groupe d'étude. Ensuite, il y a les données d'observation. Le dépistage est en vigueur au Canada depuis 1988. Nous savons, grâce aux données d'observation — et non aux données d'essais randomisés — que les femmes dans la quarantaine présentent 44 % moins de risque de mourir d'un cancer du sein si elles subissent un dépistage. Si l'on se fie uniquement aux essais randomisés, qui datent maintenant de 40 à 60 ans... Ils ont été réalisés à une époque où les mammographies étaient des films radiographiques qu'on lisait sur un négatoscope. Elles sont désormais réalisées numériquement sur des ordinateurs, avec de nombreuses améliorations qui les rendent plus précises. Si l'on considère uniquement les essais randomisés, la réduction de la mortalité n'était que de 15 à 20 %.

Cette fois, le groupe de travail a inclus des études observationnelles en plus des essais randomisés, en utilisant le système de gradation dont vous avez entendu parler plus tôt. Il a donné la priorité aux études anciennes et a minimisé l'importance des études observationnelles. En fait, si vous examinez toutes les études observationnelles, pas seulement l'étude canadienne, vous constaterez que la réduction du taux de mortalité grâce à la mammographie seule est de l'ordre de 53 % de décès en moins. Pourtant, en raison de l'accent excessif mis par le groupe de travail sur l'anxiété liée aux rappels et au surdiagnostic, il a conclu que les inconvénients du dépistage l'emportaient sur les avantages.

Le président: Merci, docteur Gordon.

[Français]

Merci, monsieur Thériault.

[Traduction]

Monsieur Julian, allez-y, vous avez six minutes.

M. Peter Julian (New Westminster—Burnaby, NPD): Merci, monsieur le président.

Merci à nos témoins.

J'étais en train de consulter l'annexe A, le résumé des conclusions du groupe d'étude sur les bénéfices et les préjudices du dépistage du cancer du sein. J'y ai constaté un manque effrayant d'empathie. Les propres données du groupe d'étude montrent que le dépistage pour 1 000 personnes âgées de 40 à 49 ans permet de prévenir un décès par cancer du sein, alors que sans dépistage, deux personnes mourront d'un cancer du sein. En d'autres mots, le nombre de gens, par tranche de 1 000, qui mourront du cancer du sein serait réduit de moitié. Si vous prenez en considération le nombre de femmes canadiennes dans cette tranche d'âge — il s'agit non pas de 1 000 femmes canadiennes, mais bien de 2,5 millions —, nous pourrions sauver, en faisant un calcul rapide, plus de 3 000 vies. C'est plus que tous les gens qui sont morts dans les attentats du World Trade Center.

Je ne comprends tout simplement pas cette absence effrayante d'empathie: pourquoi le groupe d'étude a-t-il formulé ces recommandations en sachant qu'il condamnait ainsi 3 000 femmes canadiennes à mort?

Je remercie toutes les témoins de leur témoignage d'aujourd'hui.

Je vais m'adresser à vous d'abord, docteur Appavoo.

Selon vous, ai-je raison en ce qui concerne le nombre de vies qui pourraient être sauvées si on mettait de côté les recommandations du groupe d'étude et que le dépistage commençait à 40 ans?

● (1750)

Dre Shiela Appavoo: Sur une période de 10 ans, tout à fait.

D'ailleurs, le taux se situerait entre 400 et 600 par année, selon les calculs de modélisation. Les recommandations de ne pas dépister équivalraient, si vous pouvez l'imaginer, à un avion gros porteur rempli de femmes qui s'écraserait chaque année.

Vous avez tout à fait raison. Je pense qu'il y a seulement le groupe d'étude qui met l'accent sur le nombre absolu. Il recommande même d'utiliser seulement le nombre absolu, de ne pas dire: « Vous sauveriez 50 % de vos patients » ou « Si j'ai le cancer du sein, le risque de décès serait 50 % moins élevé avec un dépistage régulier. » Il ne veut pas que nous exprimions les choses ainsi. Il veut que nous disions une sur 1 000, parce que cela semble beaucoup plus petit.

Pour parler franchement, c'est de la manipulation, à mon avis, et c'est une technique de manipulation bien connue qui sert à essayer de contrôler le message en contrôlant la manière dont l'information est présentée.

Je crois que les deux types de nombres devraient être utilisés. À dire vrai, je pense que les choses devraient être présentées à l'aide de plus de deux types de statistiques.

Vous avez tout à fait raison. Pour une femme qui est atteinte du cancer du sein — ce qui arrive très fréquemment, comme nous le savons —, les bénéfices d'une mammographie sont énormes. La plupart des gens ne le comprennent pas. Vous pouvez essayer de minimiser les bénéfices en utilisant le nombre absolu, mais si vous êtes une femme atteinte du cancer, cela fait une différence énorme pour vous.

Ne pas dépister, c'est comme jouer à la roulette russe. Vous espérez tout simplement ne jamais avoir le cancer du sein, mais si vous l'avez, c'est que vous avez tenté la chance et avez perdu.

M. Peter Julian: Merci de votre réponse.

Je ne comprends tout simplement pas comment quiconque pourrait signer l'arrêt de mort d'un millier de femmes canadiennes avec tant d'empressement et si froidement. Tous les témoignages que nous avons entendus étaient parfaitement clairs: cela a tout particulièrement un impact sur les femmes autochtones, les femmes noires, les femmes asiatiques, les femmes philippines et les femmes hispaniques. Est-ce la faute du racisme systémique? Il n'y a absolument rien qui justifie ces recommandations, quand nous savons que des milliers de femmes mourront en conséquence. Quelle est la raison? Est-ce que le racisme systémique contribue à leur décision de formuler des recommandations qui condamnent la mort de tant de femmes canadiennes?

Dre Shiela Appavoo: J'hésite à utiliser le mot « racisme », mais il y a des cas où il faut appeler un chat un chat. Le fait qu'on accorde une importance excessive à ces anciens essais cliniques randomisés, qui ont été réalisés en utilisant un groupe composé à 98 % de femmes blanches, est une forme de racisme systémique.

