



CHAMBRE DES COMMUNES  
HOUSE OF COMMONS  
CANADA

44<sup>e</sup> LÉGISLATURE, 1<sup>re</sup> SESSION

# Comité permanent de la santé

TÉMOIGNAGES

**NUMÉRO 103**

**PARTIE PUBLIQUE SEULEMENT - PUBLIC PART ONLY**

Le jeudi 15 février 2024

Président : M. Sean Casey





## Comité permanent de la santé

Le jeudi 15 février 2024

• (1105)

[Traduction]

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

Bienvenue à cette 103<sup>e</sup> séance du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes. La réunion d'aujourd'hui se déroule en mode hybride, conformément au Règlement.

Comme nous avons quelques témoins sur Zoom aujourd'hui, je veux simplement leur dire qu'ils ont accès à l'interprétation. Au bas de l'écran, ils peuvent choisir entre le parquet, l'anglais ou le français. Veuillez ne prendre aucune capture d'écran ni aucune photo de votre écran.

Je tiens à informer le comité que toutes les personnes qui participent à distance ont effectué les tests de connexion requis avant la réunion, comme le prévoit notre motion de régie interne.

Conformément à l'article 108(2) du Règlement et à la motion adoptée le 16 mai 2022, le comité reprend son étude sur la santé des femmes. Je souhaite la bienvenue à nos témoins. Nous accueillons aujourd'hui, à titre personnel, Dre Ghadeer Anan, oncologue médicale, qui se joint à nous par vidéoconférence; Dre Ambreen Sayani, scientifique; et Dre Andrea Simpson, gynécologue obstétricienne, de l'hôpital St. Michael's de Toronto, qui se joint à nous également par vidéoconférence. Nous accueillons aussi deux représentantes de la Société canadienne du cancer: Helena Sonea, directrice, Défense de l'intérêt public, et Ciana Van Dusen, gestionnaire de la défense des droits, Prévention.

Nous tenons à remercier tous nos témoins de leur présence aujourd'hui. Vous disposerez de cinq minutes pour présenter votre déclaration préliminaire. Nous allons commencer par la Dre Anan.

Docteure Anan, soyez la bienvenue. Vous avez la parole.

**Dre Ghadeer Anan (oncologue médicale, à titre personnel):** Bonjour. Je vous remercie, monsieur le président.

Bonjour, chers membres du comité.

Je vous remercie de me donner l'occasion de m'adresser à vous aujourd'hui.

Je dois préciser que, lorsque j'ai reçu l'invitation, on m'a seulement demandé de parler des femmes et du cancer; on ne m'a pas donné d'autres détails sur le sujet précis qui intéressait le comité. J'ai préparé mes notes en fonction de ma propre expérience dans ma pratique, mais je serai très heureuse de répondre à toutes les questions.

Je suis oncologue médicale et j'exerce depuis plus de 13 ans à Fredericton, au Nouveau-Brunswick. Les patientes atteintes d'un cancer du sein représentent l'essentiel de ma pratique.

Fredericton est une ville de plus de 60 000 habitants. Cependant, la zone que nous desservons compte plus de 170 000 habitants; la majeure partie de la population de cette zone vit donc en milieu rural. Le taux de croissance annuel de la population dans ma région est de 6,2 %, selon Statistique Canada. Or, nos données locales montrent que la hausse du nombre de patients atteints de cancer est de 8,2 %. Le Nouveau-Brunswick a connu une augmentation sans précédent de cette population depuis la pandémie de COVID.

J'aimerais vous parler aujourd'hui des différences dans le parcours des femmes qui reçoivent un diagnostic de cancer du sein, selon l'endroit où elles vivent. Comme vous le savez, le cancer du sein est fréquent et peut toucher une Canadienne sur huit. Lorsqu'une femme reçoit un diagnostic de cancer du sein, elle subit généralement une intervention chirurgicale, avec ou sans radiothérapie, avec ou sans chimiothérapie, suivie ou non d'un traitement endocrinien sous forme de comprimés. Le problème n'est pas d'avoir accès à la chirurgie, à la chimiothérapie ou à la radiothérapie, mais d'avoir accès à un soutien supplémentaire, qui est tout aussi important. Heureusement, le taux de guérison est élevé, mais il y a un prix à payer. C'est là que le lieu de résidence peut changer les choses. C'est à ce moment-là que le fait de vivre en milieu urbain ou en milieu rural change la donne.

Après un tel diagnostic, une femme peut avoir besoin de physiothérapie après son opération, sinon, elle pourrait se retrouver avec des limitations à long terme des mouvements du bras et de l'épaule, ce qui affecterait évidemment sa qualité de vie. Certaines femmes peuvent développer un lymphœdème, une complication faisant suite à la chirurgie et à la radiothérapie qui peut entraîner des douleurs, des gonflements, et même une déformation de la poitrine et du bras du côté touché. L'accès à un physiothérapeute ayant reçu une formation spéciale pour le traitement du lymphœdème est essentiel pour atténuer cette complication. Un physiothérapeute ayant reçu une telle formation peut fournir un traitement, équiper la femme touchée d'un manchon ou d'un gant de compression adéquat, ou même le fabriquer sur commande. Les femmes vivant dans les régions rurales du Nouveau-Brunswick ont un accès limité à ces services.

Un diagnostic de cancer du sein et tous les traitements qui l'accompagnent, y compris les traitements endocriniens qu'une femme peut suivre pendant cinq à dix ans, peuvent avoir des conséquences importantes sur la santé mentale. L'accès à des services de santé mentale peut grandement améliorer les choses. Comme je l'ai dit, les femmes qui vivent dans les régions rurales du Nouveau-Brunswick ont un accès limité à ces services.

Contrairement à la chirurgie, qui est nécessaire une ou deux fois, à la radiothérapie, généralement prescrite pendant trois à six semaines, ou même à la chimiothérapie, prescrite pour une période de trois à six mois, la physiothérapie et le soutien en santé mentale sont généralement nécessaires pour une période beaucoup plus longue et comportent un volet de suivi.

Ce qui rend la situation encore plus difficile, c'est que non seulement nous constatons une augmentation du nombre de femmes qui reçoivent un diagnostic de cancer en général, mais nous remarquons également qu'elles reçoivent le diagnostic plus jeunes. L'âge moyen auquel une femme se voit généralement diagnostiquer un cancer du sein est de 60 à 65 ans, mais nous constatons que davantage de femmes reçoivent ce diagnostic dans la quarantaine et même dans la trentaine, alors qu'elles ont un travail et une jeune famille dont elles doivent s'occuper. Elles doivent aussi vivre plus longtemps avec les complications liées aux traitements.

Je vois de plus en plus de femmes qui ne peuvent pas reprendre leur travail et une vie normale à la fin de leur traitement. Elles doivent même demander des prestations d'invalidité en raison des effets à long terme du traitement, des effets dont on ne s'occupe pas adéquatement à cause du manque de ressources dans les régions rurales.

En résumé, je crois que les femmes vivant dans les régions rurales du Nouveau-Brunswick ont un bon accès à un traitement, une fois qu'elles ont reçu un diagnostic de cancer du sein, au même titre que les femmes vivant dans les centres urbains. Par contre, elles devraient avoir un accès égal aux services de soutien pendant et après leur traitement.

Merci.

**Le président:** Je vous remercie, docteur Anan.

Nous allons maintenant entendre la Dre Sayani, pour cinq minutes, s'il vous plaît.

Soyez la bienvenue. Vous avez la parole.

**Dre Ambreen Sayani (scientifique, à titre personnel):** Merci.

Bonjour, monsieur le président, chers membres du comité et collègues témoins. Je suis la Dre Ambreen Sayani, scientifique au Women's College Hospital et professeure adjointe à l'Université de Toronto.

Je dirige un programme de recherche centré sur la personne et axé sur la promotion de la prévention du cancer, le dépistage précoce et l'accès à des soins de grande qualité pour tous. Je supervise notre prochaine génération d'apprenants, y compris les étudiants en médecine et les étudiants diplômés. En tant qu'experte-conseil en matière d'équité en santé auprès du Partenariat canadien contre le cancer, je guide les efforts du partenariat pour assurer un accès équitable à des soins de qualité contre le cancer pour tous les Canadiens. En 2020, j'ai cofondé un groupe appelé EMPaCT, qui s'adresse directement aux membres de la collectivité issus de populations mal desservies afin d'influer directement sur leurs décisions en matière de soins de santé. Je suis également diplômée en médecine à l'étranger. J'étais chirurgienne oncologue avant de m'installer au Canada.

En me fondant sur mon travail dans la communauté, je vais vous donner un aperçu des expériences vécues par trois femmes ayant été atteintes d'un cancer au Canada.

La première est une femme de 65 ans atteinte d'un cancer du côlon. Appelons-la Audrey. Elle m'a dit: « Vous n'avez pas idée à quel point il faut beaucoup de temps pour prouver qu'on est pauvre; on consacre énormément de temps à obtenir des photocopies de documents. En plus, je dois faire face au fait que je suis en train de mourir. C'est terrible. »

La deuxième est une jeune adulte qui a survécu à un cancer des os et du poumon. Nous l'appellerons Fatima pour aujourd'hui. Elle a déclaré: « En tant que nouveaux arrivants au Canada, mes parents ne connaissaient personne et ne connaissaient pas le système. Notre médecin traitant n'a pas pris mes symptômes au sérieux, et nous ne savions pas comment nous défendre. »

La troisième, Maria, est une femme de 71 ans qui est décédée depuis d'un cancer du col de l'utérus. Elle a dit: « Je suis allée à l'hôpital et j'ai été très mal traitée. Je ne veux pas y retourner. Je ne veux plus jamais revivre cela. »

Monsieur le président et chers membres du comité, au Canada, nous sommes censés avoir un accès universel aux soins contre le cancer, mais ces soins ne sont pas accessibles à tous. Une femme sur cinq chez qui on a diagnostiqué un cancer en mourra. L'an dernier, 40 200 femmes sont mortes du cancer au Canada. Cela représente en moyenne 110 femmes par jour, mais le risque de mourir d'un cancer n'est pas le même pour toutes les femmes. La vie ou la mort des personnes cancéreuses dépend souvent de facteurs tels que le racisme, le sexisme, le capacitisme, le classisme et l'âgisme, qui peuvent être déterminants.

Pour les femmes, le sexe biologique a une incidence sur la prédisposition à certains types de cancer, tandis que les rôles sexospécifiques socialement et culturellement construits ont un impact sur l'issue du cancer chez les femmes en influant sur leurs connaissances en matière de santé, leurs comportements en matière de recherche de soins de santé et l'accès aux soins de santé. Les problèmes liés aux obstacles financiers, aux défis géographiques, au manque de moyens de transport et à l'accès limité aux services appropriés sur le plan de la culture et de la langue contribuent directement aux retards dans les diagnostics de cancer, aux traitements inadéquats et à la piètre qualité des soins.

Pour les peuples autochtones, les communautés racisées, les personnes à faible revenu et les personnes de diverses identités de genre, les problèmes de racisme et de discrimination systémiques entraînent des expériences de soins médiocres, l'évitement des soins et l'absence de diagnostic. Cela peut se produire en partie à cause d'un manque de compétences en matière de soins de santé axés sur l'équité au sein de la main-d'œuvre et de services qui ne sont pas conçus pour répondre à leurs besoins.

Au Canada, nous avons fait des progrès sur le plan de la prévention et de la détection du cancer, ainsi que de la survie au cancer. Nos efforts comprennent la mise en œuvre et la coordination de mesures préventives, le dépistage organisé du cancer et la conception de modèles de soins innovants. Cependant, comme je l'ai dit aujourd'hui, les lacunes en matière de soins sont évidentes. Elles nécessiteront des efforts concertés et multiformes dans tous les secteurs pour nous attaquer aux causes profondes des inégalités sociales, afin que nous puissions améliorer les résultats de santé pour toutes les femmes en rehaussant leurs conditions de vie et de travail.

En conclusion, je voudrais recommander trois domaines d'action fondés sur les expériences vécues dont je vous ai fait part aujourd'hui.

Pour les femmes comme Audrey, qui subissent la toxicité financière, nous devons réduire la charge administrative liée à l'accès aux ressources nécessaires pour soutenir les soins contre le cancer. De manière plus générale, cela implique que nous devons investir des ressources pour comprendre les expériences réelles des patients et répondre à leurs besoins, en mettant l'accent sur la participation des personnes marginalisées et mal desservies.

Deuxièmement, pour les femmes comme Fatima, qui sont confrontées à de multiples obstacles en matière de soins, nous avons besoin de voies d'accès aux soins sur le plan culturel et linguistique. Pour y parvenir plus largement, nous devons renforcer les soins de proximité et nous attacher à diversifier le personnel de la santé afin qu'il soit représentatif des populations qu'il sert.

● (1110)

Enfin, pour les femmes qui, comme Maria, sont victimes de discrimination, nous devons miser sur la formation et la sensibilisation dans l'ensemble du secteur de la santé et des services sociaux relativement aux facteurs historiques et systémiques qui ont une incidence sur la santé. Des soins adaptés à la réalité culturelle peuvent conduire à de meilleurs résultats en matière de santé.

Je vous remercie de m'avoir invitée à vous faire part de mon point de vue.

**Le président:** Merci, docteure Sayani.

Nous allons maintenant entendre la Dre Simpson.

Bienvenue. Vous avez la parole pour les cinq prochaines minutes.

**Dre Andrea Simpson (gynécologue obstétricienne, St. Michael's Hospital, Toronto, à titre personnel):** Merci beaucoup.

Je tiens à remercier les membres du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes de me donner l'occasion de parler aujourd'hui des femmes et du cancer dans le cadre de leur étude sur la santé des femmes.

Je suis ici pour plaider en faveur de la prévention du cancer de l'endomètre, qui est le type de cancer de l'utérus le plus courant, pour proposer des stratégies simples qui peuvent être mises en place par le gouvernement pour un diagnostic précoce, et pour assurer un accès équitable au traitement pour toutes les femmes canadiennes atteintes d'un cancer de l'endomètre.

Je m'appelle Dre Andrea Simpson. Je suis gynécologue-obstétricienne et je pratique des chirurgies à effraction minimale à l'hôpital St. Michael's de Toronto. Je suis professeure adjointe à l'Université de Toronto. Je suis également chercheuse, et mes travaux sont axés sur l'accès équitable aux soins de santé.

