



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

44^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

Comité permanent de la santé

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 101

PARTIE PUBLIQUE SEULEMENT - PUBLIC PART ONLY

Le lundi 12 février 2024

Président : M. Sean Casey



Comité permanent de la santé

Le lundi 12 février 2024

• (1605)

[Traduction]

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

Bienvenue à la 101^e réunion du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes. La réunion d'aujourd'hui se déroule de façon hybride conformément au Règlement.

J'aimerais faire quelques observations à l'intention des députés et des personnes qui participent en ligne.

Vous avez accès à des services d'interprétation sur Zoom. Vous avez le choix entre l'anglais et le français au bas de votre écran. Ceux d'entre vous qui sont dans la salle le savent peut-être déjà: vous pouvez utiliser l'oreillette et sélectionner le canal désiré. Pour ceux qui sont en ligne, n'oubliez pas que les captures d'écran ou les photos de votre écran ne sont pas permises.

Conformément à notre motion de régie interne, j'informe le Comité que tous ceux qui participent à distance ont effectué les tests de connexion requis avant la réunion.

Conformément au paragraphe 108(2) du Règlement et à une motion adoptée le 16 mai 2022, le Comité reprend son étude sur la santé des femmes.

Je souhaite la bienvenue à nos témoins et je les remercie d'avoir attendu avec patience que le processus démocratique suive son cours avant que nous puissions nous réunir ici.

Nous accueillons, à titre personnel, Dre Gillian Hanley, professeure agrégée, Département d'obstétrique et de gynécologie de l'Université de la Colombie-Britannique. Elle comparait par vidéoconférence, tout comme la Dre Jessica McAlpine, professeure et chef de division, Division de l'oncologie gynécologique à l'Université de la Colombie-Britannique.

De l'organisme Cancer de l'ovaire Canada, nous accueillons Mme Tania Vrionis, directrice générale, et Mme Valérie Dinh, directrice régionale pour le Québec.

Représentant la Société des gynécologues oncologues du Canada, nous accueillons la Dre Shannon Salvador, présidente élue.

Merci à tous d'avoir pris le temps de comparaître aujourd'hui et d'avoir patienté généreusement en attendant notre arrivée.

Vous aurez chacune cinq minutes pour faire une déclaration préliminaire, et nous allons commencer par vous, Dre Hanley. Vous avez la parole.

Non, pas vous, Dre Hanley...

Des députés: Oh, oh!

Le président: Vous aurez votre tour.

Dre Gillian Hanley, vous avez la parole.

[Français]

Dre Gillian Hanley (professeure agrégée, Département d'obstétrique et de gynécologie, University of British Columbia, à titre personnel): Bonjour. Merci beaucoup de votre invitation à venir vous parler aujourd'hui.

[Traduction]

Je m'appelle Gillian Hanley et je suis professeure agrégée au Département d'obstétrique et de gynécologie de l'Université de la Colombie-Britannique. Je suis aussi titulaire d'une chaire de recherche du Canada de niveau 2 sur les résultats gynécologiques et périnataux en fonction de la population.

Je suis également membre, tout comme Mme McAlpine, de la Gynecologic Cancer Initiative. Il s'agit d'un réseau interdisciplinaire de patients et de partenaires familiaux, de cliniciens et de scientifiques qui travaillent dans des centres de cancer gynécologique, dans des établissements et dans différentes disciplines afin de réduire de 50 %, d'ici à 2034, le nombre de décès et les souffrances causés par les cancers gynécologiques.

Cet objectif est important, car cette année seulement, on diagnostiquera un cancer gynécologique chez 12 000 femmes et personnes trans et non binaires au Canada. Le cancer gynécologique comprend les cancers du col de l'utérus, de l'endomètre, de la vulve, du vagin et de l'ovaire, qui causent 10 % des décès chez les femmes atteintes d'un cancer.

Fait important, le financement du cancer gynécologique ne se mesure pas au fardeau que cause cette maladie. L'Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer a calculé que l'on investit 60 % de plus dans la recherche sur le cancer du sein que dans la recherche sur les cancers gynécologiques. Si l'on calcule cela en fonction des décès dus au cancer, ce chiffre s'élève à 270 % d'investissement de plus dans la recherche sur le cancer du sein. Il est donc crucial d'établir une orientation nationale et de cibler des investissements vers ce domaine crucial.

Malgré ces difficultés, les chercheurs canadiens ont réalisé d'importants progrès dans la compréhension, le traitement et la prévention des cancers gynécologiques. Le Canada est un chef de file mondial dans de nombreux domaines du cancer gynécologique, notamment dans la prévention du cancer ovarien, qui est l'objectif de mes activités de recherche.

Malgré les efforts considérables déployés dans le monde entier, il n'existe pas de méthode de dépistage efficace du cancer de l'ovaire. En général, les symptômes ne se manifestent que lorsque la maladie atteint un stade avancé. Au bout de cinq ans, les taux de survie sont bien inférieurs à 50 %. Nous concentrons donc nos efforts sur la prévention du cancer ovarien.