Si vous placez cet échantillon au sommet de la hiérarchie des données ou au sommet de la pyramide, alors vous excluez systématiquement toutes les autres races. Le pic du cancer du sein chez les femmes blanches arrive entre 50 et 60 ans, mais le pic chez toutes les autres races arrive dans la quarantaine. Ici, il est spécifiquement question du dépistage chez les femmes dans la quarantaine. Toutes les races autres que les femmes blanches ont été exclues parce qu'on a accordé le plus d'importance à leurs données. Oui, il y a effectivement une forme de racisme systémique.

J'ai été accablée de voir dans les lignes directrices qu'on reconnaissait l'existence d'un taux de mortalité plus élevé chez les femmes noires. Le risque de cancer du sein est légèrement plus faible chez les femmes noires, mais chez les femmes noires qui en sont atteintes, le risque de décès est 40 fois plus élevé. Cela est pris en considération dans les lignes directrices, mais les auteurs placent les femmes noires dans la catégorie de risque moyen, c'est-à-dire la catégorie des femmes dans la quarantaine qui ne subissent pas de dépistage, ou pour lesquelles un dépistage n'est pas fortement recommandé dans la quarantaine. Donc, il y a un double impact: le risque de décès est plus élevé chez ces femmes quand elles sont atteintes de cancer du sein, et en plus, leur groupe est sous-représenté dans les enquêtes et les études, ce qui crée cette forme de racisme systémique. Je ne dirais pas qu'il s'agit de racisme personnel. Je suis sûre que l'intention n'était pas d'être raciste, mais le fait de ne pas tenir compte de ce déséquilibre racial dans les études crée du racisme systémique.

• (1755)

Le président: Merci, monsieur Julian.

Merci, docteur Appavoo.

La parole va à Mme Vecchio pour cinq minutes.

Mme Karen Vecchio (Elgin—Middlesex—London, PCC): Merci beaucoup, monsieur le président.

Encore une fois, je vais m'adresser à vous, docteur Appavoo.

Nous savons qu'un grand nombre de Canadiens n'ont pas de médecin. À Ottawa, le taux est de 25 % environ, à ma connaissance.

Quand une femme va consulter son médecin — si elle a un médecin de famille —, qu'est-ce qui déclenche toute la machine? Doit-elle faire une demande? Doit-elle être renvoyée à un spécialiste? Y a-t-il un dépistage qui prend en considération les antécédents familiaux? À quoi ressemble le dépistage, réellement, au stade un?

Dre Shiela Appavoo: Ça varie d'une province à l'autre.

Par exemple, dans la province de la Dre Gordon, la Colombie-Britannique, les femmes dans la quarantaine n'ont pas besoin que le dépistage soit demandé. Elles peuvent aller subir un dépistage, même si elles n'y sont pas nécessairement encouragées, alors qu'il y a probablement... Si la situation est similaire à celle de l'Alberta, environ 60 % des femmes dans le groupe d'âge cible, donc 50 ans et plus, vont subir un dépistage.

Dans la tranche d'âge des 40 à 49 ans, environ 20 % des femmes subissent le dépistage. Elles ont le droit de le demander elles-mêmes, mais leur médecin ne va pas les inciter à le faire. Quand je dis inciter, je veux dire les encourager, je veux dire discuter avec elles ou dire: « Vous devriez le faire, si vous le voulez. »

Il y a des provinces où... Je pense qu'en Ontario, une demande doit être présentée pour le dépistage. C'est aussi le cas en Alberta, pour les femmes de 40 ans et plus qui veulent subir un dépistage. Il faut que le médecin de famille accepte que la patiente subisse un dépistage. Les médecins de famille, très souvent — même si ce n'est pas tous —, se fient beaucoup aux directives du groupe d'étude. Si le groupe d'étude dit de ne pas dépister, le médecin va dire de ne pas dépister.

Tant de fois... Je travaille avec un groupe de travail pour les patientes de la Société canadienne de l'imagerie mammaire. Plusieurs patientes, sinon la plupart, du groupe avaient demandé de subir une mammographie à 40 ans, mais on leur a répondu que, non, elles n'en avaient pas besoin, que le groupe d'étude avait dit qu'elles n'en avaient pas besoin, puis, quelques années plus tard, on leur a dépisté un cancer de stade avancé.

Mme Karen Vecchio: Nous savons que, pour certains groupes, si une femme n'a pas eu d'enfant ou si elle n'a pas vécu une grossesse complète, il peut s'agir de l'une des raisons ou de l'un des critères de dépistage. À mes yeux, cela semble tellement simple pour le stade un. Vous vous dites: vous n'avez pas encore eu d'enfant ou vous n'avez pas allaité, alors il serait logique de subir un dépistage avant ou après 40 ans.

C'est pourquoi je me dis que ce serait simple si on pouvait le faire dès le stade un, parce que nous savons que les grossesses à terme...

Vous avez dit — ou peut-être était-ce la Dre Gordon — que 85 % des femmes n'ont pas d'antécédents familiaux de cancer du sein. Quand nous envisageons ces tests, qu'est-ce qui devrait être examiné? Est-ce qu'il y a une analyse sanguine pour le dépistage, ou alors une analyse génétique?

Dre Shiela Appavoo: Nous recommandons que tout le monde subisse un dépistage à 40 ans, parce que le premier facteur de risque est d'être une femme. Le deuxième est la vieillesse. C'est tout de même difficile à prédire.

Chez certaines personnes, le risque est plus facile à prédire, par exemple les femmes qui ont des antécédents familiaux très importants ou si elles ont subi des radiations à la poitrine avant 30 ans. Nous savons que nous allons devoir travailler un peu plus dur avec certaines personnes pour qu'elles passent une IRM. Vous allez devoir creuser un peu plus loin et vraiment dépister en profondeur.

Malgré tout, même une femme moyenne qui n'a pas d'antécédents familiaux risque tout de même d'avoir le cancer du sein, et comme il s'agit de la grande majorité des femmes, il s'agit de la grande majorité des cancers du sein.