L'un de mes domaines d'expertise clinique et de recherche est la prestation de soins chirurgicaux aux femmes atteintes d'un cancer de l'endomètre, y compris celles souffrant d'obésité, qui se heurtent à des obstacles dans l'accès aux soins de santé et à la chirurgie. Je suis l'un des quatre chirurgiens-gynécologues de l'hôpital St. Michael's à diriger une clinique spécialisée pour les femmes atteintes d'un cancer de l'endomètre au stade précoce, ce qui permet de simplifier les soins et d'offrir un traitement par chirurgie laparoscopique

et robotique — au lieu d'une grande incision abdominale — qui leur offre les meilleurs résultats possibles.

Notre mission est de veiller à ce que les femmes souffrant d'obésité ou d'un indice de masse corporelle élevé reçoivent les mêmes excellents soins que les femmes dont l'indice de masse corporelle se situe dans la fourchette normale. Nous nous efforçons d'éliminer les obstacles géographiques aux soins. Nous recevons des patients de partout en Ontario.

Le cancer de l'endomètre est le quatrième cancer le plus courant chez les femmes. Environ 8 500 Canadiennes reçoivent un tel diagnostic chaque année. L'incidence du cancer de l'endomètre est en hausse depuis plus de 10 ans. Le cancer de l'endomètre peut être évité grâce à la sensibilisation du public aux facteurs de risque tels que l'obésité, le syndrome des ovaires polykystiques et la génétique, et grâce à la disponibilité de thérapies hormonales financées, comme celles qui sont offertes en Colombie-Britannique.

Les signes précoces du cancer de l'endomètre sont souvent méconnus du public. Il s'agit notamment de saignements utérins anormaux, tels que des règles abondantes ou irrégulières, ou de saignements vaginaux après la ménopause. Le diagnostic peut être posé par une biopsie de l'endomètre, une petite intervention qui peut être réalisée dans un cabinet de consultation externe.

Nos lignes directrices nationales recommandent une biopsie pour toute femme de plus de 40 ans présentant des saignements anormaux et pour les femmes plus jeunes qui présentent des facteurs de risque de cancer de l'endomètre. Ces dernières années, le cancer de l'endomètre a été diagnostiqué chez des femmes de plus en plus jeunes. L'augmentation de l'obésité, qui est un facteur de risque important, contribue largement à cette hausse de l'incidence.

Malheureusement, nos recherches ont montré que les femmes souffrant d'obésité sont victimes de discrimination dans les établissements de soins de santé, ce qui peut souvent les amener à éviter les soins de santé. Cela peut entraîner un retard dans le diagnostic. Lorsqu'on leur diagnostique un cancer de l'endomètre, en raison de la complexité de l'intervention chirurgicale, elles subissent également des retards dans l'accès aux soins chirurgicaux. Les hôpitaux et les chirurgiens ne sont pas tous à l'aise avec la prise en charge des patientes obèses. Ces retards systémiques font des Canadiennes obèses un groupe marginalisé qui n'a pas accès à des soins de santé équitables.

Le traitement chirurgical du cancer de l'endomètre consiste en l'ablation de l'utérus, du col de l'utérus, des ovaires et des trompes de Fallope. La chirurgie à effraction minimale ou micromanipulation chirurgicale est la norme de soins. Elle permet d'obtenir les meilleurs résultats possibles pour les patientes, mais elle est plus difficile à réaliser chez les personnes souffrant d'obésité. La technologie assistée par la robotique peut aider à surmonter de nombreux défis chirurgicaux pour les femmes obèses qui subissent une chirurgie pour le cancer de l'endomètre.

Je tiens à saluer et à féliciter le ministère de la Santé de l'Ontario, qui a récemment financé la chirurgie robotisée pour les femmes atteintes d'un cancer de l'endomètre et d'obésité, ce qui constitue un grand pas en avant dans l'accès équitable à la chirurgie pour les femmes souffrant d'obésité. La prochaine étape consistera à inciter les chirurgiens et les hôpitaux à pratiquer ces opérations.

Je recommande que les mesures suivantes soient prises pour garantir aux femmes atteintes d'un cancer de l'endomètre un accès équitable et en temps opportun aux soins anticancéreux.

Premièrement, il faut créer des initiatives visant à sensibiliser davantage le public aux facteurs de risque et aux signes précoces du cancer de l'endomètre. Les initiatives de sensibilisation du public comprennent le dépistage systématique des anomalies menstruelles et des saignements post-ménopausiques dans le cadre des soins primaires, ainsi que la diffusion d'un message public invitant à consulter un médecin en cas d'apparition de ces anomalies.

Dans le cadre de cette étude sur la santé des femmes, plusieurs témoins ont suggéré la mise en place de programmes d'éducation nationaux, y compris un programme normalisé sur les troubles menstruels dans les écoles secondaires. L'inclusion d'information sur les saignements anormaux dans ce programme pourrait également contribuer à sensibiliser le public.

Deuxièmement, il faut encourager toutes les provinces à financer la thérapie hormonale qui prévient le cancer de l'endomètre, comme on le fait en Colombie-Britannique.

Troisièmement, on doit améliorer l'accès à des biopsies de l'endomètre pour les femmes présentant des saignements utérins anormaux. En plus d'inciter les médecins de premier recours à offrir ce service dans leur cabinet, la création de cliniques d'accès rapide pour les saignements utérins anormaux permettrait également d'améliorer la rapidité du diagnostic.

• (1115)

Quatrièmement, il faut améliorer l'accès à la chirurgie robotisée au Canada. La chirurgie robotisée permet de surmonter de nombreux défis chirurgicaux auxquels nous sommes confrontés lorsque nous opérons des femmes souffrant d'obésité. L'expansion de la formation et des installations dotées de cette technologie, le financement dans tout le Canada pour l'accès à cette technologie et une rémunération accrue des hôpitaux et des chirurgiens qui pratiquent ces chirurgies complexes amélioreraient l'accès équitable pour les patients.

La mise en œuvre de ces stratégies devrait permettre de prévenir le cancer de l'endomètre, de le diagnostiquer plus tôt, de réduire les délais d'attente et d'obtenir de meilleurs résultats pour les patientes. S'il est diagnostiqué à un stade précoce, le cancer de l'endomètre peut être guéri seulement par la chirurgie dans de nombreux cas. D'après nos recherches, un meilleur accès à la chirurgie robotisée pour les patientes souffrant d'obésité se traduirait par une proportion plus élevée de patientes qui subissent une chirurgie peu invasive plutôt qu'une grande incision abdominale, ce qui leur permettrait de quitter l'hôpital, de se rétablir et de retourner au travail plus rapidement.

Il n'est que juste que toutes les femmes canadiennes, quelles que soient leur province de résidence et leur morphologie, aient le même accès aux mesures de prévention du cancer de l'endomètre, au diagnostic précoce et au traitement.

Je voudrais à nouveau remercier le comité de m'avoir permis de lui parler de ces mesures très importantes qui pourraient être mises en œuvre.

• (1120)

**Le président:** Merci beaucoup, docteur Simpson.

Nous allons maintenant entendre les représentantes de la Société canadienne du cancer.

Mesdames Sonea et Van Dusen, je crois que vous avez une déclaration commune. Nous vous écoutons.

Vous avez la parole pour les cinq prochaines minutes.

**Mme Helena Sonea (directrice, Défense de l'intérêt public, Société canadienne du cancer):** Merci beaucoup.

Bonjour. Je m'appelle Helena Sonea, directrice, Défense de l'intérêt public à la Société canadienne du cancer. Je suis accompagnée de Ciana Van Dusen, gestionnaire de la prévention, et de notre collègue Rob Cunningham, conseiller principal en matière de défense des intérêts.

Le cancer est la principale cause de décès au Canada et est responsable de 26 % de l'ensemble des décès. En 2023, des chercheurs ont estimé qu'il y aurait plus de 200 000 nouveaux cas de cancer et près de 87 000 décès attribuables au cancer au Canada, dont environ la moitié chez les femmes.

Le cancer du poumon est la première cause de décès chez les femmes. Environ 72 % des cas de cancer du poumon au Canada et 30 % de tous les décès par cancer sont dus au tabagisme. Une stratégie globale est nécessaire pour réduire le tabagisme chez les femmes et les jeunes filles afin d'atteindre l'objectif du Canada d'atteindre un taux de tabagisme inférieur à 5 % d'ici 2035.

Nous recommandons que les taxes sur le tabac soient augmentées de 6 \$ par cartouche; que les dispositions législatives du projet de loi C-59 concernant un droit de recouvrement des coûts soient adoptées avec des amendements renforcés et des règlements subséquents afin de couvrir le coût total des initiatives de la stratégie canadienne contre le tabac visant les compagnies de tabac et de vapotage; que la mesure législative sur le tabac soit renforcée en interdisant toute publicité restante sur le tabac et en interdisant les arômes dans tous les produits du tabac; que des mesures soient prises pour réduire le vapotage chez les jeunes, notamment en interdisant les arômes dans les cigarettes électroniques; que les programmes d'abandon du tabac et d'autres programmes soient améliorés; enfin, que des mesures soient prises concernant les pochettes de nicotine, qui peuvent être vendues aux enfants de tout âge et qui sont annoncées dans des endroits où les jeunes y sont exposés.

Le cancer ne touche pas uniquement la personne qui en est atteinte. Il faut une communauté et une société pour s'en occuper, et personne ne le comprend mieux que les aidants. Les aidants apportent un soutien vital, non rémunéré, pratique, physique et émotionnel à leurs proches atteints de maladies complexes, dont le cancer. La moitié des Canadiens seront des aidants au cours de leur vie.

En 2018, les aidants ont fourni 5,7 milliards d'heures de soins, dont la valeur est estimée entre 97 et 112 milliards de dollars par an. Les femmes assument de façon disproportionnée les défis de ce travail.

Le gouvernement du Canada s'est efforcé de reconnaître le rôle considérable des aidants, mais il reste encore des besoins importants à combler. Nous recommandons au gouvernement fédéral d'améliorer le soutien aux aidants actuels et futurs en mettant en place des crédits d'impôt fédéraux accessibles et remboursables afin de dédommager ces familles.

Je vais maintenant céder la parole à Ciana, qui va vous parler du cancer du col de l'utérus.

[Français]

**Mme Ciana Van Dusen (gestionnaire de la défense de l'intérêt public, Prévention, Société canadienne du cancer):** Après avoir connu une baisse de son incidence pendant 30 ans, le cancer du col de l'utérus est maintenant le cancer dont le nombre de cas grimpe le plus vite chez les femmes, la plupart des cas étant observés chez des personnes de moins de 50 ans. Cette hausse s'explique par une diminution de la participation au dépistage et à la vaccination contre le virus du papillome humain, ou VPH.

Puisque pratiquement tous les cas de cancer du col de l'utérus sont causés par une infection au VPH, nous pouvons renverser cette tendance et atteindre l'objectif du Partenariat canadien contre le cancer d'éliminer le cancer du col de l'utérus d'ici 2040 grâce à la prévention et à la détection précoce.

Par exemple, le remplacement du test Pap par le test de détection du VPH comme méthode primaire de dépistage du cancer du col de l'utérus, avec la possibilité de faire des autoprélèvements, permettrait de mieux détecter la maladie et de réduire les obstacles liés aux facteurs socioéconomiques ou au manque d'accès aux fournisseurs de soins de santé.

Bien que plusieurs provinces et territoires se préparent à ce changement, les écouvillons utilisés pour le test de dépistage du VPH portent une mention selon laquelle le test doit être effectué par un ou une professionnel de la santé. Santé Canada a l'occasion de modifier cette mention et d'éliminer cet obstacle en offrant des tests à effectuer à la maison. Nous recommandons que Santé Canada procède rapidement à cette mise à jour.

• (1125)

[Traduction]

Enfin, lorsqu'on parle de la prévention du cancer et de la santé des femmes, il faut reconnaître que l'alcool est une substance cancérogène et que, selon les estimations, c'est l'une des trois premières causes de décès par cancer dans le monde. Cependant, plus de 40 % des Canadiens ne savent pas que la consommation d'alcool, même à faible dose, augmente le risque de cancer.

En 2019, près de 20 % des femmes âgées de 15 à 54 ans ont déclaré consommer plus de six verres standard d'alcool par semaine. En raison de facteurs biologiques, ce niveau élevé de consommation d'alcool a des répercussions à long terme sur la santé; il peut notamment causer le cancer du sein.

Nous recommandons au gouvernement fédéral de rendre obligatoire l'étiquetage de tous les produits alcoolisés vendus au Canada afin de permettre à un plus grand nombre de personnes de prendre des décisions éclairées pour leur santé. De plus, le respect de l'augmentation de 4,7 % du droit d'accise fédéral sur l'alcool prévue pour avril 2024 permettrait de maintenir la contribution à notre économie de l'industrie des boissons alcoolisées qui, actuellement, ne compense que partiellement les coûts sociaux et les préjudices directement causés par ses produits.

Nous vous remercions de votre attention et nous sommes impatientes de répondre à vos questions.

**Le président:** Je remercie tous nos témoins d'aujourd'hui. Nous allons maintenant passer aux séries de questions, en commençant par les conservateurs.

Madame Vecchio, vous disposez de six minutes.

**Mme Karen Vecchio (Elgin—Middlesex—London, PCC):** Merci beaucoup.

Je tiens vraiment à remercier tous les témoins de leur présence aujourd'hui pour discuter de ce sujet très important.

Lorsque vous parlez de l'autotest de dépistage du VPH, je pense à mon propre emploi du temps et à celui de tant de femmes. Il peut être très compliqué de se rendre dans un cabinet médical. Je pense au test de dépistage de la COVID et au fait que je détestais mettre ce truc dans mon nez.

Quelles sont les préoccupations que suscite l'autodépistage et pourquoi, à l'heure actuelle, le dépistage n'est-il pratiqué que dans les cabinets des médecins? Pourquoi s'inquiéter qu'on permette de le faire à domicile?