Il existe cinq types de cancer de l'ovaire. Le carcinome séreux de haut degré de malignité représente 70 % des nouveaux diagnostics et cause 90 % des décès causés par le cancer de l'ovaire. Il y a environ 20 ans, nous avons découvert que la plupart des cancers séreux de haut degré surviennent dans la trompe de Fallope et non sur l'ovaire, comme on le croyait auparavant. Les trompes de Fallope relient les ovaires à l'utérus, mais elles ne jouent aucun rôle connu après la grossesse. Ce n'est pas le cas des ovaires, qui produisent des hormones endogènes importantes pour la santé à long terme des femmes. Par conséquent, l'ablation des trompes de Fallope pendant d'autres chirurgies gynécologiques et pelviennes sans toucher aux ovaires est devenue une approche révolutionnaire de prévention du cancer ovarien.

En 2010, notre équipe de la Colombie-Britannique a lancé le premier programme de prévention du cancer ovarien au monde. Nous avons recommandé que pendant une hystérectomie — l'extraction de l'utérus —, on effectue aussi une salpingectomie, ou l'extraction des deux trompes de Fallope. Nous avons également recommandé qu'aux fins de la contraception permanente, on enlève carrément les trompes de Fallope au lieu de les ligaturer. Reconnaisant qu'environ 80 % des cancers ovariens surviennent chez des personnes dont le profil génétique n'indique pas nécessairement une vulnérabilité à ce cancer, nous avons recommandé d'effectuer cette prévention non pas en fonction du risque de développer le cancer ovarien, mais en fonction des occasions qui se présentent. C'est pourquoi nous l'avons appelée la salpingectomie opportuniste. On profite d'une autre intervention chirurgicale pour effectuer cette importante prévention du cancer de l'ovaire. Cette pratique est maintenant recommandée dans neuf pays, dont le Canada. Nos résultats de recherche ont démontré que la salpingectomie opportuniste est une intervention sûre. En 2022, nous avons fourni les premières preuves que l'ablation des trompes de Fallope réduit considérablement le risque de développer un cancer ovarien.

Malgré ces données convaincantes, une évaluation récente de la pratique pancanadienne d'ablation des tubes de Fallope a démontré qu'à l'extérieur de la Colombie-Britannique, on effectue cette prévention avec une fréquence très variable. Selon cette évaluation, entre 2017 et 2020, près de 80 000 Canadiennes ont subi une ligature des trompes ou une hystérectomie sans ablation des trompes de Fallope. On a donc manqué l'occasion d'empêcher le cancer ovarien de se développer et d'éviter ainsi 1 000 cas possibles de cancer de l'ovaire.

Je recommande aujourd'hui d'accroître le financement de la recherche sur les cancers gynécologiques afin de soutenir équitablement le fardeau que cause le cancer chez les Canadiens. Il serait bon de diriger le financement vers des groupes multidisciplinaires qui travaillent dans des centres et des établissements de cancérologie afin de progresser le plus rapidement et efficacement possible. Nous recommandons également de mettre l'accent sur le financement de la mise en œuvre des résultats scientifiques afin que les Canadiens puissent profiter des importants progrès de la recherche grâce aux stratégies de communication que le gouvernement fédéral pourra lancer afin de faire connaître ces importants résultats de recherche aux patientes et aux cliniciens.

Merci beaucoup.

• (1610)

Le président: Merci, madame Hanley.

C'est maintenant au tour de Mme McAlpine, pour cinq minutes.

Bienvenue au Comité. Vous avez la parole.

Dre Jessica McAlpine (professeure et cheffe de division, Division de l'oncologie gynécologique, University of British Columbia, à titre personnel): Merci beaucoup. Merci de m'avoir offert cette occasion de participer à la séance d'aujourd'hui.

Je suis chirurgienne, scientifique, et professeure à l'Université de la Colombie-Britannique. Je passe la moitié de mon temps en chirurgie auprès de patientes atteintes d'un cancer gynécologique et l'autre moitié en recherche translationnelle.

Mes collègues vous ont parlé de la disparité du financement des cancers gynécologiques, et vous en entendrez parler davantage. Je suis extrêmement reconnaissante des initiatives de financement qu'appuie le gouvernement fédéral, comme les chaires de recherche du Canada, ainsi que des institutions comme les IRSC, les Instituts de recherche en santé du Canada, sans lesquelles bon nombre des découvertes dont vous entendrez parler aujourd'hui n'auraient pas été possibles. Cependant, la concurrence pour le financement de la recherche s'est intensifiée, et le financement réel disponible, en particulier pour les projets d'équipes multidisciplinaires et les essais cliniques, est de plus en plus difficile à obtenir. Le Canada risque de perdre sa réputation de chef de file novateur et créatif qui transforme les soins des cancers gynécologiques. Nous perdrons l'attention de la communauté scientifique si nous tardons à appliquer les résultats de nos initiatives de recherche au traitement des Canadiennes.

Je vais vous donner un exemple d'initiative de recherche qui a fait ses preuves au Canada et que nous devons développer pour assurer un accès équitable à toutes les Canadiennes.