Mme Karen Vecchio: Merci beaucoup.

Je vais m'adresser à la Dre Nadler, parce qu'il me semble que tout le travail que vous avez fait est ce qui est remis en question aujourd'hui. Nous croyons qu'il faut examiner les lignes directrices, parce que certaines personnes les contestent.

J'aimerais discuter à nouveau avec vous pour vous demander précisément s'il y a quoi que ce soit qui est fait, dans les discussions à ce sujet... par exemple, si on sait que la femme n'a pas eu d'enfant... Y a-t-il quoi que ce soit qui mènerait à un dépistage pour quelqu'un en bas de 50 ans qui n'a pas encore eu d'enfant?

Dre Michelle Nadler: Les recommandations du groupe d'étude sont qu'une femme de 40 ans peut subir une mammographie, pourvu qu'elle ait eu l'information; il est explicitement indiqué que, si la femme prend une décision éclairée et qu'elle veut une mammographie à partir de 40 ans, elle devrait pouvoir en subir une.

Le groupe d'étude ne régit pas l'accès. Si, à l'échelle du Canada, nous devons élargir l'accès, alors il n'y aurait aucun problème en vertu des lignes directrices du groupe d'étude, pourvu que les femmes prennent des décisions éclairées.

Mme Karen Vecchio: Je suis tout à fait d'accord.

Docteure Nadler, nous savons cependant qu'ici, en Ontario, par exemple, le dépistage doit être demandé.

• (1800)

Dre Michelle Nadler: Plus pour longtemps, à partir de l'automne de cette année, l'automne 2024.

Mme Karen Vecchio: Y a-t-il d'autres provinces où la demande d'un médecin est toujours nécessaire, ou est-ce que toutes les provinces sont maintenant sans demande, et les femmes peuvent demander directement à subir un dépistage du cancer du sein?

Dre Michelle Nadler: Je pense qu'il y a encore deux ou trois provinces qui exigent la demande d'un médecin, mais cela pourrait être modifié. Ce n'est pas le mandat du groupe d'étude de régir l'accès aux soins.

Mme Karen Vecchio: Je comprends tout à fait.

Dre Michelle Nadler: Le mandat du groupe d'étude est de faire en sorte que les femmes soient informées.

Pardon, continuez.

Mme Karen Vecchio: Non, je suis tout à fait d'accord avec vous.

Il ne nous reste que quatre secondes — désolée —, mais pour ce qui est d'informer les gens, à quoi ressemble la sensibilisation, si les lignes directrices ne sont pas parfaitement uniformes?

Dre Michelle Nadler: Voulez-vous que je réponde ou sommes-nous à court de temps?

Mme Karen Vecchio: Je ne sais pas si vous avez le temps.

Le président: Oui.

Répondez rapidement.

Dre Michelle Nadler: Merci.

Les meilleures données existantes en matière de communication donnent à penser qu'il faut présenter l'information en nombres absolus. Par exemple, les gens ont pris peur il y a de nombreuses années, parce qu'on pensait que les contraceptifs oraux doubleraient ou augmentaient le risque de caillots sanguins de 100 %, alors qu'en réalité, le risque est passé d'un sur 7 000 à deux sur 7 000.

Je ne pense pas qu'on demanderait aux médecins de dire qu'un contraceptif oral accroît de 100 % le risque de caillots sanguins. Nous leur demanderions d'utiliser un nombre absolu afin que les femmes puissent faire un choix éclairé. Peu importe quel sera leur choix en matière de dépistage — un choix éclairé par des nombres absolus —, leur choix doit être respecté, et le groupe d'étude n'intervient pas en ce qui concerne l'accès que nous voulons pour cela, pourvu que la femme prenne une décision éclairée.

Le président: Merci, docteure Nadler.

La parole va maintenant à Mme Brière, du Parti libéral.

Je crois savoir que vous partagez votre temps avec Mme Sidhu.

Vous avez la parole, madame Brière.

Mme Élisabeth Brière (Sherbrooke, Lib.): Merci, monsieur le président.

Merci à toutes les témoins.

[Français]

Je vais m'adresser à la Dre Gordon.

Selon le comité d'experts, ce n'est pas parce qu'on a plus de cancers qu'il faut en dépister plus. Il faut surtout se demander pourquoi on en a plus.

Ne pensez-vous pas que ce sont deux choses qu'on pourrait mener de front, c'est-à-dire faire le dépistage et chercher pourquoi on a plus de cancers?

[Traduction]

Dre Paula Gordon: Si je comprends bien votre question, vous voulez savoir pourquoi la prévalence du cancer du sein augmente chez les jeunes femmes. Je doute que quiconque sache pourquoi.

Une hypothèse qui me semble logique est que — surtout durant la pandémie — la consommation d'alcool a augmenté. Nous savons que l'alcool est cancérigène et augmente le risque de cancer du sein ainsi que le risque d'autres cancers.

Un autre exemple: nous ne savons pas pourquoi les femmes commencent à avoir leurs menstruations plus jeunes. Nous savons que l'exposition à l'estrogène tout au long de la vie est un facteur de risque pour le cancer du sein; alors les femmes qui ont leurs menstruations plus jeunes et qui tombent en ménopause plus tard courent un risque plus élevé d'avoir le cancer du sein. Nous avons constaté que l'âge des premières règles est de plus en plus jeune. Aujourd'hui, il n'est pas rare que les filles de neuf ans aient leurs règles. Avant, l'âge moyen était de 12 ou 13 ans.

Je ne suis pas une experte du sujet, mais j'ai lu que c'est peut-être dû au fait que, pour les jeunes filles d'aujourd'hui, les femmes de mon âge n'ont pas — espérons-le — fumé ou consommé de l'alcool durant la grossesse comme l'ont fait nos mères, et elles sont beaucoup mieux nourries. C'est peut-être la raison pour laquelle elles ont leurs règles plus tôt, et c'est peut-être ce qui contribue à l'augmentation des taux de cancer du sein.

Il y a toutes sortes de théories. Au bout du compte, je ne pense pas que quiconque sache vraiment pourquoi.