**Mme Ciana Van Dusen:** C'est vraiment le processus qui va constituer le plus grand changement. En ce qui concerne le fait de l'effectuer soi-même, c'est moins invasif que le test Pap et c'est assez facile. Il s'agit en fait d'un formidable avantage pour les femmes qui, comme vous l'avez dit, n'ont peut-être pas accès à un fournisseur de soins de santé ou ne se sentent pas à l'aise en raison de toutes sortes d'obstacles, que ce soit la langue ou une expérience traumatisante passée. Nous sommes très enthousiastes à l'idée d'offrir cette possibilité. Cela ne veut pas dire que ce serait obligatoire. Les femmes qui préfèrent se rendre chez leur fournisseur de soins de santé pour subir ce test pourraient toujours le faire.

**Mme Karen Vecchio:** Je pense au test immunochimique fécal, que l'on envoie simplement par la poste. Ne pourrait-il pas s'agir d'une méthode de traitement similaire?

**Mme Ciana Van Dusen:** Ce serait le cas.

**Mme Karen Vecchio:** Docteure Simpson, merci beaucoup pour votre témoignage. Je pense que c'est très important lorsque nous parlons de la diversité des femmes. Vous avez parlé de l'obésité. Je ne suis pas médecin. Je n'ai jamais fait d'intervention chirurgicale. J'ai fait de la chirurgie dentaire dans la bouche des gens, mais jamais ailleurs.

Lorsque vous parlez des problèmes, est-ce que c'est simplement à cause des étapes supplémentaires qu'ils ne se sentent pas à l'aise de le faire ou à cause d'autres préoccupations... ou de la robotique? Pouvez-vous nous en dire un peu plus sur les raisons pour lesquelles il y a des réticences en ce qui concerne l'obésité?

Je ne le sais pas, alors pourriez-vous m'en dire plus?

**Dre Andrea Simpson:** Lorsque nous effectuons ces chirurgies, nous devons en fait incliner la tête des patientes vers le bas afin d'accéder à leur cavité pelvienne. L'anesthésiste essaie de ventiler les poumons de la patiente, nous essayons de gonfler son ventre avec un gaz pour pouvoir accéder à sa cavité pelvienne. L'obésité peut ajouter un poids ou une pression supplémentaire lorsque l'anesthésiste tente de le faire.

Avec la chirurgie robotisée, le robot a la capacité de soulever la paroi abdominale afin de réduire la pression du gaz à l'intérieur de l'abdomen et d'alléger la pression sur les poumons. Par rapport à la laparoscopie conventionnelle, la chirurgie robotisée est tridimensionnelle et non bidimensionnelle, ce qui permet une bien meilleure visualisation au moment de l'opération. Le robot est également doté de bras articulés, de sorte qu'au lieu de ne pouvoir déplacer l'instrument que dans deux directions, on dispose en fait d'une rotation complète de 360 degrés. Cela peut s'avérer particulièrement utile lorsque l'intervention doit être effectuée en profondeur dans la cavité pelvienne.

Ce sont là quelques-uns des éléments qui font que la chirurgie robotisée est meilleure pour les patients souffrant d'obésité. Nous avons mené une étude et consulté la littérature sur le sujet et nous avons constaté que, lorsque le robot était utilisé plutôt que la laparoscopie conventionnelle, on avait moins fréquemment recours à la grande incision de haut en bas pour des raisons liées à l'obésité.

**Mme Karen Vecchio:** Merci beaucoup. Je vous suis reconnaissante de vos explications.

Je m'adresse maintenant à la Dre Anan.

Vous avez parlé du Nouveau-Brunswick et de la santé mentale. Quand on pense à une personne qui vient de subir une chirurgie et à son isolement — je pense à une personne que je connais personnellement —, à quelqu'un qui tente de se remettre rapidement, mais qui n'a pas l'impression d'y arriver, le fait d'avoir du soutien en santé mentale joue un rôle crucial. Il y a un écart abyssal entre les régions rurales et urbaines.

J'ai beaucoup de chance, car je suis à 20 minutes du Centre des sciences de la santé de London, qui offre des choses formidables.

Que se passe-t-il quand on habite dans une région où il n'y a ni psychologue ni travailleur social ni même d'infirmière?

À quels types de ressources les personnes qui vivent dans des régions rurales au Nouveau-Brunswick ont-elles accès pour obtenir du soutien en matière de santé mentale?

• (1130)

**Dre Ghadeer Anan:** Je vous remercie de votre question. Malheureusement, tout dépend du régime d'assurance que vous avez. La majorité des Néo-Brunswickois n'a malheureusement accès qu'au régime d'assurance-médicaments provincial. Il est utile quand on a besoin d'une couverture des médicaments, mais il ne couvre pas les soins de santé mentale dans un cabinet privé, vous avez donc accès...

**Mme Karen Vecchio:** Je vais vous interrompre dans votre lancée parce que dans le cas des services de santé mentale, il y a des assurances, mais pourriez-vous parler de la recherche de fournisseurs de soins en milieu rural?

**Dre Ghadeer Anan:** Il y a un bon nombre de personnes qui exercent dans le privé. Le hic, c'est que les patients n'ont pas les moyens d'obtenir leur aide. Si vous avez une assurance privée, celle-ci couvrira des services de santé mentale, mais si vous êtes couvert par le régime de médicaments de la province, ce ne sera pas le cas. Vous devez toujours vous adresser aux fournisseurs de soins de santé mentale des hôpitaux, ce qui ajoute de la pression sur le système.

**Mme Karen Vecchio:** Merci.

**Dre Ghadeer Anan:** Je ne sais pas si cela répond à votre question.

**Mme Karen Vecchio:** C'est parfait. Merci beaucoup.

Je vais maintenant passer à Mme Sonea.

Mesdames Sonea et Van Dusen, merci beaucoup d'être ici.

Nous parlons du cancer du col utérin. Que pouvons-nous faire pour que les femmes et les jeunes filles se fassent vacciner contre les infections par les virus du papillome humain?

**Mme Ciana Van Dusen:** Je crois qu'il y a beaucoup à tirer de la sensibilisation. La vaccination est en recul, surtout depuis la COVID. Nous rappelons donc aux gens qu'il s'agit, avec le test de dépistage, de l'un des deux meilleurs moyens de prévenir le cancer du col de l'utérus. Que ce soit par des campagnes de sensibilisation ou des conversations avec les médecins, nous préconisons de vacciner les filles et les garçons en âge de l'être, en fonction des provinces.

**Mme Karen Vecchio:** Merci beaucoup.

**Le président:** Merci, madame Vecchio.

C'est maintenant le tour de M. Jowhari, qui dispose de six minutes.

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

Je souhaite la bienvenue à tous les témoins.

Mes questions porteront aujourd'hui sur le dépistage et la détection précoce au moyen de biomarqueurs et de profilage génétique, en mettant un accent particulier sur la recherche. Que faisons-nous? Comment nous comparons-nous à d'autres pays, par exemple au sein de l'OCDE? La question s'adresse à l'un ou l'autre des témoins qui sont à l'aise de parler de la recherche et du développement, de nous dire où nous en sommes et où nous sommes censés être, surtout sur le plan des technologies de profilage génétique et de l'utilisation des biomarqueurs. Quand aurons-nous une solution, et comment nous comparons-nous par rapport à d'autres pays?

Quelqu'un peut répondre?

**Mme Ciana Van Dusen:** Je peux commencer. Je sais que la Société canadienne du cancer s'intéresse grandement à cela. Nous investissons dans la recherche pour mieux comprendre les possibilités et les limites qu'offre ce genre de dépistage. Je ne suis pas convaincue que nous en soyons rendus à aller de l'avant, mais nous continuons d'investir pour voir où cela nous mènera, car c'est très prometteur.

Auriez-vous quelque chose à ajouter?

**Mme Helena Sonea:** Je crois que nous aimerions aussi souligner que nous encourageons toutes les personnes qui en ont envie à plaider leur cause afin d'obtenir cet autre test. Nous soutenons ces démarchers sans réserve ainsi que les mécanismes qui permettent d'y arriver.

**M. Majid Jowhari:** Quelle sorte de recherche faisons-nous au moyen des biomarqueurs et du profilage génétique au Canada sur tous les types de cancer? Faisons-nous suffisamment de recherche? Sommes-nous des chefs de file? Avons-nous la technologie?

**Mme Helena Sonea:** Il y a assurément beaucoup plus à faire sur le plan de la recherche, ne serait-ce qu'en ce qui a trait à l'investissement global dans l'écosystème de la recherche. En dehors du gouvernement fédéral, la Société canadienne du cancer est le deuxième bailleur de fonds à la recherche sur le cancer; c'est le rôle de l'organisme de bienfaisance.

Nous espérons qu'en communiquant avec vous et avec d'autres ordres de gouvernement nous pourrions tous prioriser des investissements dans la recherche, car nous savons que c'est ce qu'il faut faire pour les personnes atteintes d'un cancer et leurs proches.

Je suis désolée, nous ne répondons pas précisément à la question.

• (1135)

**M. Majid Jowhari:** Poursuivez, docteur Anan. J'espérais que vous... allez-y.

**Dre Ghadeer Anan:** En fait, je voulais simplement mentionner quelque chose. Ce n'est pas à propos de la recherche, c'est à propos de l'accès au dépistage génétique. Il y en a deux sortes, quand on parle de prévention. Si une personne a eu le cancer ou qu'il y a des antécédents familiaux, un membre de la famille qui a eu le cancer...

Je vais parler du Canada atlantique. Notre principal centre pour le dépistage est le centre hospitalier IWK à Halifax. Ils ont un temps d'attente qui va de 18 à 24 mois. C'est long quand on parle de prévention.

Pour ce qui est du dépistage génétique qui peut déterminer votre traitement, le type de traitement dont vous avez besoin, c'est un test plus facile et rapide à obtenir. Je voulais simplement dire que, malheureusement, même quand nous savons exactement ce qui fonctionne, l'accès demeure un enjeu.

**M. Majid Jowhari:** Je vous remercie. Je crois que c'est un point de vue complémentaire.

J'essaie toujours d'avoir une idée d'où se situe le Canada en matière de recherche. Il y a une entreprise dans ma circonscription qui a breveté une technologie qui permet d'utiliser le plasma sanguin pour détecter différents types de cancers et leur stade. J'essaie de comprendre où nous en sommes. Est-ce qu'il y en a une autre parmi vous qui a quelque chose à dire sur le sujet?

Docteur Simpson, vous voudrez peut-être dire quelque chose à ce sujet.

**Dre Andrea Simpson:** Oui. Je crois que la Dre Shannon Salvador, la présidente élue de la Société des gynécologues-oncologues du Canada, a témoigné devant le Comité plus tôt cette semaine. Selon moi, la recherche en général sur les cancers féminins tire de l'arrière et manque de ressources.

Prenons le cancer de l'endomètre. Chez les jeunes femmes, c'est souvent le premier diagnostic lié à l'obésité qu'elles reçoivent. Bon nombre de ces patientes ont le syndrome de Lynch, ce qui les met à risque d'autres types de cancer, comme le cancer colorectal et le cancer de l'ovaire.

Je crois qu'il y a eu de bonnes avancées pour mieux caractériser le cancer de l'endomètre au stade précoce, identifier les patientes et leur faire passer automatiquement un test de dépistage du syndrome de Lynch. Il y a aussi une meilleure caractérisation des personnes qui sont aussi plus à risque d'avoir un cancer de l'endomètre.

**M. Majid Jowhari:** Merci.

Docteur Ambreen Sayani, avez-vous quelque chose à dire à ce sujet?

**Dre Ambreen Sayani:** Je dirai simplement que toute forme de recherche, surtout si elle se fonde sur une médecine personnalisée, doit prendre en compte le point de vue du patient. Nous avons beau créer toute une panoplie d'interventions, de produits et de tests du plasma sanguin, si le patient juge le tout inacceptable ou s'il n'y a pas accès, nous avons perdu le nord. Il faut, dans le cadre de l'investissement en recherche, veiller à ce que la démarche soit axée sur le patient.

**M. Majid Jowhari:** Merci.

Je crois que mon temps de parole est écoulé.

**Le président:** En effet, il l'est. Merci.

[Français]

Madame Larouche, vous avez la parole pour six minutes.

**Mme Andréanne Larouche (Shefford, BQ):** Merci, monsieur le président.

Je remercie l'ensemble des témoins de leurs déclarations préliminaires. C'est toujours très inspirant, bien qu'il s'agisse d'un sujet extrêmement délicat. Je vais donc revenir à ce qui m'a frappée dans ce que chacune d'entre vous a dit.

Madame Sayani, vous avez abordé la question financière, la charge administrative, mais, au-delà de la charge administrative, on sait qu'il faut du temps pour guérir. Cela a des conséquences financières.

Je voudrais aborder la question de l'assurance-emploi et la raison pour laquelle le nombre de semaines dont bénéficient les gens qui souffrent d'un cancer pour se rétablir n'est pas suffisant en ce moment. Le Bloc québécois avait déjà déposé un projet de loi. En effet, 26 semaines ne suffisent pas, nous avions parlé de 50 semaines pour permettre aux gens d'avoir vraiment le temps de se rétablir en cas de maladie grave.

Pouvez-vous nous parler de l'importance d'enlever cette charge mentale et ce stress aux gens qui souffrent?

• (1140)

[Traduction]

**Dre Ambreen Sayani:** La toxicité financière est un lourd fardeau qu'une personne ayant reçu un diagnostic de cancer ne devrait pas avoir à porter. Je crois que c'est particulièrement important pour les femmes. En raison du rôle qui leur est dévolu dans la société, elles sont déjà plus à risque de perdre leur gagne-pain, d'être sous-payées et sous-employées.

Il faut accorder une attention marquée à leur situation financière au départ, et se demander dans quelle posture les place un diagnostic de cancer. Nous avons eu des patientes atteintes de cancer qui nous ont dit qu'elles avaient un emploi précaire ou qu'elles travaillaient comme contractuelles. Je crois que le marché du travail est de plus en plus incertain. Cette situation touche les femmes de façon disproportionnée.

Il s'agit de prendre dûment en considération la façon dont s'articule la structure des emplois et les répercussions financières d'un diagnostic de cancer pour les femmes. Est-ce que cela signifie qu'elles se retrouvent au chômage, sans avantages sociaux, qui, comme nous l'avons indiqué plus tôt, sont nécessaires pour avoir accès aux services de soutien dont elles ont besoin pour recevoir des traitements et des soins de bonne qualité et s'en sortir vivantes?