Le cancer de l'endomètre, ou de l'utérus, est le cancer gynécologique le plus courant. Son incidence et ses taux de mortalité augmentent dans le monde entier, et il est en voie de devenir le deuxième cancer le plus répandu que les femmes — ainsi que les personnes trans et non binaires — sont susceptibles de développer pendant leur vie. Malgré ces statistiques, on n'a consacré que peu de recherche, d'attention et de financement au cancer de l'endomètre. Il reçoit environ un cinquième de ce que reçoivent les chercheurs qui se consacrent aux cancers de la prostate et du sein.

Il y a environ 10 ans, nous avons reconnu que la communauté médicale ne caractérisait et ne gérait pas adéquatement le cancer de l'endomètre. Les pathologistes émettaient des diagnostics tellement différents que certaines patientes subissaient six mois de radiothérapie ou de chimiothérapie, et d'autres ne recevaient aucun traitement.

De toute évidence, cette façon de gérer la maladie était inacceptable. Notre équipe s'est efforcée de changer cela. Nous avons repéré les caractéristiques moléculaires clés des tumeurs de l'utérus en appliquant des méthodes simples qui étaient déjà réalisables dans la plupart des hôpitaux. En l'espace de cinq ans, nous avons créé un système capable de catégoriser les tumeurs de manière cohérente et de former des sous-types moléculaires. Ce système permet de déterminer quelles patientes sont les plus susceptibles de rechuter et lesquelles sont les plus susceptibles d'être atteintes d'un syndrome de cancer héréditaire. Il permet donc de déterminer les traitements qui leur conviennent le mieux.

Notre système de classification a été adopté par l'Organisation mondiale de la santé en 2020, et il a tout de suite été intégré aux lignes directrices internationales en matière de traitement. Il est maintenant considéré comme la norme de soins à appliquer partout dans le monde.

Malheureusement, bien qu'étant reconnue mondialement, cette classification moléculaire n'est pas accessible aux patientes de toutes les régions du Canada. Même en Colombie-Britannique, où nous avons mis au point cet outil, il nous a fallu deux ans pour pouvoir offrir des tests gratuits à toutes les patientes atteintes d'un cancer de l'endomètre. Dans certains centres du Canada, les patientes ne reçoivent leurs résultats que de 8 à 10 semaines plus tard. Certaines doivent même envoyer leurs tissus hors de la province pour effectuer des tests moléculaires. Il arrive souvent que l'on ne présente pas les résultats aux patientes. Essentiellement, le cancer de l'endomètre est l'un des pires exemples d'iniquité en matière de soins de santé. Notre équipe est déterminée à corriger cette situation.

Mon appel à l'action consiste premièrement à demander que toutes les Canadiennes aient accès à des initiatives de prévention, de diagnostic, de dépistage et de traitement des cancers gynécologiques scientifiquement prouvées et à valeur ajoutée. Cela pourrait se faire en aidant les provinces, par exemple, à financer des tests moléculaires pour que nous puissions dépister les cancers de l'endomètre partout au Canada. Il est urgent de corriger la situation actuelle, où la qualité des soins que l'on reçoit dépend de la région dans laquelle la maladie est diagnostiquée. Il est urgent de soigner toutes les Canadiennes de façon équitable.

Deuxièmement, je demande que l'on accroisse le financement des cancers gynécologiques, notamment celui des essais cliniques et de la recherche effectuée par des équipes multidisciplinaires. Cette méthode de recherche a cerné avec une extrême efficacité les changements cruciaux à apporter aux soins cliniques. La crise de la COVID-19 a démontré que le gouvernement a la capacité de communiquer très rapidement et efficacement. Cela prouve que les initiatives de communication sur la santé du gouvernement fédéral sont possibles et efficaces.

Je me réjouis donc de voir ce que nous pourrions accomplir pour la prévention et le traitement des cancers gynécologiques au Canada, et je suis prête à collaborer de très près avec vous pour apporter ces changements.

Merci beaucoup.

● (1615)

Le président: Merci, madame McAlpine.

Nous passons maintenant à Cancer de l'ovaire Canada. Je crois comprendre que vous avez une déclaration conjointe, madame Vrionis et madame Dinh. Les cinq prochaines minutes sont à vous.

Mme Tania Vrionis (directrice générale, Cancer de l'ovaire Canada): Merci, monsieur le président.

Merci, honorables députés.

Au nom de Cancer de l'ovaire Canada et de toutes les Canadiennes atteintes d'un cancer ovarien, je tiens à remercier le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes de mener cette importante étude sur la santé des femmes et de nous avoir invitées à témoigner.

Chaque jour, au Canada, on diagnostique un cancer de l'ovaire chez huit femmes, et 75 % d'entre elles sont déjà à un stade avancé. Le taux de survie du cancer de l'ovaire au bout de cinq ans n'est que de 44 %. Quatre de ces huit femmes diagnostiquées aujourd'hui ne seront plus avec nous dans cinq ans.

Il n'y a pas de test de dépistage. Il n'y a pas de test diagnostique définitif. Il existe peu d'options de traitement. Les femmes méritent mieux.