[Français]

Mme Élisabeth Brière: Merci.

Docteure Appavoo, on sait qu'à partir de 40 ans, les femmes qui auraient reçu l'information pourraient décider d'avoir un dépistage. On sait toutefois que ce ne sont pas toutes les femmes qui ont un médecin de famille. C'est du moins le cas au Québec.

Est-ce que vous pensez que c'est une barrière à l'obtention d'un dépistage?

[Traduction]

Dre Shiela Appavoo: Si je comprends bien votre question, vous voulez savoir si le fait de ne pas avoir de médecin constitue une barrière à l'obtention du dépistage. C'est tout à fait le cas, surtout dans les provinces qui exigent la demande d'un médecin pour subir une mammographie.

En Alberta, heureusement, nous avons ramené à 45 ans l'âge auquel les femmes sont invitées à subir une mammographie ou peuvent en faire la demande, mais si une femme veut en subir une à 40 ans, elle doit présenter une demande, au moins pour la première. Si vous n'avez pas de médecin, ou si votre médecin croit le groupe d'étude et ne veut pas faire la demande, c'est une barrière énorme. Donc, effectivement, c'est une très grande barrière pour beaucoup de femmes.

Mme Élisabeth Brière: Merci.

Dre Michelle Nadler: Juste pour que ce soit clair, si le médecin de famille suit les lignes directrices, alors il ou elle devrait renvoyer la patiente pour un dépistage. Les lignes directrices respectent le choix des femmes.

• (1805)

Le président: Merci.

Madame Sidhu, vous avez tout juste un peu moins de deux minutes.

Mme Sonia Sidhu (Brampton-Sud, Lib.): Merci à toutes les témoins.

J'aimerais souligner les préoccupations que suscitent les conclusions du groupe d'étude. Je suis heureuse que les témoins soient ici avec nous pour nous fournir plus de détails.

Je vais poursuivre sur la lancée de mon amie Mme Vecchio.

Docteure Gordon, je vais m'adresser tout d'abord à vous, mais j'invite aussi tous les autres témoins à formuler un commentaire.

Il a été question de l'importance d'avoir un médecin de première ligne et d'avoir une requête de sa part. Les témoins pourraient-elles parler au Comité des différences dans les campagnes de sensibilisation pour les femmes, d'une province à l'autre ou d'un territoire à l'autre, dont le but est de les informer de l'importance du dépistage? Envoie-t-on des lettres? Y a-t-il un système d'avis? Aidez-nous à comprendre.

Dre Paula Gordon: Chaque province a sa propre méthode.

Notre programme de dépistage, en Colombie-Britannique, a été le premier au Canada en 1988. Au départ, toutes les femmes recevaient une lettre d'invitation à leur 40^e anniversaire, et les femmes étaient autorisées à subir un dépistage annuellement à partir de 40 ans jusqu'à la fin de leur vie. Les choses ont progressivement changé pour le pire au fil des ans. Nous espérons la médiocrité au lieu d'être des chefs de file en Colombie-Britannique.

Il n'y a plus de lettre, donc si une femme voit quelque chose, disons, dans un magazine féminin et qu'elle pose une question à son médecin, l'information qu'elle va obtenir dépendra beaucoup de son médecin. De nos jours, les femmes en Colombie-Britannique n'ont pas besoin que leur médecin remplisse une demande. Elles peuvent présenter elles-mêmes une demande, pourvu qu'elles aient le nom d'un médecin à donner. Malheureusement, seules 25 % des femmes admissibles dans la quarantaine vont subir un dépistage en Colombie-Britannique.

Nous avons des exemples — que je connais aussi parce que je suis bénévole pour Dense Breasts Canada — concernant non seulement la densité mammaire, mais aussi les efforts pour fournir un accès équitable au dépistage d'un bout à l'autre du pays. Nous sommes au courant d'un grand nombre de cas, comme en a parlé la Dre Appavoo, de femmes qui demandent ou même supplient pour que leur médecin remplisse une demande, mais leur médecin de famille leur dit: « Non, les choses ne fonctionnent pas ainsi. Vous n'en avez pas besoin avant 50 ans. »

Je dois tout de même féliciter le groupe d'étude d'avoir, comme l'a dit la Dre Nadler, changé un peu les choses cette année. Il est toujours indiqué que ce n'est pas recommandé, mais il est beaucoup plus clair, d'après ce que j'ai lu jusqu'ici, que si une patiente veut un dépistage, elle devrait pouvoir l'avoir et que son médecin devrait lui remplir une demande. Cela n'était pas clairement indiqué dans les lignes directrices de 2018. C'était écrit en petits caractères, plus bas dans l'article. Nous savons même qu'il est arrivé que les patientes en Colombie-Britannique, où ce n'est pas nécessaire d'avoir une demande d'un médecin, ont demandé à leur médecin et se sont fait dire que cela n'était pas nécessaire avant 50 ans.

Le président: Merci, docteure Gordon.

Pardon, docteure Nadler, mais nous avons largement dépassé le temps. Peut-être que quelqu'un, espérons-le, abordera à nouveau ce sujet.

[Français]

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

M. Luc Thériault: Merci, monsieur le président.

Docteure Nadler, vous avez participé à une recherche scientifique dont les résultats ont été publiés en 2022. Dans cette publication, il est mentionné que les obstacles à une évaluation individualisée du risque de cancer du sein comprenaient la connaissance des facteurs de risque et des outils d'évaluation des risques. Il est aussi mentionné que les médecins avaient du mal à répertorier les facteurs de risque de cancer du sein en dehors des antécédents familiaux, tels que les facteurs reproductifs, l'origine ethnique ou la densité mammaire, et que certains médecins manquaient de compétences pour calculer un risque global du cancer du sein.

Les recommandations provisoires du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs suggèrent de ne pas procéder à un dépistage systématique par mammographie. Elles suggèrent que les femmes devraient recevoir l'information sur les bénéfices et les préjudices du dépistage afin de prendre une décision qui correspond à leurs valeurs et à leurs préférences.