J'ai étudié tout particulièrement les prestations de maladie de l'assurance-emploi. Permettez-moi de citer une de mes patientes au sujet des 15 semaines: « C'est une gifle. » Cela compromet leur qualité de vie, car le traitement du cancer ne dure pas 15 semaines, il dure au moins 26 semaines, qui sont suivies par une année de convalescence. Il faut donc les appuyer tout au long du chemin avec des mesures financières pour qu'elles n'aient pas à choisir entre les médicaments, l'essence et l'épicerie ou à se soucier de ravaoir un bon emploi qui les soutient financièrement — avec des avantages sociaux — pendant leur convalescence.

[Français]

**Mme Andréanne Larouche:** Les études démontrent que même 26 semaines ne suffisent pas. C'est pour cela que nous parlions d'une cinquantaine de semaines; nous voulions laisser aux gens le temps de se remettre de tout cela.

Je suis porte-parole en matière de condition féminine.

Madame Sonea, vous avez abordé la question du travail non rémunéré et de ce que cela implique pour les proches aidants. Vous avez parlé d'un crédit d'impôt remboursable. Au-delà de cela, un groupe de femmes demande d'avoir une journée de reconnaissance du travail invisible pour réfléchir à cette question. Les cas des cancers, on le sait, ont énormément de répercussions sur les proches. L'implication des proches aidants est nécessaire, on ne peut pas traverser seul une épreuve comme celle d'avoir un cancer. Les conséquences sont énormes. Les femmes sont particulièrement touchées, et de façon disproportionnée.

En se donnant une journée de reconnaissance de ce travail invisible, on pourrait aussi réfléchir à toutes les façons de mieux reconnaître le travail invisible. Cela pourrait avoir un impact sur les proches aidants en cas de cancer.

[Traduction]

**Mme Helena Sonea:** Je vous remercie de votre question.

Nous sommes ravies de pouvoir en parler, car c'est un enjeu de santé bien féminin. Les femmes sont appelées de façon disproportionnée à prodiguer des soins. Je me réjouis d'avoir l'occasion de faire valoir cela aux personnes ici présentes aujourd'hui.

Nous savons que le soutien financier est le besoin le plus pressant signalé par les aidants. La recommandation visant à rendre le crédit d'impôt pour aidants familiaux fédéral remboursable est un pas en ce sens. Toutefois, nous pouvons en faire beaucoup plus.

À la Société canadienne du cancer, nous avons le privilège de côtoyer en permanence des personnes qui ont vécu cette situation ainsi que leurs proches. Un sondage que nous avons mené l'automne dernier nous a démontré que le besoin le plus criant des aidants, outre le soutien financier, est d'avoir des services de soutien en santé mentale. Bien souvent, les gens n'ont pas accès à cela et, bien souvent, les aidants ont un revenu fixe, ou sont sans revenu.

Il y a tellement de choses que nous pouvons faire. Je suis ravie que vous ayez parlé du régime d'assurance-emploi. Celui-ci offre

beaucoup de possibilités et nous pouvons continuer de faire bien des progrès de ce côté, notamment prolonger la prestation de maladie et faciliter l'accès au congé de soignant aux aidants. Même l'élimination de la période d'attente obligatoire d'une semaine avant de recevoir la prestation d'assurance-emploi serait une mesure possible et très concrète.

Nous recommandons aussi fortement d'élaborer des normes nationales. C'est un message que vous entendez peut-être en filigrane dans nos réponses, parce que nous n'avons pas les moyens de repérer et de comprendre où se situent les lacunes qui perdurent de manière à rendre des décisions stratégiques éclairées. Dans le cas du crédit d'impôt pour aidants familiaux, tout particulièrement, nous recommandons d'élaborer des normes nationales que le gouvernement et les employeurs pourront utiliser afin de mesurer et d'évaluer la réussite générale des programmes, des services et des mesures de soutien pour répondre aux besoins des travailleurs aidants.

Par exemple, nous nous sommes réjouis de la prolongation du congé de maladie, l'an dernier. Nous avons hâte d'en savoir un peu plus au cours des semaines et des mois à venir sur la façon dont ce changement de programme a été adopté au pays, par les gens qui habitent au Canada, et...

• (1145)

**Le président:** Merci, madame Sonea. Nous n'avons plus de temps.

**Mme Helena Sonea:** Nous pouvons en discuter davantage.

**Le président:** Madame McPherson, vous avez six minutes.

**Mme Heather McPherson (Edmonton Strathcona, NPD):** Merci beaucoup à vous tous d'être ici aujourd'hui.

Je suis nouvelle à ce comité. Je n'y ai jamais siégé. Merci à tous de m'avoir permis d'être ici et de participer. Vous vous êtes très bien comporté jusqu'à maintenant aujourd'hui — beaucoup mieux qu'au comité des affaires étrangères.

**Le président:** Ne nous portez pas malchance.

**Des voix:** Oh, oh!

**Le président:** Ne nous portez pas malchance, s'il vous plaît, madame McPherson.

**Mme Heather McPherson:** Je touche du bois...

En fait, je suis ici parce que je suis une survivante du cancer. Honnêtement, une grande partie des témoignages que nous avons entendus jusqu'à maintenant ont fait écho à ce que j'ai vécu en tant que personne qui a reçu un diagnostic de cancer du côlon à l'âge de 45 ans.

Pour moi... Vous avez parlé de détection précoce, d'accès et de capacité de dépistage et de traitement. Je pense que toute la conversation ici porte sur l'accès. J'ai eu beaucoup de chance: je remercie chaleureusement ma médecin. Elle a cru en moi lorsque je lui ai dit que quelque chose n'allait pas. Elle m'a fait passer des tests. J'ai reçu le traitement dont j'avais besoin et je n'ai plus le cancer.

Docteure Sayani, je vous ai écoutée lorsque vous avez parlé de l'accès et de la façon dont il diffère grandement pour les femmes selon les régions du pays où elles se trouvent. Nous n'avons pas de normes nationales, comme vous l'avez mentionné. Les groupes vivant en milieu rural, les Autochtones et les groupes marginalisés n'ont pas le même accès aux soins contre le cancer. À titre de recommandations pour le Comité, docteure Sayani, quelles sont les mesures à prendre pour atteindre l'équité en matière d'accès?

De plus, comment pouvons-nous tenir compte du fait que les soins de santé sont très coûteux et que certaines régions du pays ne peuvent pas offrir le même accès aux services de santé parce qu'elles n'en ont tout simplement pas les moyens? Comment pouvons-nous combler cet écart? Comment pouvons-nous utiliser les ressources dont nous disposons pour nous assurer que les femmes de tout le pays ont accès à des soins de santé?

Je vais commencer par vous, docteure Sayani, puis je céderai la parole aux autres, si cela vous convient.

**Dre Ambreen Sayani:** Je vous remercie de cette question.

Je tiens d'abord à saluer les incroyables travailleurs de première ligne qui sont en crise. Il y a beaucoup de gens très bien intentionnés qui font de leur mieux avec des ressources limitées et qui ont besoin de soutien de diverses façons pour renforcer les capacités. Je pense également que nous pouvons faire preuve de créativité dans la façon dont nous bâtissons sur les forces de notre pays. Ces forces peuvent différer d'une région à l'autre.

Je travaille à Toronto, où environ 50 % de la population a une langue maternelle autre que l'anglais ou le français, où 50 % de la population n'est pas née au Canada, où 20 % de la population vit avec un handicap et où environ 15 % a un faible revenu, mais où il y a des forces communautaires sur lesquelles nous pouvons nous appuyer.

Nous connaissons les centres de soins de santé communautaires. Leur modèle global n'est pas uniquement axé sur les médecins de famille. J'ai entendu à maintes reprises des patients dire que leur clinique de médecine familiale n'est pas leur point de service. Il y a d'autres personnes au sein de la collectivité vers qui ils se tournent pour obtenir des connaissances, des ressources et des renseignements. Alors, mettons en place ces champions communautaires. De qui s'agit-il? Il y a eu un programme très réussi d'ambassadeurs communautaires lié à la vaccination contre la COVID-19. Comment pouvons-nous tirer parti de certains de ces exemples? Le système de santé est déjà mis à rude épreuve. Comment pouvons-nous le soutenir pour qu'il fonctionne mieux et comment pouvons-nous renforcer la capacité qui l'entoure et la capacité communautaire afin que le système réponde aux besoins locaux des populations?

Il faut investir dans les centres de santé communautaires, s'inspirer d'autres modèles de soins, comme le programme des ambassadeurs communautaires, mettre en place des champions communautaires afin que les gens aient d'autres façons d'accéder à des renseignements et à des cheminements cliniques qui proviennent directement de la collectivité et qui sont intégrés au système de soins de santé.

**Mme Heather McPherson:** Oui, c'est un équilibre difficile à trouver parce que, bien sûr, nous devons utiliser les forces de chaque collectivité. Nous voulons qu'il y ait une certaine égalité et une certaine équité entre ces collectivités.

Docteure Anan, avez-vous quelque chose à ajouter à ce sujet?

• (1150)

**Dre Ghadeer Anan:** Je suis heureuse que la Dre Sayani ait pu prendre la parole en premier, car elle a dit exactement ce que je pense. Encore une fois, pour revenir aux régions rurales, il faut un village pour faire diagnostiquer un cancer et le traiter, et je constate que c'est ce sur quoi mes patients comptent le plus. De toute évidence, cela repose sur la bonté d'âme, mais nous pouvons nous appuyer là-dessus. Nous pouvons mettre en place des programmes qui soutiennent les gens qui sont prêts à offrir, disons, des déplacements en voiture à des gens qui n'ont pas accès à un véhicule ou qui n'ont pas les moyens de se payer un véhicule, et les rémunérer pour leur temps.

La même chose s'applique, disons, aux repas pour quelqu'un qui suit un traitement et qui a un programme en place, afin de veiller à ce qu'il ait suffisamment de nourriture, surtout lorsqu'il s'agit de personnes âgées. Comme nous le savons tous, le cancer est une maladie qui touche les personnes âgées.

Je suis d'accord avec la Dre Sayani. Nous devons sortir des sentiers battus et miser davantage sur la force de notre collectivité.

**Mme Heather McPherson:** Docteure Simpson, je vais vous donner la parole, mais j'aimerais aussi vous poser une question très rapidement.

Nous venons d'entendre que le cancer est une maladie qui touche les personnes âgées, mais nous savons également qu'il y a une augmentation du nombre de diagnostics chez les jeunes femmes — des femmes comme moi, qui contractent le cancer du côlon dans la quarantaine, et non à l'âge de 80 ans. Pourriez-vous parler également de cette réalité, s'il vous plaît?

**Dre Andrea Simpson:** Oui. Comme je l'ai mentionné, en ce qui concerne le cancer de l'endomètre, nous constatons que les femmes reçoivent un diagnostic de plus en plus jeunes. Pour en revenir aux questions d'accès, je pense que l'accès à des traitements hormonaux qui pourraient être préventifs, surtout chez les patientes que vous pouvez désigner à risque — les femmes atteintes du syndrome des ovaires polykystiques, par exemple, sont plus à risque, et un traitement hormonal pourrait aider à atténuer ce risque. Cependant, beaucoup de patientes n'ont pas les moyens de se payer des traitements hormonaux si elles n'ont pas d'assurance privée.

Je pense qu'il faut un meilleur accès public et des traitements hormonaux financés dans chaque province.

Je pense aussi qu'il devrait y avoir un meilleur accès à des interventions en cas de perte de poids, comme des cliniques qui peuvent offrir du counseling en la matière, des médicaments et, dans certains cas, une chirurgie bariatrique.

**Le président:** Merci, docteure Simpson.

**Mme Heather McPherson:** Je crois que mon temps est écoulé, mais je vous remercie.

**Le président:** Madame Goodridge, vous avez cinq minutes.

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

Je remercie tous les témoins de leur présence. Je vais commencer par la Dre Anan.

Vous avez parlé en particulier des mesures de soutien dans les régions rurales. Vous avez été très claire. Je suis née et j'ai grandi à Fort McMurray. Je suis vraiment une députée rurale. Mes deux parents ont dû subir leurs traitements contre le cancer à Edmonton, à cinq heures de route de leur maison, et je me souviens à quel point c'était plus compliqué parce que les gens ne font habituellement pas un voyage de 10 heures par jour. Nous le faisons, mais nous sommes un peu fous.

Je dis cela parce que c'est la réalité de bien des gens qui vivent dans les collectivités rurales. Je me demandais simplement si vous pouviez nous parler de certaines des pratiques exemplaires que vous avez observées, que ce soit dans la région de l'Atlantique ou ailleurs au pays, pour soutenir les patients des régions rurales qui reçoivent des soins très spécialisés contre le cancer dans les centres urbains.

**Dre Ghadeer Anan:** L'une des grandes choses sur lesquelles nous devons travailler, c'est l'offre de logements gratuits — d'hébergement gratuit. Comme vous l'avez mentionné, beaucoup de gens n'ont pas les moyens de faire ce voyage aller-retour de 10 heures. Ils ne peuvent pas se permettre de passer la nuit hors de chez eux pour recevoir leur traitement de cinq ou six heures. Le fait d'avoir des logements disponibles, rattachés à des cliniques ou à des centres de cancérologie ou très proches de ceux-ci, et d'offrir tout le soutien que cela sous-tend, comme un travailleur social pour aider à l'aspect financier, comme je l'ai déjà mentionné, et un psychologue, contribuerait à atténuer une grande partie de ce problème.

Je vais vous donner un exemple. Dans les deux centres du Nouveau-Brunswick qui dispensent la radiothérapie, il y a des auberges gratuites où le patient peut rester du lundi au vendredi, parce que la radiothérapie peut durer des semaines. C'est un traitement de cinq minutes, mais les gens ne peuvent pas faire des allers-retours tous les jours, cinq jours par semaine pendant cinq ou six semaines, alors on leur offre un hébergement gratuit pendant la semaine. Ces auberges ne sont cependant pas ouvertes les fins de semaine.

La même chose devrait s'appliquer aux autres traitements...

**Mme Laila Goodridge:** Merci. Je vous en suis reconnaissante.

En fait, à Edmonton, il y a la Sorrentino's Compassion House. C'est un programme vraiment génial. Il s'adresse aux femmes qui suivent un traitement, principalement pour le cancer du sein, mais aussi une variété de cancers. C'est un peu comme le Manoir Ronald McDonald, mais pour les femmes. C'est un endroit tellement spectaculaire. Si quelqu'un n'en a pas entendu parler, je lui recommande fortement de s'informer à ce sujet. Ce centre fait de la magie.