Ma collègue et moi-même soulignerons à l'intention du Comité trois des difficultés et des possibilités connexes liées à cette maladie dans le cadre de la prévention, du diagnostic et du traitement.

La prévention est la façon la plus efficace d'influer sur l'incidence et sur les résultats liés au cancer de l'ovaire. Certains croient que le test de Pap permet de dépister le cancer ovarien, mais ce n'est pas le cas. Il n'y a pas de test de dépistage de cette maladie.

Comme on estime que de 20 à 25 % des cancers de l'ovaire sont héréditaires, l'identification des personnes à risque au moyen de tests génétiques et les options de prévention ou de réduction des risques sauveront un grand nombre de vies.

Cancer de l'ovaire Canada et ses partenaires ont révélé des lacunes et des iniquités liées à l'accès aux tests génétiques comme, sans toutefois s'y limiter, les variations régionales des critères et des temps d'attente, la sous-représentation des personnes d'origine asiatique et autochtone et le fait que les personnes racisées et ethniques sont moins susceptibles d'être aiguillées vers des tests génétiques et plus susceptibles de recevoir des résultats de tests génétiques non concluants.

Nous devons maximiser et optimiser l'identification des personnes qui présentent un risque accru de cancer de l'ovaire en leur assurant un accès rapide et équitable à des tests génétiques afin de bloquer le développement du cancer de l'ovaire avant qu'il ne commence.

• (1620)

[Français]

Mme Valérie Dinh (directrice régionale, Québec, Cancer de l'ovaire Canada): Le diagnostic opportun du cancer de l'ovaire passe d'abord par l'accès aux soins primaires. Le cancer de l'ovaire est reconnu pour être difficile à diagnostiquer en raison de ses symptômes vagues et non spécifiques. Bien que l'accès aux soins primaires soit essentiel à un diagnostic opportun, quelque 6,5 millions de Canadiennes et de Canadiens n'ont pas de médecin de famille, et un tiers d'entre eux attendent d'être suivis depuis plus d'un an. Or, ce n'est pas tout. Les fournisseurs de soins de santé primaires doivent également être en mesure de reconnaître les symptômes du cancer de l'ovaire et d'exiger les bons tests pour que les patientes soient dirigées vers un centre de traitement et qu'elles reçoivent un diagnostic officiel.

Pour obtenir un diagnostic opportun de cancer de l'ovaire, les Canadiennes doivent avoir accès aux soins primaires, et les médecins et les infirmières doivent être outillés pour reconnaître les symptômes de la maladie et y répondre adéquatement.

À de rares exceptions près, les traitements offerts n'ont pas beaucoup changé depuis les années 1990. On fait appel aux mêmes méthodes pour traiter les patientes, soit l'intervention chirurgicale et la chimiothérapie. Ces méthodes sont malheureusement inefficaces dans la majorité des cas. Malgré cela, les investissements en recherche sur le cancer de l'ovaire accusent un retard par rapport aux investissements en recherche sur d'autres cancers.

Le cancer de l'ovaire est une maladie unique qui pose des défis particuliers. La recherche sur le cancer de l'ovaire n'a pas connu les mêmes percées que celle sur plusieurs autres types de cancer. Les mécanismes traditionnels de financement de la recherche n'ont pas permis de réaliser des progrès considérables dans le domaine du cancer de l'ovaire. C'est pourquoi Cancer de l'ovaire Canada et la communauté de recherche sur le cancer de l'ovaire ont proposé un nouveau modèle qui permet aux scientifiques de travailler en étroite collaboration et de s'appuyer sur les progrès de leurs collègues pour accélérer et faciliter les avancées. En 2019, le gouvernement canadien a pris la décision audacieuse de confier un investissement de 10 millions de dollars à Cancer de l'ovaire Canada pour financer ce nouveau modèle de recherche.

[Traduction]

Mme Tania Vrionis: Même si un investissement de 10 millions de dollars semble relativement modeste, il nous permet de créer un moteur national de recherche hautement ciblé sur le cancer ovarien. En outre, grâce à l'investissement du gouvernement fédéral et à plus de 4,5 millions de dollars en financements supplémentaires venant de nos partenaires de recherche et de deux gouvernements provinciaux, nous avons mis sur pied un programme de recherche de 14,5 millions de dollars.

En cinq ans seulement, Cancer de l'ovaire Canada a obtenu un rendement impressionnant de l'investissement du gouvernement fédéral, qui alimente la recherche dans six provinces et qui a donné lieu à 5 essais cliniques transformateurs, 13 études précliniques novatrices et 25 projets sur l'élaboration d'un modèle de cancer ovarien. Ce modèle permet aux scientifiques de mettre à l'essai de nouveaux traitements et d'appliquer des méthodes novatrices pour en découvrir d'autres.

Nous financerons bientôt deux projets de recherche clinique translationnelle qui visent à améliorer et à élargir les options de

traitement pour les femmes atteintes d'un cancer de l'ovaire. Nous sommes maintenant sur le point d'introduire de nouvelles stratégies de traitement au Canada.