Dans ce contexte, pensez-vous que le fait que les médecins aient une méconnaissance des facteurs de risque et des outils d'évaluation des risques, comme vous le mentionnez dans votre recherche, peut influencer la décision des femmes et les empêcher de prendre une décision éclairée?

[Traduction]

Dre Paula Gordon: La question s'adressait à moi?

[Français]

M. Luc Thériault: Je m'adresse à la Dre Nadler.

[Traduction]

Dre Michelle Nadler: Merci.

Il est important de souligner qu'un fournisseur de soins primaires peut prendre des décisions conjointement avec la patiente, sans connaître précisément son risque à vie. Cela dit, il est important que le médecin de famille évalue les facteurs de risque de la patiente — et je suis d'accord avec toutes les autres expertes ici présentes —, parce que le fournisseur de soins de santé primaires doit savoir si cette femme est exposée à un risque même moyen. Si son risque est moyen, alors ces lignes directrices s'appliquent à elle, et les lignes directrices disent qu'elle a un choix.

Si la patiente est exposée à un risque plus élevé que la moyenne, il y a une recommandation de dépistage entièrement distincte, qui ne correspond même pas à ces lignes directrices. Il est vrai que certains fournisseurs de soins primaires pourraient avoir un peu plus d'aide pour se renseigner sur les facteurs de risque et pour calculer le risque à vie, mais séparément, car cela dépasse la portée de ces lignes directrices. Une partie de mon travail consiste à aider à créer des trousseaux d'outils et à appuyer des fournisseurs de soins primaires à faire cela.

Je crois que, d'abord et avant tout, le plus important est qu'il peut tout de même y avoir une discussion bilatérale, s'il a été déterminé que la patiente a un risque moyen ou un risque légèrement supérieur à la moyenne, et le groupe d'étude a clairement défini cela dans les nouvelles lignes directrices, et cela constitue une amélioration par rapport à celles de 2018.

• (1810)

Le président: Merci, docteure Nadler.

Merci, monsieur Thériault.

La parole va maintenant à M. Julian. Vous avez deux minutes et demie.

M. Peter Julian: Merci beaucoup, monsieur le président.

Merci à tous les témoins d'être ici.

Malheureusement, en raison des contraintes de temps, je vais proposer une motion d'ajournement à la fin de mes deux minutes et demie.

Je voulais souhaiter à nouveau la bienvenue à la Dre Appavoo, puis poser à la Dre Nadler et à la Dre Gordon la même question.

Vous avez mentionné, dans votre témoignage, docteure Appavoo, qu'il serait important d'envisager de démanteler et de rebâtir le groupe d'étude. Il est tout à fait clair que le groupe d'étude ne répond pas aux besoins de certaines Canadiennes et certainement pas aux besoins des femmes racisées dans le système de soins de santé.

À quel point serait-ce important de démanteler et de rebâtir le groupe d'étude, et quelles seraient les étapes pour y arriver, concrètement?

Dre Shiela Appavoo: Merci de poser cette question.

Rapidement, l'une des raisons pour lesquelles je pense qu'il faudrait démanteler complètement le groupe d'étude et le rebâtir est qu'on ne retrouve pas seulement ce problème avec le cancer du sein. Le cancer du sein est la pointe de l'iceberg. De nombreuses autres lignes directrices sur le dépistage des cancers et même dans les domaines qui ne concernent pas le cancer suscitent des réactions similaires de la part des experts et les mêmes préoccupations. Pour reprendre ce qu'un gastro-entérologue m'a dit, dans un courriel qu'on m'a envoyé au sujet des lignes directrices sur le dépistage du cancer colorectal, des gens vont mourir.

Malheureusement, il n'y a aucune structure redditionnelle. Comme il s'agit d'un groupe indépendant, il n'y a aucune façon de rectifier les lignes directrices quand elles ont tort, il n'y a aucune façon de les mettre à jour avant que le groupe d'étude lui-même décide de le faire, ce qui veut dire qu'il peut y avoir des lignes directrices très désuètes, qui remontent à 2012 et 2013.

Au bout du compte, nous pourrions rectifier n'importe quelle ligne directrice, mais le problème se reproduira encore et encore, parce qu'il s'agit d'un problème fondamental de structure et de reddition de comptes du groupe d'étude. Je pense que, ultimement, il y a de nombreuses lignes directrices nationales et internationales qui sont bien acceptées. Des experts dans ces domaines pourraient vous fournir une orientation quant à de meilleures lignes directrices qui pourraient être appliquées provisoirement, le temps que nous restructurons les lignes directrices...

M. Peter Julian: Mon temps est écoulé...

Mme Laila Goodridge: J'invoque le Règlement.

M. Peter Julian: ... donc, je propose une motion d'ajournement.

Le président: Il y a eu un rappel au Règlement juste avant que vous proposiez votre motion, monsieur Julian.

Allez-y avec votre rappel au Règlement, madame Goodridge. Ensuite, nous nous occuperons de la motion.

Mme Laila Goodridge: Merci, monsieur le président.

Je crois comprendre que M. le député souhaite que la réunion se termine avant le temps. La santé des femmes est rarement un sujet d'étude au Canada. Nous avons une occasion ici de l'étudier avec des témoins, et nous avons suffisamment de temps pour un autre tour de questions, alors je trouve la motion tout à fait inappropriée.

Le président: Madame Goodridge, ce n'est pas du tout un rappel au Règlement, et une motion d'ajournement ne peut pas faire l'objet d'un débat, ce que vous semblez essayer de faire de façon détournée.

Le Comité souhaite-t-il ajourner la réunion?

Mme Laila Goodridge: Je demande un vote par appel nominal.

(La motion est rejetée à 10 voix contre 1.)

Le président: Madame Goodridge, vous êtes la prochaine sur la liste d'intervenants. Vous avez cinq minutes.

Mme Laila Goodridge: Merci, monsieur le président.