Nous avons eu beaucoup de chance lorsque ma mère a reçu son diagnostic. J'étais encore à l'université, alors elle est venue rester avec moi.

Pour simplifier un peu les choses, docteur Simpson, vous avez parlé de soins robotisés. Pourriez-vous nous dire exactement où se font actuellement les chirurgies robotisées au Canada? Voyez-vous une possibilité d'élargir cette pratique?

• (1155)

**Dre Andrea Simpson:** Je vous remercie de cette question.

Cette pratique est très peu répandue en ce moment. Je crois que l'Alberta a été la première province à avoir accès à la chirurgie robotisée. On la pratique aussi en Colombie-Britannique et dans quelques centres en Ontario, et je crois qu'elle commence à prendre

de l'expansion partout en Ontario depuis que le ministère de la Santé de l'Ontario a commencé à la financer.

**Mme Laila Goodridge:** C'est merveilleux.

J'ai lu un article cette semaine dans lequel on vous citait. Il y est question de l'écart de rémunération entre les chirurgies pratiquées sur des femmes et celles pratiquées sur des hommes. Pourriez-vous nous en dire un peu plus à ce sujet? J'espérais que vous diriez quelque chose à ce sujet dans votre déclaration préliminaire. Je pense qu'il serait très utile que le Comité en entende parler.

**Dre Andrea Simpson:** Malheureusement, de nombreux travaux ont démontré que les interventions pratiquées sur des patientes ne sont pas rémunérées au même niveau que celles pratiquées sur des hommes, même pour des interventions relativement similaires.

De nombreux facteurs entrent en ligne de compte, dont le fait que la plupart des gynécologues sont des femmes et que, notre spécialité devenant de plus en plus dominée par les femmes, nous n'avons malheureusement pas été rémunérées au même taux que les chirurgiens masculins d'autres spécialités. Il existe un écart de rémunération entre sexes et cela affecte la manière dont les soins sont prodigués aux patientes.

Je vous remercie d'avoir soulevé ce point. Je crois que cela a une grande importance dans les discussions portant sur les femmes et le cancer.

**Mme Laila Goodridge:** Pour que les choses soient bien claires, est-ce que vous recommandez que nous instaurions une plus grande équité salariale dans ce domaine? Comme nous allons finir par présenter un rapport à ce sujet, j'aimerais vraiment entendre ce que vous recommandez comme solution à ce problème.

**Dre Andrea Simpson:** Je pense que, pour commencer, il faudrait examiner les interventions figurant dans le barème des prestations dans les différentes provinces et les comparer à des interventions comparables sur des patients masculins, puis examiner l'équité salariale en ce qui concerne ces interventions. De nombreuses recherches cohérentes montrent aujourd'hui que ce problème s'étend à toutes les provinces. L'écart de rémunération est indéniable à l'heure actuelle, alors oui, j'apprécierais que ce point soit également inclus dans le rapport.

Il s'agit de la rémunération des chirurgiens qui pratiquent ces interventions, mais aussi de la manière dont les hôpitaux évaluent les interventions pratiquées. Il s'agit donc d'améliorer la santé des femmes dans ce domaine également.

**Le président:** Merci, docteur Simpson.

**Mme Laila Goodridge:** Merci.

**Le président:** Nous passons maintenant à Mme Sidhu.

Vous disposez de cinq minutes.

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

Avant de commencer à poser des questions aux témoins, je tiens à dire que nous savons que cette semaine est la semaine de la santé sexuelle au Canada. Je crois qu'il est approprié que je donne avis de la motion suivante:

Que le Comité affirme son soutien aux droits en matière de santé reproductive et sexuelle au Canada; reconnaisse que le droit à des soins reproductifs et sexuels sûrs et légaux est le droit aux soins de santé; condamne tout effort visant à limiter ou à supprimer les droits sexuels et reproductifs des Canadiens et souligne l'importance de protéger et d'élargir l'accès aux soins reproductifs et sexuels, y compris les avortements et les contraceptifs.

J'aimerais maintenant passer aux questions, monsieur le président. Ma question s'adresse à la Dre Simpson.

Docteure Simpson, vous avez parlé de programmes normalisés de sensibilisation dans les écoles secondaires afin que les jeunes filles sachent que la détection précoce est la clé. J'aimerais aussi parler du cancer des ovaires et de la manière dont le gène BRCA1 aide à détecter la prochaine génération et la manière dont s'effectue la mutation. Vous pouvez peut-être répondre à cela.

**Dre Andrea Simpson:** Merci beaucoup.

En ce qui concerne un programme national d'éducation en matière de santé, je crois que la question a été soulevée dans le cadre de cette étude sur la santé des femmes concernant l'endométriose et les douleurs pelviennes. Malheureusement, à l'heure actuelle, beaucoup de jeunes filles ont des règles douloureuses, abondantes ou irrégulières, et elles ne se rendent pas compte qu'il s'agit de quelque chose qui peut être traité pour améliorer leur qualité de vie. Je pense qu'il est important d'introduire ces concepts dès le plus jeune âge, en particulier chez les jeunes filles qui manquent probablement de nombreux jours d'école chaque mois à cause de leurs règles.

En ce qui concerne le cancer des ovaires, je ne suis ni chirurgienne ni oncologue et je ne peux donc pas répondre à votre question sur la mutation BRCA1. Je ne sais pas si une de mes copanélites souhaiterait y répondre.

• (1200)

**Mme Sonia Sidhu:** Docteure Sayani, souhaitez-vous dire quelque chose au sujet de la manière dont la mutation BRCA1 aide à détecter les stades précoces du cancer?

**Dre Ambreen Sayani:** Tout ce que je peux dire, c'est que j'ai étudié l'accessibilité des tests génétiques, et que ce qui compte vraiment, c'est le degré de sensibilisation des communautés à l'existence des tests génétiques. Pour citer un membre de la communauté: « Quand je regarde les publicités pour les tests génétiques, je ne me vois pas représenté, donc je ne savais même pas que cela s'appliquait à moi. »

Les communautés ne sont pas sensibilisées à cette question. En outre, lorsqu'elles accèdent aux filières de soins, les discussions ne sont pas toujours adaptées à leur culture.

Nous devons également réfléchir à la manière dont nous pouvons... Il ne s'agit pas seulement d'obtenir un résultat, mais aussi de soutenir les personnes dont le test est positif. À quoi ressemblent ces parcours de soins? Ce sont les travaux que j'ai étudiés, mais je n'étudie pas les marqueurs génétiques. J'étudie l'accès aux différents parcours de soins.

**Mme Sonia Sidhu:** Docteure Anan, souhaitez-vous ajouter quelque chose?

**Dre Ghadeer Anan:** Merci.

Ce que je peux ajouter, c'est que même lorsque les femmes viennent demander le test, comme je l'ai mentionné, mon expérience ici, au Canada atlantique, est qu'il n'y a pas assez de conseillers en génétique. Même lorsque j'envoie une demande de conseil génétique, la liste d'attente est d'environ 18 à 24 mois.

**Mme Sonia Sidhu:** Vous avez également parlé du manque de ressources dans les zones rurales pour l'accès rural. Quelle est votre recommandation à ce comité?

**Dre Ghadeer Anan:** Il devrait y avoir du financement pour davantage de conseillers en génétique afin de suivre l'augmentation de la population.

Malheureusement, en ce moment, l'obstacle et la raison du long temps d'attente, c'est qu'il n'y a pas assez de conseillers en génétique.

**Mme Sonia Sidhu:** Avez-vous d'autres recommandations, docteure Simpson?

Vous avez présenté trois très bonnes recommandations. Souhaitez-vous en parler?

Quelle est votre recommandation au Comité sur la façon d'obtenir une détection précoce de tout type de cancer? Nous savons que lorsque le cancer est au troisième ou au quatrième stade, il est difficile à gérer. Pouvez-vous également formuler des recommandations sur la manière de gérer les effets psychologiques?

**Dre Andrea Simpson:** Merci de votre question.

En ce qui concerne le diagnostic précoce, je pense que c'est l'accès à la biopsie de l'endomètre qui est en jeu. Il faut d'abord sensibiliser le public. Les patientes doivent savoir qu'elles doivent consulter leur médecin si elles présentent des anomalies menstruelles.

En ce qui concerne l'accès à la biopsie, il ne s'agit pas d'une procédure compliquée à réaliser en cabinet, mais je reconnais que de nombreux prestataires de soins primaires ne sont pas à l'aise pour réaliser ce test ou sont confrontés à d'autres obstacles financiers, peut-être, pour l'effectuer. Je pense que nous devrions examiner ces obstacles pour comprendre comment nous pouvons rendre la biopsie plus accessible aux patientes afin qu'elles n'aient pas nécessairement à attendre d'être référées à un gynécologue pour faire le test.

Les cliniques d'accès rapide... Nous n'avons pas de programme organisé pour recevoir rapidement ces patientes afin de leur faire subir une biopsie et déterminer si elles sont atteintes d'un cancer de l'endomètre. Je pense que nous devrions nous inspirer d'autres types de cancer — peut-être le cancer du sein — et de la manière dont ces soins ont été rationalisés pour permettre que ces patientes obtiennent un diagnostic plus rapidement.

En ce qui concerne les aspects psychosociaux et psychologiques de la guérison, j'en vois beaucoup dans ma pratique. Les patientes ont vraiment du mal à accepter le diagnostic lié à leur obésité, car je pense que ce diagnostic s'accompagne d'une grande culpabilité et d'un sentiment qu'elles auraient peut-être dû faire quelque chose pour l'éviter plus tôt.

En général, je n'aborde pas la question de l'obésité avec mes patientes avant l'opération. Nous les traitons d'abord, puis beaucoup d'entre elles m'interrogent plus tard sur l'accès à des ressources de perte de poids pour prévenir d'autres complications de l'obésité et améliorer leur qualité de vie en général. Améliorer l'accès aux traitements de perte de poids serait un autre domaine où je pense que nous pouvons faire mieux.

• (1205)

**Le président:** Merci, docteure Simpson.

Merci, madame Sidhu.

[Français]

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

**Mme Andréanne Larouche:** Merci beaucoup, monsieur le président.

Je vais continuer le tour que je fais de l'ensemble des témoins.

Madame Van Dusen, vous avez abordé la question du cancer du col de l'utérus. La vaccination existe maintenant. Je fais partie de cette génération qui a été sensibilisée au vaccin contre le VPH et qui a pu bénéficier. L'Organisation mondiale de la santé a aussi appelé à l'élimination mondiale du cancer du col de l'utérus, notamment parce que nous pouvons maintenant le prévenir en grande partie au moyen de la vaccination.

Le Canada est-il en voie d'atteindre les objectifs fixés par l'Organisation mondiale de la santé d'ici 2030?

J'avais déjà posé cette question à un autre groupe de témoins, mais j'aimerais entendre votre réponse à cette question.

[Traduction]

**Mme Ciana Van Dusen:** Comme je l'ai mentionné dans nos remarques, après une baisse du taux d'incidence du cancer du col de l'utérus pendant 30 ans, celui-ci a augmenté de 3,7 % depuis 2015.

Le cancer du col de l'utérus est aujourd'hui le cancer féminin qui augmente le plus rapidement, ce qui est très préoccupant, d'autant plus que nous avons reconnu qu'il est très facilement évitable grâce à la vaccination et au dépistage.

C'est pourquoi nous nous adressons à vous aujourd'hui, dans l'espoir de faciliter le passage du test Pap au test de dépistage du VPH et d'encourager la vaccination des enfants admissibles dans leur province, garçons et filles.

Comme vous l'avez dit, nous avons réalisé des progrès incroyables dans ce domaine jusqu'à présent, et nous devons donc poursuivre sur cette lancée afin d'inverser la tendance.

[Français]

**Mme Andréanne Larouche:** Comme vous le dites, il y a les tests Pap, mais il y a aussi ceux qu'on peut faire soi-même à la maison. Il existe donc d'autres façons.

Somme toute, malgré l'augmentation du nombre de cas, votre ton était quand même très positif pour ce qui est des solutions. Bien que nous ayons des solutions très positives pour ce type de cancer, quels obstacles devrions-nous franchir pour que ce chiffre...

Vous avez parlé de tests de détection à faire soi-même, mais avez-vous d'autres avenues à nous suggérer?

[Traduction]

**Mme Ciana Van Dusen:** Pour l'instant, nous demandons vraiment à Santé Canada d'approuver l'autodépistage.

Nous savons que certaines provinces — la Colombie-Britannique et l'Île-du-Prince-Édouard — vont de l'avant avec ou sans cette approbation. Cependant, d'autres provinces et territoires ont déclaré que cela constituait un obstacle à leur capacité à faire passer ce test aux Canadiens. Il s'agit donc d'un élément très concret sur lequel nous pouvons agir aujourd'hui pour rendre ce test plus accessible.

**Le président:** Merci, madame Van Dusen.

[Français]

Merci, madame Larouche.

[Traduction]

Nous passons maintenant à Mme McPherson.

Allez-y. Vous avez deux minutes et demie.

**Mme Heather McPherson:** Merci.

Merci encore pour vos témoignages d'aujourd'hui.

De toute évidence, le Nouveau Parti démocratique du Canada exerce beaucoup de pressions pour que l'assurance-médicaments fasse partie de notre programme d'assurance-maladie.

Alors que nous parlons d'accès et de tests en dehors des cabinets médicaux et autres, je me demande ce qu'il en est de l'accès aux produits pharmaceutiques et comment nous pourrions l'améliorer. À quoi cela ressemblerait-il pour les patientes atteintes de cancer?

Je commencerais avec vous, docteure Sayani.

**Dre Ambreen Sayani:** De plus en plus de traitements contre le cancer sont administrés en dehors du cadre des soins de santé. Lorsqu'ils sont administrés en milieu hospitalier, les médicaments sont couverts, mais lorsqu'il s'agit de médicaments à prendre à domicile, en particulier les médicaments de soutien qui améliorent la qualité de vie, ils sont couverts par les régimes d'assurance-médicaments ou la patiente les paie de sa poche.