Pour que nous réussissions à éviter le développement du cancer ovarien, à le guérir et, ultimement, à l'éradiquer, il faut que le gouvernement fédéral poursuive et accroisse ses investissements dans la recherche canadienne sur cette maladie, qui est novatrice, hautement ciblée et exhaustive.

Cancer de l'ovaire Canada s'est placé en tête de son domaine, car il a accéléré l'intégration de percées cruciales au traitement des patientes. Nous nous devons de traiter ces travaux en priorité afin de changer l'incidence des cancers ovariens au Canada.

Cancer de l'ovaire Canada remercie le gouvernement de se préoccuper si sérieusement de la santé des femmes.

Merci.

Le président: Merci à vous deux.

Enfin, docteur Salvador, je vous souhaite la bienvenue au Comité. Vous avez la parole.

Dre Shannon Salvador (présidente élue, The Society of Gynecologic Oncology of Canada): Merci. Bonjour, monsieur le président, mesdames et messieurs les membres du Comité et mesdames les témoins. Je suis très honorée de comparaître devant vous aujourd'hui.

Je suis gynécologue-oncologue praticienne à l'Hôpital général juif de Montréal, et je suis également présidente élue de la Société de gynéco-oncologie du Canada, la GOC.

La GOC est une société sans but lucratif créée il y a 40 ans pour offrir aux professionnels de la santé une tribune d'où ils puissent souligner les problèmes liés au traitement du cancer chez les femmes de tout le Canada. Nous cherchons à corriger les disparités de l'accès aux soins dispensés aux cancéreux et à améliorer l'équité du financement de la recherche sur les nouveaux traitements.

Depuis toujours, les cancers qui affectent seulement les femmes sont écartés des modèles traditionnels de soins anticancéreux. On a donc créé, dans les années 1970, la sous-spécialité de l'oncologie gynécologique pour soigner les femmes atteintes de cancers des trompes de Fallope, de l'ovaire, de l'utérus, du col de l'utérus, de la vulve et du placenta. Malheureusement, depuis longtemps et encore à l'heure actuelle, ces cancers sont souvent considérés comme des problèmes de femmes. Le financement des soins cliniques et de la recherche n'a pas suivi le rythme d'autres cancers plus courants, comme le cancer colorectal, le cancer du sein et le cancer des poumons. De toutes les spécialités de la chirurgie du cancer, l'oncologie gynécologique est globale. Le diagnostic, la chirurgie, les traitements systémiques, la surveillance et les soins palliatifs sont tous effectués par un seul médecin.

Notre société a cerné trois grandes préoccupations auxquelles il faut s'attaquer rapidement pour améliorer les soins dispensés aux femmes atteintes de cancer au Canada. Premièrement, soulignons le retard que nous avons pris dans la prévention du cancer du col de l'utérus. Deuxièmement, les taux d'incidence et de décès causés par le cancer de l'endomètre ont augmenté. Il est donc urgent d'affecter des fonds à la recherche sur le cancer de l'endomètre. Troisièmement, nous avons besoin de fonds pour former des professionnels de la santé qui se spécialisent en oncologie gynécologique afin de créer des équipes multidisciplinaires.

En novembre 2023, le gouvernement du Canada et la Société canadienne du cancer ont publié un rapport présentant les statistiques canadiennes sur le cancer. Ce rapport indique que le cancer du col de l'utérus est celui qui croît le plus rapidement chez les femmes et que son incidence augmente à un taux de 3,7 % par année depuis 2015. Franchement, cela me scandalise, parce qu'au Canada, les femmes devraient avoir accès à des stratégies efficaces de prévention du cancer du col de l'utérus.

Depuis les années 1990, on effectue la prévention primaire de ce cancer dans toutes les provinces en vaccinant les écoliers et les femmes jusqu'à l'âge de 45 ans contre le virus du papillome humain, ou VPH. Ce vaccin est offert au Canada, mais les taux de vaccination diminuent dans notre population. Le VPH est la principale cause du cancer du col de l'utérus ainsi que du cancer de la vulve, de l'anus et de la gorge. La Société de gynéco-oncologie du Canada, ou GOC, recommande fortement que l'on mène des campagnes dans tout le pays pour renforcer la sensibilisation au fardeau que cause le VPH et pour accroître les taux de vaccination. On effectue aussi une prévention secondaire à l'aide du dépistage du VPH et du test PAP. Malheureusement, nos populations les plus vulnérables se trouvent à des endroits qui n'ont pas encore de programmes de dépistage organisés à l'échelle de la province ou qui n'ont pas encore facilement accès à des professionnels de la santé qui offrent un dépistage. Cela entraîne des disparités de la détection et du traitement des lésions cervicales précancéreuses.

Pour éliminer le cancer du col de l'utérus, nous devons appuyer de meilleurs programmes provinciaux de dépistage dans les régions qui ne le font pas adéquatement. Il faudra pour cela améliorer l'accès aux professionnels de la santé qui offrent le dépistage ou alors donner accès à l'autodépistage du VPH, que l'on offre déjà dans certains pays et que l'on encourage en Colombie-Britannique.