Je trouve cela intéressant. Ma réaction initiale, quand j'ai lu les lignes directrices, était qu'on semblait dire que les femmes n'étaient pas capables de prendre des décisions, ou alors que le sentiment d'anxiété était plus important que la vie. Je sais personnellement ce qu'est l'anxiété, après avoir dû quitter ma communauté, et quand j'ai dû subir des tests supplémentaires en lien avec ma densité mammaire, et l'anxiété qui me garde vraiment éveillée la nuit est celle de savoir si je vais vivre assez vieille pour voir mes enfants grandir et pas l'anxiété de subir un test.

Ma question s'adresse à vous, docteur Gordon.

Quels conseils auriez-vous à nous donner sur l'élaboration de nouvelles lignes directrices de dépistage au Canada?

• (1815)

Dre Paula Gordon: Tout d'abord, je devrais expliquer qu'il est bien connu qu'un certain pourcentage de femmes, disons environ 10 %, ou plus ou moins, vont être rappelées. Nous savons que les femmes sont beaucoup moins anxieuses si on les prépare à l'avance et si on leur dit que cela est une possibilité. Il est plus probable que cela arrive après leur première mammographie de dépistage, puisqu'il n'y a pas d'autres tests pour faire une comparaison. Il faut donner de l'information aux femmes, tout comme on doit les informer de la possibilité d'un surdiagnostic, afin qu'elles y soient préparées.

Si j'avais une liste de souhaits, je commencerais par ce qu'a dit la Dre Appavoo, c'est-à-dire que toutes les femmes devraient faire l'objet d'une évaluation des risques à vie, peut-être autour de l'âge de 30 ans. Ensuite, toutes les femmes à risque moyen, qui n'ont pas eu à subir de dépistage plus jeunes en lien avec un risque élevé pourraient commencer vers l'âge de 40 ans. Elles devraient pouvoir faire la demande elles-mêmes, sans que le médecin ait à remplir une demande. Elles devraient pouvoir subir un dépistage annuellement, du moins les femmes préménopausées, étant donné que c'est à ce moment que les hormones provoquent une croissance plus rapide du cancer du sein, puis idéalement tous les ans jusqu'à 10 ans ou moins d'espérance de vie.

Nous avons une foule de données qui montrent que cela permet de sauver des vies, le plus grand nombre d'années de vie, et que cela permet de proposer le traitement le moins agressif.

Il faudrait informer les femmes de leur densité mammaire après leur mammographie de dépistage. C'est seulement maintenant, après sept ans de lobbying, qu'enfin toutes les provinces et les territoires ont accepté d'informer les femmes de leur densité mammaire.

Jusqu'en 2018, cette information n'était donnée à aucune femme au Canada. Mais pourquoi? On nous a répondu que c'était parce que l'information les rendrait anxieuses.

Quand les hommes font de l'hypertension, on leur dit qu'ils font de l'hypertension parce que c'est un risque et qu'ils ont besoin d'avoir de l'information sur leur propre santé. Les femmes méritent de connaître leur densité mammaire, compte tenu des deux risques qui y sont liés.

À partir de là, toutes les femmes de catégorie C ou D — les femmes avec des seins denses — devraient avoir accès à des dépistages supplémentaires, parce que quand une femme a des seins denses, il y a un risque que son cancer ne puisse pas être dépisté avec une mammographie. Il y a des méthodes de dépistage supplémentaires, comme une échographie ou une IRM, qui peuvent trouver ce genre de cancer.

Enfin, les femmes devraient pouvoir continuer de subir un dépistage après l'âge de 74 ans, jusqu'à ce qu'il leur reste 10 années ou moins d'espérance de vie. Pour la plupart des femmes, cela veut dire 80 ans. À l'âge de 75 ans, selon Statistique Canada, une femme en santé a encore une espérance de vie de 13 ans, et à 80 ans, c'est 10 ans.

Voilà ma liste de souhaits, par rapport au dépistage.

Mme Laila Goodridge: Merci.

J'apprécie que vous ayez mentionné la possibilité d'étendre l'âge au-delà de 74 ans. Un certain nombre de femmes à qui j'ai mentionné cette information ont porté cela à mon attention et c'était quelque chose qui les limitait, surtout quand elles étaient en santé.

Docteur Appavoo, nous tenons une audience ici aujourd'hui. Il y a des gens qui nous écoutent et qui portent attention à cette réunion du Comité de la santé. Que recommanderiez-vous aux femmes qui nous écoutent?

Il me reste environ 30 secondes.

Dre Shiela Appavoo: Je recommanderais de commencer le dépistage à 40 ans. Si vous avez besoin d'une requête de votre médecin de famille et qu'il n'est pas disposé à vous en donner une... je sais que, maintenant, il est indiqué dans les lignes directrices du groupe de travail que l'on devrait permettre aux femmes de se faire dépister si elles le veulent. Je sais que beaucoup de médecins dissuadent leurs patientes en raison du surdiagnostic, de l'anxiété et de toutes ces idées paternalistes au sujet des raisons pour lesquelles les femmes ne devraient pas se faire dépister, et on les fait changer d'idée, et les médecins les dissuadent.

Allez voir votre médecin et ne le laissez pas vous dissuader. Assurez-vous de commencer à 40 ans et d'y aller chaque année, comme l'a dit la Dre Gordon, durant la préménopause.

Mme Laila Goodridge: Merci.

Maintenant, j'aimerais présenter une motion, monsieur le président:

Que, relativement à l'ordre de renvoi du mercredi 29 mai 2024 concernant le projet de loi C-368, Loi modifiant la Loi sur les aliments et drogues (produits de santé naturels):

- a. le parrain soit invité à comparaître pendant la première heure de la réunion du Comité le lundi 10 juin 2024;
- b. d'autres témoins, proposés par les partis, comparaissent pendant
 - (i) la deuxième heure de la réunion du Comité le lundi 10 juin 2024,
 - (ii) la première heure de la réunion du Comité le jeudi 13 juin 2024;

c. tous les amendements soient soumis à la greffière au plus tard à 16 heures, le mercredi 12 juin 2024;

d. le Comité entreprenne l'étude article par article du projet de loi au cours de la deuxième heure de sa réunion du jeudi 13 juin 2024, et qu'à la fin de cette deuxième heure ou à 13 heures ce jour-là, selon la dernière éventualité, si le Comité n'a pas terminé l'étude article par article:

(i) tous les amendements restants soumis au Comité soient réputés proposés,

(ii) chaque parti reconnu ne dispose pas de plus de cinq minutes pour débattre de chacun des amendements et des articles restants,

(iii) le Comité ne puisse ajourner la réunion que s'il a disposé du projet de loi;

e. le président et la greffière reçoivent instruction de solliciter les ressources de la Chambre nécessaires à la mise en œuvre de la présente motion.