Lorsque nous examinons la question sous l'angle de l'équité, nous constatons que les femmes sont moins susceptibles de bénéficier de ces régimes d'assurance-maladie et qu'elles ont également moins de chances d'avoir l'argent nécessaire. Il s'agit vraiment de savoir qui est le plus touché par l'absence d'une politique d'assurance-médicaments. Cela améliorerait l'accès pour tous et la capacité à être traité et à survivre au cancer s'il n'y avait pas le stress lié à l'accès.

**Mme Heather McPherson:** Comme vous l'avez dit, les femmes sont moins susceptibles d'avoir des régimes d'assurance-médicaments qui couvrent ces médicaments et elles sont également moins susceptibles d'avoir des revenus en conséquence. Si l'on ajoute à cela les femmes marginalisées, les femmes des localités nordiques éloignées et les femmes en situation de pauvreté, les chiffres augmentent.

Je remarque que vous acquiescez. Puis-je vous demander votre avis à ce sujet?

• (1210)

**Mme Helena Sonea:** Absolument. Nous sommes très reconnaissants de l'occasion qui nous est donnée de parler de cette question importante, car une occasion incroyable se présente à nous.

Nous tenons à nous assurer que tout programme proposé comporte des mesures de protection de l'accès actuel et qu'il ne comporte pas d'obstacles administratifs supplémentaires auxquels les personnes atteintes d'un cancer et leurs proches seraient confrontés en voulant accéder à la très vaste mosaïque déjà offerte. Pour nous, il s'agit avant tout de ne pas augmenter ce seuil.

**Mme Heather McPherson:** Merci.

**Le président:** Monsieur Kitchen, vous disposez de cinq minutes.

**M. Robert Kitchen (Souris—Moose Mountain, PCC):** Merci.

Merci à tous d'être là. Nous vous en sommes très reconnaissants.

C'est intéressant, surtout avec la présence des représentantes de la Société canadienne du cancer parmi nous et avec les discours que vous tenez. Je vous en remercie. Nous avons parlé des écouvillons et, en particulier, de l'option de l'autodépistage, des difficultés que vous rencontrez avec les écouvillons et du fait qu'il est prescrit que les écouvillons soient utilisés par un professionnel de la santé, quoique cela puisse être modifié, je suppose.

Si l'on se reporte à l'époque de la COVID, nous nous sommes soudainement retrouvés à court d'équipement de protection individuelle, d'écouvillons et ainsi de suite. C'était un énorme défi. Le gouvernement est intervenu en indiquant qu'il allait verser un tas d'argent à un tas d'entreprises au pays pour qu'elles accélèrent leur production, qu'elles fabriquent les produits et les expédient... Voilà qu'on apprend qu'une poursuite est intentée alors que cela ne s'est pas matérialisé.

À ce propos, je voudrais aborder l'aspect de l'écouvillon. Vous dites que Santé Canada devrait s'en charger. Avez-vous discuté de cette question avec Santé Canada?

**Mme Ciana Van Dusen:** Je n'ai pas eu l'occasion de le faire et je ne sais pas si quelqu'un d'autre dans notre organisation l'a fait.

**Mme Helena Sonea:** Nous avons la chance de faire partie d'une vaste communauté grâce au Partenariat canadien contre le cancer, qui organise des rencontres de réseautage sur le dépistage individuel afin de rassembler divers intervenants gouvernementaux et diverses organisations comme la nôtre. C'est au cours de ces discussions qu'il nous a été signalé qu'il s'agissait d'une lacune. Nous n'avons pas encore abordé cette question avec Santé Canada, mais il est certain que nous en ferons dorénavant une priorité.

**M. Robert Kitchen:** Merci.

Je vous encourage à le faire, parce que je pense que c'est une question qui doit être portée à leur attention de manière à ce qu'on puisse y remédier rapidement et à ce qu'on fournisse des trousseaux d'auto... Comme vous l'avez dit, une personne vulnérable reçoit tout à coup un formulaire et se dit « c'est sûrement... je ne vais pas l'utiliser ». Cela suscite la peur chez ces personnes, en plus d'ajouter aux retards et à l'impossibilité d'effectuer ces autodépistages, alors qu'il serait possible de les faire. C'est un aspect qui permettra de protéger les femmes. Je l'encourage. Voilà une recommandation que nous pourrions éventuellement formuler.

À cet égard, pour ce qui est de la question de la fourniture de ces trousseaux d'autodépistage, en tant que praticien, j'ai souvent constaté que les patientes sont très craintives. Il s'agit de les sensibiliser. Comment sensibiliser les femmes à une chose simple — peut-être que la Dre Simpson voudra également aborder ce sujet — comme la chirurgie robotisée? Tout à coup, cette nouveauté apparaît. Les gens la voient à la télévision, dans les films et ainsi de suite, mais ils la craignent. C'est le cas de certaines populations. Qu'en pensez-vous? Comment sensibiliser les gens pour faire disparaître leurs craintes?

Commençons par la Dre Simpson.

**Dre Andrea Simpson:** En ce qui concerne la chirurgie robotisée, il s'agit d'une technologie largement disponible aux États-Unis, mais il y a eu des obstacles à son introduction au Canada, principalement en raison du coût. Je pense que nous devons faire preuve de discernement dans l'utilisation de la robotique au Canada. Je ne recommande pas de l'utiliser pour tous les patients. Je pense que c'est destiné aux patients qui en bénéficieraient le plus.

Dans ma pratique, je n'ai pas constaté beaucoup de craintes liées à la chirurgie robotisée lorsque j'en parle aux patients. Je pense que c'est une technologie très bien étudiée. Voilà donc les limites que nous avons rencontrées au Canada jusqu'à présent.

Je ne sais pas si cela répond à votre question.

• (1215)

**M. Robert Kitchen:** Je vous remercie de votre réponse.

Docteure Anan, je vous suis reconnaissant de vos observations, en particulier d'un point de vue rural. Je viens d'une région très rurale. La plus grande collectivité de ma circonscription, qui s'étend sur 43 000 kilomètres carrés, compte environ 12 000 habitants. Lorsque mes concitoyens sont confrontés à des choses... Lorsque les femmes vont voir leur médecin... pour commencer, quoiqu'ils soient bien renseignés, les médecins de ma circonscription ne sont pas spécialisés dans ce domaine. C'est un énorme défi pour elles lorsque la maladie est diagnostiquée ou, comme nous l'a dit la Dre Sayani, il peut arriver que le médecin ne s'en préoccupe pas, parce qu'il ne pense pas qu'il s'agit d'un problème grave.

Ces défis sont majeurs, non seulement du point de vue du médecin, mais aussi de celui de la rééducation, comme vous l'avez indiqué. Il s'agit de s'assurer que l'on dispose du physiothérapeute spécialisé dans la rééducation dont on peut avoir besoin dans certaines situations ou en cas de cancer du sein et ainsi de suite.

Pourriez-vous nous faire part de vos observations à cet égard?

**Le président:** Donnez une réponse brève, s'il vous plaît.

**Dre Ghadeer Anan:** Certainement.

Les restrictions ne sont pas seulement dues au fait qu'une patiente est ignorée ou quelque chose du genre. Parfois, les femmes ne consultent même pas un médecin — surtout dans les régions rurales, comme on l'a déjà dit — parce qu'elles sont des aidantes, parce qu'elles n'en ont pas les moyens, parce qu'il faut, par exemple, que leur fils ou leur fille prenne un jour de congé pour les emmener voir le médecin, puis le spécialiste, et ainsi de suite. Malheureusement, il y a beaucoup de restrictions financières, en plus, bien sûr, de la stigmatisation qui accompagne la maladie et du fait que les femmes sont des aidantes.

Je ne sais pas si c'est assez bref.

**Le président:** Je ne vous ai pas interrompue, c'est donc le cas.

Monsieur Powlowski, vous disposez de cinq minutes.

**M. Marcus Powlowski (Thunder Bay—Rainy River, Lib.):** Ma question s'adresse aux représentantes de la Société canadienne du cancer.

Quel est le pourcentage de décès par cancer attribuable au tabagisme, et quand ce chiffre a-t-il été établi?

**Mme Helena Sonea:** Si vous le voulez bien, nous aimerions inviter Rob Cunningham à répondre à cette question, dans la mesure du possible.

**M. Rob Cunningham (analyste principal des politiques, Société canadienne du cancer):** Trente pour cent des décès par cancer sont dus au tabagisme. Chez les femmes, il ne s'agit pas seulement du cancer du poumon et du cancer colorectal, mais aussi du cancer du col de l'utérus et du cancer de l'ovaire. Au total, 16 types de cancer sont causés par le tabagisme.

**M. Marcus Powlowski:** Ces chiffres sont-ils en hausse ou en baisse? J'aurais pensé qu'ils étaient en baisse, mais ne constatons-nous pas une augmentation du nombre de fumeurs, surtout chez les jeunes?

**M. Rob Cunningham:** La bonne nouvelle, c'est que l'on constate une diminution du tabagisme chez les femmes et les filles, de sorte que les taux de mortalité par cancer du poumon diminuent maintenant chez les femmes. Chez les hommes, ces taux diminuent depuis très longtemps. La hausse du tabagisme est une tragédie, de même que celle du cancer du poumon et d'autres cancers liés au tabagisme, mais les tendances sont bonnes.

**M. Marcus Powlowski:** Changeons maintenant de sujet.

Quelqu'un peut-il me dire combien nous dépensons au Canada pour la recherche visant à améliorer le dépistage et le traitement du cancer? Permettez-moi d'abord de dire que *La Presse* a récemment publié un article sur le pourcentage du PIB consacré à la recherche et au développement, en comparant le Canada à d'autres pays. Nous ne nous en sortons pas très bien. Nous sommes bien en dessous de la moyenne de l'OCDE et en dessous de la Chine. Nous dépensons moins de la moitié de ce que dépensent les États-Unis et environ un quart de ce que dépense la Corée du Sud. Nous consacrons 1,5 % — c'était autrefois 2 % — à la recherche et au développement.

Quel est le montant de nos dépenses consacrées à la recherche et au développement liés au cancer, et devrait-on l'augmenter? L'administration Biden a annoncé qu'elle tenterait d'éviter quatre millions de décès dus au cancer d'ici 2047. Le Canada devrait-il s'engager à faire quelque chose du genre et à consacrer plus d'argent à la recherche et au développement?

Ce que je dis ne peut pas être pris en compte, mais ce que vous dites peut l'être, alors j'aimerais entendre ce que vous avez à dire. J'espère que vous allez tous dire « oui ».

**Mme Helena Sonea:** Nous serions tout à fait favorables à une initiative semblable au Canada, c'est certain. La Société canadienne du cancer, qui est une organisation caritative, investit plus de 50 millions de dollars par année. Or, le gouvernement fédéral a de nombreuses possibilités d'accroître les investissements dans la recherche sur le cancer.

**M. Marcus Powlowski:** Savez-vous combien le Canada investit en ce moment?

**Mme Helena Sonea:** De mémoire, non, mais je serais heureuse de vous fournir des chiffres précis plus tard dans la journée, c'est certain.

• (1220)

**M. Marcus Powlowski:** J'aimerais entendre rapidement les observations des autres médecins du panel, celles qui sont en ligne et la Dre Sayani.

**Dre Ambreen Sayani:** Il est important de mettre l'accent sur la prévention et le dépistage précoce, car c'est là que l'on peut faire le plus de progrès. Ces domaines sont actuellement moins bien financés que d'autres dans le continuum des soins contre le cancer. Il faut donc redoubler d'efforts et d'investissements à cet égard.

**M. Marcus Powlowski:** Docteur Simpson et docteur Anan, allez-y.

**Dre Andrea Simpson:** Je suis d'accord. Pour les cas où il existe des facteurs de risque bien définis et pour les cancers, comme ceux de l'endomètre et du col de l'utérus, pour lesquels on constate mal-

heureusement une hausse de l'incidence, voilà où notre attention doit se porter.

**Dre Ghadeer Anan:** Je ne veux pas toujours chanter le même refrain, mais, s'il est difficile d'accéder à des conseils et à des soins médicaux, on devient moins susceptible de participer à la recherche et aux essais cliniques, même lorsqu'ils sont disponibles.

**M. Marcus Powlowski:** J'aimerais vous interroger brièvement sur le soutien aux familles et aux aidants. Si je me souviens bien, Mme Sonea a parlé du lourd fardeau qui pèse sur les femmes aidantes. Si un membre de la famille est atteint d'un cancer, il faut probablement que quelqu'un reste à la maison pour s'en occuper. J'ai fait des recherches sur le crédit d'impôt fédéral pour aidants familiaux, et il semble que celui-ci s'élève à 10 500 \$, ce qui n'est pas négligeable, mais c'est tout de même un crédit d'impôt. Ce crédit est-il suffisant et devrait-il être majoré?

**Mme Helena Sonea:** C'est une excellente question. Je vous remercie d'y avoir prêté attention.

Au final, rendre ce crédit d'impôt remboursable, quelle que soit la tranche d'imposition des bénéficiaires, leur permettrait de récupérer l'argent, et non seulement de réduire le montant d'impôt qu'ils doivent. Cette nuance précise aurait une incidence directe sur ceux qui doivent prendre des congés, se placer dans une situation d'invalidité à court terme ou toucher la prestation de compassion.

**M. Marcus Powlowski:** Auparavant, sous les conservateurs, c'était un crédit d'impôt, mais nous en avons fait une prestation qui est versée aux bénéficiaires.

Vous proposez de remplacer le crédit d'impôt de 10 500 \$ par une somme équivalente qui serait versée directement aux bénéficiaires.

**Mme Helena Sonea:** Il y a la prestation de compassion, que nous avons été heureux de voir passer, si je me souviens bien, en 2016, de six à 26 semaines. C'est une excellente mesure, car nous souhaitons harmoniser cette prestation avec la prestation de maladie pour faire en sorte que les aidants et les patients puissent en bénéficier pendant une période équivalente.

Bien qu'il soit toujours possible d'améliorer les choses dans ce domaine, notre objectif est de faire en sorte qu'un adulte puisse récupérer un montant d'environ 1 100 \$ s'il s'occupe d'une personne à charge, généralement un adulte, et un montant d'environ 2 300 \$ s'il s'agit d'un enfant.

**Le président:** Merci.

**Mme Helena Sonea:** Il y a beaucoup de nuances à apporter, mais je serais heureuse d'en discuter davantage.

**Le président:** Je vous remercie.

M Ellis, vous avez cinq minutes, s'il vous plaît.