Deuxièmement, ce rapport sur les statistiques relatives au cancer révèle une augmentation inquiétante des taux de mortalité par le cancer de l'endomètre. Cela peut être dû au vieillissement de la population et à l'augmentation de l'obésité au Canada. Ce sont des facteurs de risque très importants pour ce cancer. Il faut financer plus de postes en oncologie gynécologique dans les endroits où l'accès aux soins spécialisés est inégal. Nous devons aussi augmenter l'accès aux salles d'opération et à la chirurgie robotique pour faire face à l'augmentation du nombre de ces cas de cancer.

Pour appuyer la recherche sur les cancers gynécologiques, la Société de GOC a créé des forums de communautés de pratique. Ces forums permettent à des équipes de recherche canadiennes, comme celles que dirige Mme McAlpine, de collaborer avec d'autres équipes du pays. Comme il est rare que des fonds soient consacrés à la recherche sur le cancer de l'endomètre, il serait très avantageux d'affecter des fonds à ce genre de collaboration.

Enfin, il faudrait investir plus de fonds pour la formation d'autres professionnels de la santé en oncologie gynécologique dans les domaines de l'oncologie médicale, de la radio-oncologie, de la médecine familiale et des soins infirmiers afin d'étendre les équipes multidisciplinaires et d'offrir des soins holistiques axés sur les patients. Avec un plus grand nombre de ces fournisseurs de soins spécialisés, surtout dans les régions éloignées, nos patientes recevront des soins continus plus près de leur domicile.

• (1625)

La Société de GOC tient vraiment à améliorer les possibilités de recherche, à promouvoir l'accès rapide aux services de santé et à

défendre fortement l'accès aux soins pour les femmes cancéreuses du Canada.

Nous serons heureux de collaborer avec le Comité permanent de la santé et avec d'autres intervenants pour régler ces préoccupations.

Merci.

• (1630)

Le président: Merci, madame Salvador.

Nous allons maintenant passer aux séries de questions, en commençant par les conservateurs, pour six minutes.

Madame Vecchio, vous avez la parole.

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

J'aimerais d'abord remercier toutes les femmes qui sont venues aujourd'hui.

Je vais d'abord m'adresser à Mme Vrionis. Je suppose que vous travaillez avec plusieurs des médecins qui témoignent devant nous aujourd'hui.

Mme Tania Vrionis: Oui, en effet.

Mme Karen Vecchio: Vous avez dit que vous avez reçu 10 millions de dollars pour la recherche, ce qui vous a ensuite aidés à obtenir 4,5 millions de dollars.

Travailleriez-vous avec des groupes et des femmes comme ces médecins pour mener cette recherche?

Mme Tania Vrionis: Oui, bien sûr. Nous sommes de très solides partenaires de la Société de GOC. Nous travaillons aussi avec nos amis du groupe de travail sur la prévention. À Cancer de l'ovaire Canada, nous sommes très fiers de pouvoir former des équipes partout au pays pour collaborer aux études de recherche.

Mme Karen Vecchio: Merci beaucoup.

Je vous remercie beaucoup pour cette information. Je vais poser une question à Dre Jessica McAlpine, qui est en ligne.

Vous avez parlé de caractéristiques moléculaires. Lorsque vous les détectez, vous n'avez parfois pas besoin de prescrire de la radiothérapie et de la chimiothérapie. Pour bien des personnes atteintes du cancer, ces traitements sont extrêmement éprouvants après leur intervention chirurgicale.

Tout d'abord, lorsque vous essayez de détecter des cancers comme celui du col de l'utérus — ces cancers que l'on diagnostique à un stade plus avancé —, combien de temps faut-il pour effectuer le diagnostic et aiguiller les patientes vers les programmes d'éléments moléculaires dont vous parlez?

Dre Jessica McAlpine: Tout d'abord, dans le cas du cancer du col de l'utérus, nous avons une période d'environ deux ans entre le cancer précancéreux et le cancer avancé. Cela nous donne bien des occasions de le prévenir au moyen de la vaccination et du dépistage, comme l'a mentionné Mme Salvador, ou même d'intervenir et de le guérir. Nous avons là de grandes possibilités.

Le cancer de l'endomètre dont je parlais se manifeste souvent par de petites pertes de sang. Cela dépend beaucoup des caractéristiques moléculaires de la tumeur. Si le cancer est confiné à l'utérus, une intervention chirurgicale suffira pour l'éliminer. Toutefois, certaines caractéristiques moléculaires exigent plus de traitement, car elles présentent un risque très élevé de rechute.

En détectant cela, nous pouvons intervenir et guérir la patiente et lui épargner les traitements dans ces deux cas.

Mme Karen Vecchio: C'est fantastique. Merci beaucoup.

Je vais m'adresser à Dre Salvador.

On entend beaucoup parler de tests génétiques dans le cas du cancer du sein. Il semblerait que pour les groupes à risque élevé, ici au Canada, nous devrions peut-être effectuer ces tests 10 ans plus tôt. Je crois bien que nous avons entendu cela, la probabilité d'effectuer ces tests à 50 ou à 40 ans.