J'ai une copie bilingue que vous pouvez communiquer aux membres du Comité.

Merci, monsieur le président.

• (1820)

Le président: Soyez bien à l'aise de transmettre la copie; cependant, la motion que vous venez tout juste de présenter ne concerne pas le dossier qui nous occupe, et le Comité n'a pas reçu l'avis de 48 heures. Je la déclare donc irrecevable.

Mme Laila Goodridge: Monsieur le président, dans les faits, c'est un petit amendement à la motion qui a fait l'objet d'un avis le 3 juin par mon collègue, M. Ellis. Je n'ai fait que mettre les dates à jour. Autrement, elle est identique.

Si vous préférez, je peux proposer un amendement à la version originale, mais j'ai pensé que c'était plus clair et plus simple de procéder ainsi.

Le président: Votre seule option maintenant est de contester la présidence parce que deux questions sont présentées.

Premièrement, si vous présentiez la motion de M. Ellis, vous ne pourriez pas le faire parce que vous n'êtes pas lui. Deuxièmement, la motion que vous présentez n'est pas identique, donc vous devez donner un avis de 48 heures, ce que vous n'avez pas fait.

La motion est irrecevable. Sauf s'il y a une contestation, nous allons poursuivre avec M. Hanley qui a cinq minutes. Allez-y, s'il vous plaît.

Mme Laila Goodridge: Je vais demander le consentement unanime du Comité pour présenter la motion.

Le président: Est-ce que nous avons le consentement unanime pour que Mme Goodridge présente la motion dont nous n'avons pas eu d'avis?

Nous n'avons pas de consentement unanime.

C'est maintenant au tour de M. Hanley, s'il vous plaît, vous avez cinq minutes.

M. Brendan Hanley (Yukon, Lib.): Merci.

Je veux remercier toutes les témoins et j'aimerais remercier Mme Goodridge d'avoir présenté cette étude en priorité. C'est une étude extrêmement importante et très à propos.

Docteur Gordon, je dois dire que vous êtes une témoin très convaincante.

Mes cinq minutes seront sans doute consacrées à approfondir quelques questions.

Pouvez-vous me parler des cancers d'intervalle et de leur importance relative?

Comme vous travaillez dans ce domaine depuis de nombreuses années, vous pourriez dire que traditionnellement, on pense que les cancers agressifs ne se font pas détecter lors des dépistages parce que, presque par définition, ils se développent entre les périodes de dépistage et habituellement, plus la femme est jeune, plus le cancer est agressif. Cela s'applique aussi à d'autres cancers, bien entendu, ce qui est peut-être une des limites du dépistage.

Vous pouvez peut-être préciser votre pensée à cet égard compte tenu de ce que nous savons aujourd'hui, surtout en ce qui concerne la technologie que nous avons de nos jours.

Est-ce que ce phénomène commence à être dépassé?

Dre Paula Gordon: Laissez-moi seulement définir cela pour les autres personnes.

Un cancer d'intervalle est un cancer qui se développe après la dernière mammographie négative d'une femme. On le découvre souvent en raison d'une bosse. Les cancers d'intervalle sont souvent les plus agressifs, comme le cancer du sein HER2-positif et ainsi de suite. Ce sont des cancers qui se développent rapidement. Ce sont souvent des cancers plus importants — qui se sont déjà propagés dans les ganglions lymphatiques — que les cancers qui sont détectés à la suite d'un dépistage et le pronostic est souvent moins bon.

Il y a deux catégories de cancers d'intervalle. Il y a ceux que nous venons tout juste de mentionner, qui sont des cancers qui se développent rapidement. Même si vous regardez sa mammographie récente, la patiente n'avait pas de seins denses, et sa mammographie était facile à lire, mais il n'y avait vraiment pas de cancer. Il se développe si rapidement que, disons, sa mammographie était négative, six mois plus tard, elle en a une autre lorsqu'elle se présente avec cette masse, et oh, mon Dieu, il y a une masse facilement visible sur sa mammographie. C'est ce genre-là. C'est le genre de cancer qui se développe si rapidement qu'il n'était pas sur la mammographie. L'autre type de cancer d'intervalle, c'est celui qui était présent sur la mammographie, mais qui était caché par du tissu sain normalement dense.

La densité du sein, c'est la quantité de tissu mammaire — c'est le tissu glandulaire et le tissu fibreux, mais appelons ça seulement le tissu mammaire — par rapport au gras. Les seins des femmes sont tous composés de ces deux éléments, mais leurs proportions varient grandement. Certains seins sont composés essentiellement de gras et de peu de tissus denses, d'autres en ont plus, puis il y a la catégorie de gens dont les seins sont composés essentiellement de tissus denses et de très peu de gras.

La raison pour laquelle c'est important, c'est que le tissu mammaire dense sain est blanc sur une mammographie, et le gras est noir. Toutes les bosses, y compris les cancers, sont blanches. Si une femme a beaucoup de gras dans son sein, puisque la mammographie est gris foncé ou noire, même la plus petite masse de cancer blanche sera visible comme une étoile dans le ciel.

Si une femme a un sein très dense et que tout est blanc, vous n'allez pas pouvoir percevoir le cancer même s'il est important. En fait, 50 % des cancers ne sont pas détectés lorsqu'ils se trouvent dans le tissu le plus dense.

Je vais vous céder la parole.