**M. Stephen Ellis (Cumberland—Colchester, PCC):** Merci beaucoup, monsieur le président.

Je remercie tous les témoins de leur présence. Nous abordons ici un grand nombre de questions très vastes.

Dre Anan, j'aimerais commencer par vous. La Dre Simpson a souligné l'importance de la téléchirurgie robotisée dans l'ensemble du pays à l'exception de la région la plus importante, et il s'agit bien entendu du Canada atlantique. Je viens de la Nouvelle-Écosse.

Si vous les connaissez, pouvez-vous nous parler des programmes de chirurgie robotisée au Canada atlantique?

**Dre Ghadeer Anan:** Malheureusement, ce n'est pas le cas. Comme je ne soigne pas les cancers gynécologiques, je dois admettre que je ne suis pas au courant de ce qui existe à l'heure actuelle.

**M. Stephen Ellis:** Merci.

Dre Simpson, avez-vous une observation à faire à ce sujet, pas seulement pour exprimer vos regrets, mais pour mettre en lumière les programmes qui existent?

**Dre Andrea Simpson:** En fait, bien que cela devrait être le cas, je ne pense pas que ce type de programme soit actuellement disponible au Canada atlantique.

**M. Stephen Ellis:** Je pense que ce type de programme est disponible à Halifax, mais bon.

Dre Simpson, pour le bénéfice des analystes et des Canadiens qui suivent nos travaux, pourriez-vous nous donner quelques exemples des disparités qui existent entre les interventions chirurgicales effectuées sur les hommes et celles qui sont effectuées sur les femmes, ainsi que des exemples d'inégalités salariales?

**Dre Andrea Simpson:** Certainement. En se fondant sur des études antérieures, un groupe s'est récemment penché sur la rémunération des interventions pratiquées généralement sur des hommes, comme l'ablation de la prostate, comparativement à la rémunération des interventions qui sont généralement pratiquées sur des femmes, comme l'hystérectomie, dans l'ensemble du Canada.

Il en est ressorti que dans l'ensemble des provinces et pour l'ensemble de ces interventions, les chirurgies pratiquées sur les femmes sont nettement moins bien rémunérées. Il s'agit de la rémunération du chirurgien.

Ce que nous pouvons faire, afin de favoriser une meilleure équité salariale chez les chirurgiens et de veiller à ce qu'ils prodiguent les meilleurs soins possible à leurs patients, serait de promouvoir l'équité salariale dans l'ensemble des provinces pour faire en sorte que le sexe du patient n'influence pas les décisions relatives à la rémunération de ces interventions. C'est un dossier très complexe, mais je pense que ce serait la première chose à faire pour promouvoir l'équité salariale.

• (1225)

**M. Stephen Ellis:** Merci, Dre Simpson.

Vous avez fait de recherches sur la question. Pourriez-vous nous envoyer ce document et le remettre au comité, s'il vous plaît?

**Dre Andrea Simpson:** Oui, je serai heureuse de vous le faire parvenir.

Nous avons effectué des recherches sur l'écart de rémunération entre les chirurgiens et les chirurgiennes dans l'ensemble de l'Ontario, ainsi que sur les tendances qui se dégagent en matière d'orientation des patients, ce qui peut expliquer en partie cet écart de rémunération. Je me ferai un plaisir de vous transmettre ces documents.

**M. Stephen Ellis:** Je vous en remercie.

Dre Anan, j'aimerais revenir à vous.

Nous avons beaucoup parlé de la disponibilité des services dans les régions rurales et éloignées des Maritimes. Or, vous avez omis de souligner la chirurgie de reconstruction, qui est un aspect important du traitement du cancer du sein.

Pouvez-vous nous parler de la disponibilité de ce type d'intervention?

**Dre Ghadeer Anan:** Oui, certainement.

Le premier obstacle est la pénurie de chirurgiens plasticiens. Les chirurgiens plasticiens pratiquent notamment la chirurgie esthétique en cabinet privé et ce n'est pas quelque chose qui est très en demande dans les zones rurales. Ce qui se passe et ce à quoi mes patients sont confrontés est causé par la pénurie de chirurgiens plasticiens.

Idéalement, afin d'optimiser les résultats esthétiques et de minimiser la convalescence de la patiente, il faut faire en sorte que la chirurgie proprement dite, effectuée par le chirurgien général, soit réalisée en même temps que la chirurgie de reconstruction. Bien que cela devrait être la norme, ce n'est malheureusement pas le cas à l'heure actuelle en raison de la pénurie de chirurgiens plasticiens, ce qui aggrave les répercussions psychologiques négatives associées à une mastectomie et au fait de ne plus avoir de poitrine pendant une période indéterminée, dans l'attente d'une chirurgie plastique.

**M. Stephen Ellis:** Merci.

J'ai une question à poser rapidement aux représentants de la Société canadienne du cancer.

Au Canada, les sachets de nicotine sont devenus facilement accessibles; les mineurs et, bien entendu, les femmes peuvent s'en procurer légalement depuis l'été dernier. Le ministre de la Santé s'est engagé à revenir sur cette décision et à rectifier le tir.

Quels progrès ont été réalisés pour les Canadiens par rapport à cette décision?

**Rob Cunningham (Société canadienne du cancer):** Merci, Dr Ellis et Mme Goodridge, pour les déclarations que vous avez faites publiquement à ce sujet. C'est quelque chose qui vous préoccupe beaucoup.

La Colombie-Britannique et le Québec n'autorisent désormais la vente de ces produits que dans les pharmacies, et ils y sont gardés derrière le comptoir. Il nous faut une mesure nationale, qui s'applique à l'ensemble du Canada. Dans ces deux provinces, la vente de ces produits est autorisée aux mineurs.

Nous sommes préoccupés par la lenteur des décisions. Il faut agir le plus rapidement possible pour que ces produits aux saveurs de fruits tropicaux et de baies, qui sont très populaires chez les jeunes filles et chez les garçons, ne soient plus aussi facilement disponibles.

**M. Stephen Ellis:** Merci.

**Le président:** Merci.

[Français]

Madame Brière, vous avez la parole.

[Traduction]

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

[Français]

Je salue tous nos témoins et les remercie de se joindre à nous pour cette importante étude.

Le 8 février dernier, un article dans *La Presse* soulevait les inquiétudes vécues par les femmes dans l'attente d'un diagnostic. On sait que beaucoup de choses sont faites lorsque le diagnostic est tombé. Un plan d'action et une prise en charge sont mis en place.

Cependant, lorsque les tests ont été faits et que les résultats se font attendre, cela suscite beaucoup de questions: quel serait l'impact d'un diagnostic de cancer? Le cancer pourrait-il empirer dans l'attente du diagnostic? Sera-t-il trop tard? Qui va pouvoir nous aider?

Trouvez-vous que ces femmes sont laissées à elles-mêmes? Qu'en est-il de la période entre le moment où elles font les tests et le moment où elles reçoivent un diagnostic?

[Traduction]

**Mme Helena Sonea:** C'est une excellente question. Je vous en remercie.

Je pense qu'il s'agit vraiment d'une question de santé mentale, car on sait que le fait de recevoir un diagnostic de cancer peut bouleverser la vie d'une personne et de sa famille. Nous devons renforcer les services de soutien en santé mentale et veiller à ce que personne ne soit laissé pour compte pendant cette période très difficile, dans l'attente de la prochaine étape du traitement. C'est un rôle qui nous incombe à tous, qu'il s'agisse des différents paliers de gouvernement ou des organisations communautaires comme la nôtre.

La Société canadienne du cancer a la chance de mettre une ligne téléphonique d'information sur le cancer à la disposition du public. C'est un excellent service qui permet de parler à un intervenant, généralement une ancienne infirmière en oncologie ou un ancien travailleur social. Ils sont en mesure d'expliquer tous les aspects de la maladie et d'orienter les patients vers les services de soutien disponibles dans leur communauté, car nous avons déjà discuté de l'importance de recevoir des soins dans son milieu. Ce service est offert dans plus de 200 langues.

C'est un exemple concret de la manière dont nous pouvons tous collaborer. En effet, comme vous l'avez clairement indiqué, l'aspect de la santé mentale est absolument primordial. Nous devons continuer à en parler et à insister sur l'importance de celle-ci, car ce n'est pas un problème qui se règle de lui-même.

Même lorsqu'on a terminé son cheminement thérapeutique, il subsiste toujours une incertitude. Qu'en sera-t-il dans cinq ans ou dans 10 ans? Quelles en seront les conséquences pour mes enfants et quelles peuvent en être les complications? Il y a beaucoup de choses sur lesquelles on peut collaborer.

• (1230)

**Mme Élisabeth Brière:** Merci beaucoup.

[Français]

Je me suis impliquée pendant plusieurs années dans le conseil d'administration d'une maison de soins palliatifs dans ma circonscription, à Sherbrooke, qui s'appelle La Maison Aube-Lumière.

On y a accueilli de jeunes mamans dont l'espérance de vie était de moins de trois mois. On y offre un soutien à la famille, particulièrement aux jeunes enfants qui se retrouveront parfois orphelins.

J'aimerais alors vous entendre sur l'importance d'accompagner les familles après le décès d'un proche.

[Traduction]

**Mme Helena Sonea:** Merci beaucoup d'avoir mis en lumière cet aspect extrêmement important du parcours thérapeutique. Le continuum de soins associés au cancer est particulièrement large. Je pense que le volet santé mentale doit englober le deuil.

Nous savons que les Canadiens atteints d'un cancer sont trois fois plus susceptibles de recevoir des soins palliatifs. Nous pouvons en faire beaucoup plus.

J'apprécie énormément l'occasion qui m'est donnée d'aborder la question des lits en soins palliatifs. Il n'y en a pas assez dans les établissements de notre pays. En octobre dernier, la Société canadienne du cancer a publié un rapport qui met en évidence les lacunes qui existent dans ce domaine dans les provinces et les territoires.

Selon les pratiques exemplaires définies notamment par la vérificatrice générale de l'Ontario, il faudrait sept lits de soins palliatifs pour 100 000 habitants. D'après notre estimation, qui date de la fin mai 2022, il n'y en a environ que quatre pour 100 000 habitants. Cela ne tient absolument pas compte des difficultés que connaissent les communautés rurales et éloignées et les services de soins communautaires dispensés dans le milieu choisi par le patient. Je tiens à préciser, pour être juste envers la Colombie-Britannique, que les chiffres de cette province à ce chapitre sont bien meilleurs.

Nous sommes très heureux que Santé Canada ait publié, en décembre, un rapport sur les progrès réalisés dans le domaine des soins palliatifs au Canada. Il y a encore beaucoup à faire, notamment en ce qui concerne le deuil.

Nous demandons au gouvernement fédéral de débloquer 7,5 millions de dollars sur trois ans afin d'améliorer les données et les normes nationales en matière de soins palliatifs, d'élaborer un répertoire national permettant de localiser les services de soins palliatifs dans l'ensemble du pays et d'investir dans la recherche, l'éducation et la formation en matière de soins palliatifs.

**Le président:** Merci à vous deux.

[Français]

Nous poursuivons avec Mme Larouche.

Vous avez la parole pour deux minutes et demie.

**Mme Andréanne Larouche:** Merci beaucoup, monsieur le président.

Les questions sur la recherche qui ont été posées précédemment m'ont fait penser à une nouvelle publiée ce matin.

Ma question s'adresse d'abord à vous, madame Simpson, parce que vous avez beaucoup parlé de la recherche, du syndrome des ovaires polykystiques, de chirurgie robotique et de thérapie hormonale. Tout cela est le fruit de recherche scientifique. Nous nous entendons là-dessus.

Ce matin, Radio-Canada a publié un article, qui s'intitule « Une génération de chercheurs perdue, faute de financement »

On y dit ceci:

Une centaine de chercheurs de tous les horizons ont uni leurs voix dans une lettre envoyée au ministre fédéral François-Philippe Champagne pour lui demander d'agir immédiatement afin de redonner au Canada sa place parmi les leaders de la recherche scientifique dans le monde.

Une centaine de chercheurs, ce n'est pas rien. Parmi les chercheurs, il y a des gens du domaine de la santé, notamment un neurochirurgien dont le témoignage figure dans la lettre.

Aujourd'hui, on parle de la santé des femmes. On sait que la recherche est cruciale et que certains cancers, notamment le cancer des ovaires, sont encore beaucoup trop mortels. Bref, la recherche est essentielle.

Madame Simpson, quel est votre avis quant à cette lettre ouverte et cette demande faite au ministre de l'Innovation, des Sciences et de l'Industrie, M. François-Philippe Champagne?

Je commence par Mme Simpson parce qu'elle a abordé la question des nouvelles technologies, toutefois, si quelqu'un d'autre veut répondre à ma question, je l'invite à le faire.

• (1235)

[Traduction]

**Dre Andrea Simpson:** Merci pour cette question. J'aimerais entendre ce que les autres témoins ont à dire à ce sujet.

Oui, le financement de la recherche a subi d'importantes réductions. Je pense que si nous voulons vraiment rester compétitifs en matière de recherche au niveau international, nous devons rétablir ce financement pour tous les types de cancer. Nous parlons aujourd'hui principalement des disparités dans les recherches sur les cancers féminins. Nous devons combler les lacunes historiques de la recherche sur les cancers féminins en augmentant le financement dans ce domaine particulier.

L'une de vous souhaite-t-elle ajouter quelque chose?

**Mme Helena Sonea:** Je peux faire un commentaire.

La semaine dernière, nous avons pu rencontrer certaines parties prenantes pour parler des étudiants de troisième cycle qui choisissent de quitter le pays parce qu'ils ne bénéficient pas d'un soutien suffisant pour poursuivre leurs recherches. Souvent, ils prennent cette décision parce qu'ils ne reçoivent pas de soutien financier ou parce que le soutien qu'ils reçoivent est insuffisant. Quelle est l'incidence de ce manque de soutien sur leur cheminement de carrière?

Nous devons absolument investir davantage dans les chercheurs en début de carrière. Nous serions tout à fait favorables à un tel investissement.

**Le président:** Merci.

Madame McPherson, vous disposez de deux minutes et demie. Allez-y.

**Mme Heather McPherson:** Merci, monsieur le président.

Je suis très intéressée par ce que vous avez dit sur les lits en soins palliatifs et l'accès à ceux-ci. Je sais que vous avez déjà répondu, mais pourriez-vous communiquer ce rapport aux analystes pour qu'ils puissent l'inclure? J'aimerais savoir où en est l'Alberta dans ce domaine.