Dans le cas du cancer du col de l'utérus, comment veillez-vous à ce que l'on effectue des tests génétiques?

Dre Shannon Salvador: Pour le cancer du col de l'utérus, seulement?

Mme Karen Vecchio: Oui.

Dre Shannon Salvador: Ce cancer n'a rien de génétique.

Mme Karen Vecchio: En ce qui concerne les tests génétiques, vous avez parlé de certains cancers qui se trouvent dans les organes des femmes. Pourrait-on les détecter génétiquement? Si nous décelons ainsi le cancer du sein, que verrions-nous dans les organes reproducteurs?

Dre Shannon Salvador: Dans le cas des organes reproducteurs, le cancer ovarien est le plus évident. Il est lié aux mutations du gène BRCA que nous voyons également dans le cancer du sein. Cela nous donne l'occasion d'intervenir auprès d'un grand nombre de femmes. Si nous savons que des membres de leur famille ont une mutation du gène BRCA, nous leur offrons de subir un test de dépistage.

Je le répète, cela nous donne l'occasion d'intervenir plus tôt auprès de ces femmes.

Mme Karen Vecchio: Y a-t-il des restrictions ou des délais? Par exemple, dans le cas du cancer du sein, il faut effectuer ces tests à un certain âge. Quels délais avons-nous dans le cas du cancer ovarien?

Dre Shannon Salvador: Habituellement, dans le cas du cancer de l'ovaire, nous demandons aux femmes dont la famille présente des antécédents de cancer de se faire enlever les trompes de Fallope et les ovaires au moins 10 ans avant la manifestation d'un cancer dans leur famille, ou dès qu'elles ont fini de procréer. Nous recommandons cela, parce que le cancer de l'ovaire est très difficile à traiter. Nous ne voulons surtout pas manquer une occasion d'intervenir pour éviter ce cancer.

Le cancer de l'endomètre est lui aussi parfois génétiquement lié au syndrome de Lynch. Les gens ne se rendent pas compte à quel point ce lien est fort. Environ 80 % des membres de la famille atteints du syndrome de Lynch risquent de développer un cancer de l'endomètre. La plupart des gens associent ce syndrome au cancer du côlon, mais ce lien est tout aussi fort pour causer le cancer de l'endomètre.

Mme Karen Vecchio: Ma question à ce sujet sera rapide, parce que je suis sûre que mon temps s'écoule rapidement. Où les femmes

peuvent-elles obtenir ce dépistage? Nous savons que pour obtenir des examens préalables, elles doivent souvent se rendre dans de grands centres. Le Canada est immense, et nous désirons traiter toutes les patientes équitablement. Où ces centres se trouvent-ils et comment les femmes peuvent-elles obtenir ce dépistage et ces soins?

• (1635)

Dre Shannon Salvador: Dans toutes les provinces, la plupart des organismes de lutte contre le cancer peuvent effectuer des tests génétiques.

Cependant, nous aimerions vraiment que les médecins de famille reçoivent la formation nécessaire pour avoir accès à ces services et en faire la demande. Ils seraient très bien placés pour que les patientes puissent leur demander un dépistage génétique si une personne de leur famille qui vit dans une autre province vient d'apprendre qu'elle a le syndrome de Lynch.

Mme Karen Vecchio: Je suppose que ces tests ne leur coûtent pas un sou. Tout est payé par les provinces n'est-ce pas?

Dre Shannon Salvador: Oui, bien sûr.

Mme Karen Vecchio: C'est fantastique d'entendre cela aussi.

Vous avez parlé des vaccins contre le virus du papillome humain, le VPH. Je sais qu'ils sont offerts dans les écoles publiques, et vous avez dit qu'ils sont offerts aux femmes jusqu'à l'âge de 45 ans. Y a-t-il un âge trop avancé pour se faire vacciner? Par exemple, si une femme de 53 ans se présentait, que lui diriez-vous? Lui offririez-vous le vaccin contre le VPH? Que feriez-vous?

Dre Shannon Salvador: En fait, c'est une excellente question.

Nous n'avons pas effectué d'essais cliniques pour déterminer si le système immunitaire des gens de plus de 45 ans réagit encore. Je peux vous répondre, parce que je suis aussi cheffe du service de colposcopie de mon hôpital. Si une femme vient me consulter pour une lésion précancéreuse causée par le VPH, que ce soit au col de l'utérus ou sur la vulve, je lui offre le vaccin contre le VPH, quel que soit son âge.

Mme Karen Vecchio: Merci beaucoup. Je vous en suis très reconnaissante.

Le président: Merci, madame Vecchio.

C'est maintenant au tour de Mme Atwin, pour six minutes.

Mme Jenica Atwin (Fredericton, Lib.): Merci, monsieur le président. Merci beaucoup aux témoins d'être venues.

Je veux simplement souligner une chose que la Dre Salvador a dite. Si j'ai bien compris, elle a mentionné que les cancers qui affectent seulement les femmes ont toujours été écartés des modèles traditionnels de soins anticancéreux.