• (1825)

M. Brendan Hanley: Il me reste moins de deux minutes, mais j'apprécie l'explication complète.

Je veux me concentrer sur les États-Unis et sur les recommandations qui ont maintenant été faites par le groupe de travail sur la prévention des États-Unis comparativement au Canada.

Vous reconnaissez effectivement que nous avons inclus des études observationnelles dans les lignes directrices canadiennes pour la première fois, mais aussi qu'elles sont pondérées différemment des essais cliniques. Il faut presque tenir compte du temps parce que l'on peut presque dire que, par définition, les essais cliniques datent de plus longtemps. L'essai clinique randomisé a toujours été la norme par excellence des essais.

Voyez-vous que les États-Unis appliquent un processus différent de celui utilisé au Canada? Devrions-nous envisager des processus qui sont peut-être différents pour reproduire ce que font les États-Unis? Je soulignerais aussi que le Royaume-Uni parle toujours de 50 ans. À ma connaissance, les États-Unis sont peut-être les premiers à inclure les femmes âgées de 40 ans.

Dre Paula Gordon: Ce que les États-Unis ont fait différemment du Canada, c'est qu'ils ont accordé plus de poids aux données montrant qu'il y avait une augmentation de l'incidence chez les jeunes femmes et de l'incidence du cancer du sein chez les femmes racisées. Mais l'approche des Américains n'est pas parfaite non plus. Ils disent de seulement faire un dépistage à tous les deux ans. Ils ne tiennent clairement pas compte des risques comme en tient compte notre groupe de travail.

M. Brendan Hanley: Docteur Nadler, nous n'aurons pas le temps de parler de cela. Si vous pouvez nous fournir une réponse au sujet des différentes approches appliquées par les États-Unis et le Canada, je crois que ce serait très utile.

Est-ce que mon temps est écoulé, monsieur le président?

Le président: Voulez-vous donner le temps à la Dre Nadler de répondre?

M. Brendan Hanley: Oui. Merci.

Le président: Docteur Nadler, pouvez-vous donner votre opinion en 30 secondes? Si ce n'est pas suffisant, soyez bien à l'aise de nous présenter une réponse par écrit.

Dre Michelle Nadler: Merci.

L'incidence des cancers au Canada était différente de celle des États-Unis. C'est peut-être pour cette raison.

La Dre Gordon a expliqué la différence entre les deux cancers d'intervalle. Il est important de comprendre exactement ce qu'elle a dit, soit que c'est pour cette raison que le dépistage n'aide pas dans le cas de certains cancers d'intervalle. Les cancers les plus agressifs se développent entre les dépistages. Même si celui-ci aide à détecter certains cancers, il n'est pas utile pour tous les types.

Une autre chose importante au sujet des cancers d'intervalle ou de la détection rapide des cancers, c'est que nous ne savons pas nécessairement si le dépistage changera le résultat. C'est quelque chose que l'on appelle le biais de durée. Un cancer qui se développe plus lentement va attendre et ne se présentera pas comme une masse jusqu'à ce qu'un dépistage soit effectué. Un cancer plus agressif se développera entre les dépistages. Évidemment, lorsque nous examinons des études rétrospectives, il semble que le dépistage relève tous les cancers qui se développent lentement et il semble que ceux qui se développent rapidement sont détectés chez des gens qui ne font pas de dépistage, mais c'est parce que ce sont

des cancers rapides qui se présentent comme des cancers d'intervalle. C'est ce qu'on appelle le biais de durée. C'est un biais très important. Nous n'écartons pas d'étude pour cette raison, mais nous devons toujours nous rappeler que ce biais est là. Le groupe de travail doit examiner toutes les données aussi systématiquement et méthodiquement que possible.

Enfin, en ce qui concerne les États-Unis, ils reconnaissent habituellement dans leurs lignes directrices que la recommandation n'améliore pas nécessairement les facteurs de l'équité, de la diversité et de l'inclusion, ou l'équité et la diversité. Il est en fait indiqué dans leurs lignes directrices que de recommander le dépistage à tous à partir de 40 ans n'élimine pas nécessairement les disparités.

Nous avons tous besoin de plus de recherches à cet égard.

Le président: Merci, docteur Nadler.

Excusez-moi, docteur Gordon. Nous avons atteint...

M. Brendan Hanley: Monsieur le président, peut-être que la Dre Gordon pourrait nous donner sa réponse.

Le président: Oui.

Mme Laila Goodridge: Sommes-nous tous d'accord pour que la Dre Gordon nous donne sa réponse à cet égard?

Le président: Est-ce que tout le monde est d'accord pour que l'on prolonge un peu?

Des députés: D'accord.

Le président: Docteur Gordon, allez-y. Tout le monde veut entendre votre réponse.

Dre Paula Gordon: Je vais donner une réponse rapidement.

Oui, ce que dit la Dre Nadler est vrai, mais nous savons que la taille et l'état nodal a aussi de l'importance, même dans le cas de tumeurs agressives. En fait, parfois, cela a encore plus d'importance. Comme je l'ai dit, le taux de survie de cinq ans pour un cancer du sein triple négatif de stade 1 est de 96 %, celui du stade 3 est de 47 %.

Nous utilisons aussi la modélisation. Ce n'est pas juste une question de cas anecdotiques de certaines femmes qui n'ont pas pu bénéficier des services. C'est vrai que ce ne sont pas toutes les femmes qui bénéficieront de la même chose, mais si nous n'effectuons pas de dépistage, vous ne pouvez même pas détecter le cancer pour savoir s'il se trouve à un stade avancé ou non.

• (1830)

Le président: J'aimerais remercier toutes nos témoins d'avoir été présentes avec nous aujourd'hui et d'avoir été si patientes pendant que nous réglions plusieurs problèmes qui ont interrompu et retardé vos témoignages. Votre expertise est évidente. Nous sommes extrêmement reconnaissants que vous ayez été ici pour lancer cette étude et nous vous remercions de la profondeur et l'étendue de l'information que vous nous avez fournie. Merci beaucoup de votre présence.

Plaît-il au Comité de lever la séance?

Des députés: D'accord.

Le président: 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>