Pourriez-vous me dire où en est l'Alberta à cet égard?

**Mme Helena Sonea:** La situation n'est pas mauvaise.

**Mme Heather McPherson:** Nous vous serions reconnaissants de bien vouloir nous communiquer ces renseignements.

**Mme Helena Sonea:** Certainement. Avec plaisir.

**Mme Heather McPherson:** J'ai également été frappée par les commentaires des témoins sur les tests et les conséquences pour les

enfants. Je sais que, dans mon cas, le cancer du côlon est héréditaire, et qu'il y a donc des conséquences à pouvoir le faire.

Je vais peut-être commencer par vous, madame Sayani. À l'heure actuelle, le système de soins de santé — c'est ce que nous entendons d'un océan à l'autre — est en chute libre. Les travailleurs de première ligne sont surmenés. Le système est actuellement très vulnérable. Toutefois, nous connaissons l'importance de la détection du cancer. Je sais qu'en Alberta, il est très difficile de passer une coloscopie. L'attente est très longue.

Quelles sont les conséquences de l'effondrement du système de santé sur le traitement du cancer chez les femmes?

**Dre Ambreen Sayani:** Si nous examinons la question sous l'angle de l'équité et que nous regardons qui passe à travers les mailles du filet et qui est le plus exclu, on constate que ce sont précisément les femmes qui ne sont pas informées, qui parlent d'autres langues et qui ne disposent pas des ressources culturelles nécessaires au sein de leur communauté.

J'aime penser que l'accès consiste à répondre à ses besoins en matière de soins de santé, mais l'accès comporte en réalité cinq dimensions. La première est l'accessibilité: le fait de savoir que des services de soins existent. La deuxième est l'acceptabilité: le fait que les soins soient acceptables pour vous d'un point de vue culturel. Les services doivent être abordables. Les coûts directs et indirects sont couverts. Ils doivent être disponibles à un moment qui vous convient. S'ils ne sont disponibles que de 9 heures à 17 heures, ils ne le seront certainement pas pour certaines personnes. En fin de compte, le système doit répondre aux besoins qu'il est censé satisfaire. Au bout du compte, les besoins en matière de soins de santé doivent être satisfaits.

Je pense que le fait de décomposer l'accès en cinq dimensions et de déterminer comment nous pouvons l'améliorer dans chacune de ces dimensions nous permettra de travailler sur chacune d'entre elles dans une optique fondée sur plusieurs volets.

**Mme Heather McPherson:** Merci beaucoup.

Je crois qu'il me reste quatre secondes.

**Le président:** Merci.

Madame Goodridge, vous avez cinq minutes. Allez-y.

**Mme Laila Goodridge:** Merci, monsieur le président.

Je remercie à nouveau les témoins.

Madame Sonea, vous avez parlé des aidants. Nous en avons beaucoup parlé. Avez-vous des statistiques sur le profil type des aidants? Quelle est la proportion de femmes et d'hommes parmi les aidants?

• (1240)

**Mme Helena Sonea:** C'est une excellente question. Les aidants représentent environ 35 % de l'ensemble de la main-d'œuvre canadienne, soit environ un employé sur trois. La moitié des aidants ont entre 45 et 65 ans. Ces années sont celles où l'on gagne le plus d'argent.

**Mme Laila Goodridge:** Je comprends. Connaissez-vous la proportion d'hommes et de femmes?

**Mme Helena Sonea:** Les femmes représentent 50 % de l'ensemble des aidants, et 64 % d'entre elles fournissent 20 heures ou plus de soins par semaine.

**Mme Laila Goodridge:** Formidable. Je vous remercie. Je pense qu'il vaut la peine de le souligner pour ce comité.

Je vais revenir à vous, docteur Anan, pour parler de certains aspects de la chirurgie de reconstruction. Nous avons parlé du fait que le cancer du sein est diagnostiqué chez des femmes de plus en plus jeunes. Elles ont souvent une famille et de jeunes enfants à la maison. L'exigence de subir deux interventions chirurgicales distinctes est encore plus problématique pour elles, surtout lorsqu'elles ont des enfants en bas âge. Je ne peux pas m'imaginer essayer d'empêcher un enfant de deux ans et demi de vous sauter dessus après l'opération, mais je connais un grand nombre de mères qui doivent le faire tout le temps.

Pourriez-vous nous en dire plus à ce sujet et nous dire ce que nous pourrions faire pour améliorer la situation?

**Dre Ghadeer Anan:** Merci.

En fait, j'ai été confrontée plusieurs fois à ce type de situation dans ma pratique. Certaines patientes devaient subir un traitement, une intervention chirurgicale, une reconstruction et de la radiothérapie, et ne pouvaient même pas se permettre de faire garder leurs enfants. Je pense que nous devrions mettre en place des politiques prévoyant un soutien supplémentaire pour les femmes qui subissent un traitement, tout type de traitement lié au cancer, qu'il s'agisse d'une intervention chirurgicale, d'un traitement systémique ou de radiothérapie. Elles devraient avoir accès à des services de garde d'enfants gratuits. Malheureusement, certaines femmes ont refusé différents types de traitements pour cette raison.

**Mme Laila Goodridge:** Je pense qu'il convient également de souligner qu'un programme de garde d'enfants offert du lundi au vendredi, de 9 heures à 17 heures, ne serait probablement pas suffisant pour une personne qui subit un traitement comme celui-ci.

**Dre Ghadeer Anan:** C'est exact. Elles doivent aussi bénéficier de soins de relèvement pour se reposer le soir, les fins de semaine et autres, tout à fait.

**Mme Laila Goodridge:** Exactement. Toutes les mères savent qu'être mère est un travail qui vous occupe 24 heures sur 24, sept jours sur sept. Les enfants vous grimpent dessus même au milieu de la nuit, surtout au milieu de la nuit.

Rapidement, j'aimerais revenir sur les recommandations de la Société canadienne du cancer. Quelles recommandations devrions-nous formuler dans cette étude au sujet de la nicotine et, plus particulièrement, des sachets de nicotine?

**Rob Cunningham:** Merci.

À court terme, nous exhortons le ministre de la Santé à exiger que les sachets de nicotine soient vendus uniquement sur ordonnance afin qu'ils restent disponibles à la vente, ou de suspendre temporairement leur vente jusqu'à ce que l'on établisse des cadres législatifs réglementaires fédéraux et provinciaux. C'est ce que nous avons demandé au ministre.

**Mme Laila Goodridge:** Je vous remercie. Je vous remercie également pour le rôle de chef de file que vous avez joué dans ce domaine. De nombreux parents ont communiqué avec moi après la publication de votre déclaration initiale. Ils n'étaient tout simplement pas au courant. Ils étaient effrayés à l'idée que leur enfant puisse avoir accès à un produit de ce genre et qu'il finisse par développer une dépendance à la nicotine, dont nous savons qu'elle a des conséquences à long terme.

Docteur Sayani, vous avez beaucoup parlé de l'accès aux soins. Dans ma province d'origine, l'Alberta, Alberta Health Services a fait beaucoup d'efforts pour fournir la traduction de nombreux services de santé directement sur le site web de l'Alberta Health, afin que les patients puissent accéder à ces renseignements et mieux comprendre ces services dans leur langue maternelle. Estimez-vous qu'il s'agit de l'une des solutions que pourrait constituer une réussite? Pouvez-vous citer d'autres administrations qui s'en sortent bien dans ce domaine?

**Dre Ambreen Sayani:** Il est important que les documents soient disponibles en plusieurs langues. Il est également important que les personnes se voient représentées dans la documentation d'une manière culturellement appropriée. Ils y voient leur identité de genre. Ils voient leur identité raciale et ethnique...

**Mme Laila Goodridge:** Je crois que mon temps est écoulé. Je vous prie de m'excuser. Merci.

• (1245)

**Le président:** Merci, madame Goodridge.

La dernière série de questions de ce groupe sera posée par M. Hanley, qui disposera de cinq minutes.

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

Merci à vous tous. Nous recevons aujourd'hui un excellent groupe d'experts qui représente l'ensemble du spectre des soins.

Avec la Société canadienne du cancer, je souhaite mettre l'accent sur la prévention. Je vous remercie d'être présents.

Tout d'abord, monsieur Cunningham, en ce qui concerne l'Énoncé économique de l'automne et le cadre de recouvrement des coûts du tabac, pourriez-vous formuler des commentaires sur l'importance de cette mesure et la nécessité de la mettre en œuvre?

**Rob Cunningham:** Oui, c'est une mesure que nous demandons depuis de nombreuses années. Lors des dernières élections fédérales, elle figurait sur la plateforme du parti libéral, des conservateurs et du NPD. Il s'agit d'un moyen de responsabiliser l'industrie du tabac.

Les 66 millions de dollars destinés à la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme seraient récupérés auprès des fabricants de tabac et des entreprises de vapotage. Dès que nous aurons mis en place ces règlements, nous disposerons d'un système de responsabilisation. Nous soutenons fermement cette démarche.

**M. Brendan Hanley:** Merci.

Nous avons parlé des sachets de nicotine. Que devrions-nous ou pourrions-nous faire d'autre sur le plan législatif au niveau fédéral, en particulier en ce qui concerne le vapotage et le tabac?

**Rob Cunningham:** En ce qui concerne le vapotage, alors que le tabagisme chez les garçons et les filles est en baisse, nous avons constaté une augmentation spectaculaire du vapotage chez les jeunes. Ce que pourrait faire le ministre, c'est finaliser la réglementation visant à interdire les arômes dans les cigarettes électroniques autres que l'arôme de tabac. Un projet de règlement a été publié il y a plus de deux ans et demi.

J'ai quelques exemples avec moi. Il y a des arômes comme « Confusion » ou « Rose Amour ». Ce ne sont même pas des arômes. Voici un exemple: « Tutti Frutti Ananas Fraise » ou « Mangué Ananas ». Ils sont présentés comme des arômes. Ils attirent les enfants. L'interdiction de ces arômes contribuera à réduire le tabagisme chez les jeunes, filles et garçons.

**M. Brendan Hanley:** Oui, il y a toute une collection.

Avez-vous autre chose à nous montrer en termes de...?

**Rob Cunningham:** Je tiens à souligner qu'il existe une taxe fédérale sur les cigarettes électroniques qui contribue à réduire le vapotage chez les jeunes. Les entreprises savent cette mesure avec des cigarettes électroniques jetables qui ont commencé avec 500 bouffées. Ils ont ensuite introduit des cigarettes à 1 500 bouffées, puis d'autres à 5 000 bouffées. Le prix par semaine ou par mois diminue et nuit à l'objectif de la taxe. Plus récemment, on a introduit des produits à 9 000 et 10 000 bouffées. C'est un problème.

Les arômes ne cessent de se multiplier. « Monster E » ou « Caribbean Breeze » ne sont même pas des arômes, et c'est un véritable problème. Le gouvernement pourrait facilement prendre des mesures à cet égard.

**M. Brendan Hanley:** Merci.

Je vais passer du tabac à l'alcool. Je suis heureux que vous l'ayez mentionné dans vos observations liminaires. Pourriez-vous nous parler du lien entre l'accessibilité de l'alcool et les habitudes de consommation d'alcool? Sommes-nous suffisamment conscients du lien avec les méfaits, en particulier compte tenu des efforts croissants pour rendre l'alcool plus accessible dans certaines parties du pays?

**Mme Ciana Van Dusen:** Nous savons qu'environ 75 % des Canadiens âgés de 15 ans et plus consomment de l'alcool et que 40 % des Canadiens n'ont aucune idée du lien entre l'alcool et le cancer. L'alcool est lié à plus de 200 maladies chroniques, troubles et blessures, et il contribue à de nombreux coûts et préjudices sociaux au Canada. Il est préoccupant de constater qu'à mesure que nous continuons d'en accroître l'accessibilité... De nombreuses études démontrent une corrélation entre l'augmentation de la disponibilité, de l'accessibilité et de la consommation, et l'augmentation des effets néfastes. Nous pensons qu'il est très important que les gens aient accès à l'information pour qu'ils puissent prendre des décisions éclairées pour leur santé.

Le fait de ne pas diffuser largement ces renseignements, par exemple sur les étiquettes, revient à ne pas donner aux gens la possibilité de décider s'ils sont prêts à accepter ce genre de risque.

**M. Brendan Hanley:** En ce qui concerne les étiquettes, dans le cadre de mes anciennes fonctions, au Yukon, j'ai participé, en colla-

boration avec Santé publique Ontario et l'Université de Victoria, à une étude qui, en dépit des pressions exercées par l'industrie, a donné des résultats prometteurs.

Pouvez-vous nous dire ce que les données probantes nous apprennent sur l'effet des étiquettes de mise en garde contre l'alcool et sur les renseignements que les consommateurs peuvent souhaiter obtenir ou dont ils ont besoin pour modifier leurs habitudes de consommation d'alcool?

**Mme Ciana Van Dusen:** Cette étude a joué un rôle déterminant dans notre travail. Elle a démontré une réduction de près de 7 %, je crois, de la consommation d'alcool. Cela signifie que les gens étaient beaucoup plus conscients des dommages et des risques potentiels. Cela signifie également que lorsqu'ils sont plus conscients des coûts et des méfaits de l'alcool, les gens sont plus enclins à soutenir d'autres lois visant également à sensibiliser la population ou à réduire la consommation d'alcool. Il s'agit d'une première étape importante qui nous permettra de mener des discussions plus sérieuses.

• (1250)

**Le président:** Merci, monsieur Hanley et madame Van Dusen.

Tout d'abord, je tiens à remercier tous nos témoins de leur présence.

Les séries de questions sont terminées. Je demande aux députés de ne pas quitter la salle. Nous avons encore des travaux à accomplir en comité.

Nous remercions tous nos témoins pour leur présence. Nous vous sommes reconnaissants de la précision des recommandations que vous avez formulées. Elles nous seront très utiles dans l'élaboration de notre rapport à la Chambre. Nous vous remercions énormément de votre comparution. Merci beaucoup.

Chers collègues, nous allons suspendre la séance pour passer à huis clos et pour que les témoins prennent congé.

La séance est suspendue.

[La séance se poursuit à huis clos.]





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>