La plupart des membres de ce comité en sont conscientes. Je suis très fière de faire partie de ce groupe de compagnes et d'alliées qui désirent braquer les projecteurs sur la santé des femmes. On la néglige depuis bien trop longtemps.

Je vais axer mes questions sur le cancer du col de l'utérus, car je trouve alarmant que les taux augmentent.

Le rapport énumère divers facteurs causant cette augmentation. Vous avez parlé de la participation au dépistage et à la vaccination. La prévalence du VPH a également augmenté à cause de l'évolution des pratiques sexuelles. Pourriez-vous nous en dire un peu plus à ce sujet? Qu'est-ce qui sous-tend cette augmentation?

Dre Shannon Salvador: Je pense que l'une des choses que nous constatons, c'est qu'à mesure que les gens deviennent plus libres sexuellement et que les taux de divorce augmentent, une génération de femmes plus âgées réintègre la vie sexuelle. Bon nombre d'entre elles n'ont pas eu l'occasion de se faire vacciner quand elles étaient jeunes.

Il serait bon que les femmes sachent qu'elles peuvent se faire vacciner jusqu'à l'âge de 45 ans. Nous le recommandons. Elles peuvent demander une ordonnance à leur médecin de famille pour cela.

Mme Jenica Atwin: Excellent. Je ne le savais pas. C'est fantastique.

Nous savons que toutes les provinces et tous les territoires offrent des programmes de vaccination contre le VPH en milieu scolaire. On le faisait quand j'étais au secondaire. Le rapport souligne des taux très variés entre les provinces et les territoires. Nous avons ici des chiffres allant de 57 à 91 %. Le rapport mentionne également un manque de données désagrégées sur ces taux.

Pourquoi la vaccination contre le VPH varie-t-elle d'une province et d'un territoire à l'autre?

Dre Shannon Salvador: Je pense que cela est dû à la culture de la province ou, peut-être, au manque de sensibilisation sur le VPH que nous constatons à l'heure actuelle.

Quand j'étais jeune et que l'on a découvert le VPH, puis qu'on a commencé à vacciner les gens, on menait des campagnes massives dans tout le pays. J'étais dans la vingtaine et je me souviens de ces campagnes.

Il me semble que l'on ne mène plus assez de ces campagnes à l'heure actuelle. N'oublions pas que tous les 10 ans, de nouvelles familles doivent décider de faire vacciner leurs enfants ou non. Elles forment une nouvelle génération qui commence à procréer et qui prend ces décisions pour ses enfants. Si nous ne poursuivons pas continuellement l'éducation en présentant ces faits pertinents...

Ce virus ne s'attaque pas seulement au col de l'utérus, mais aussi à la vulve, à l'anus et à la gorge. C'est un lourd fardeau cancéreux. Il faut continuellement éduquer la population canadienne.

Mme Jenica Atwin: Merci.

Qu'en est-il des données désagrégées? En quoi nous aideraient-elles à mieux éclairer nos processus?

Dre Shannon Salvador: Je crois qu'il faut déterminer quelles provinces semblent prendre du retard et essayer d'y mobiliser la population. Ce retard peut être dû à un manque de médecins de famille et à l'incapacité de fournir l'éducation primaire, même dans les cliniques. Il est crucial d'éduquer les pédiatres et les médecins de famille pour qu'ils sensibilisent les familles lorsque les enfants grandissent.

Mme Jenica Atwin: Pour ce qui est du dépistage, nous connaissons toutes le fameux test Pap. On mentionne ici qu'il y a une autre méthode, le test de dépistage du VPH. Pouvez-vous nous expliquer en quoi ces tests diffèrent?

• (1640)

Dre Shannon Salvador: Le test Pap détecte les changements que le virus du papillome humain, le VPH, a causés dans le col de l'utérus. Il décèle donc des lésions actives. Les tests de dépistage du VPH décèlent les virus actifs. Ils sont plus précis et sensibles pour indiquer que la patiente a un VPH actif. De plus, il existe différents

sous-types de VPH. Nous savons que certains d'entre eux sont plus susceptibles de causer des cancers agressifs que d'autres.

Nous sommes maintenant en mesure de les sous-définir. Si nous apprenons qu'une patiente a un VPH, nous pouvons appliquer les lignes directrices publiées l'an dernier par le gouvernement du Canada, le Partenariat canadien contre le cancer et la Société canadienne de la colposcopie. Elles ont été rédigées d'après des recommandations pancanadiennes sur les tests de dépistage du VPH et indiquent ce qu'il faut faire pour les patientes qui obtiennent un résultat positif.

Mme Jenica Atwin: Combien de programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus utilisent principalement les tests de dépistage du VPH?

Dre Shannon Salvador: Au Canada, nous sommes en pleine transformation. Chaque province a établi son plan de mise en œuvre. Ce changement est en cours, et je crois que les provinces en sont à des étapes diverses.

Mme Jenica Atwin: C'est très intéressant.

Je vais m'adresser à Mme Hanley, qui est en ligne.

Je m'intéresse beaucoup aux disparités entre les différentes populations. Je pense en particulier aux collectivités rurales et éloignées, aux Autochtones ainsi qu'aux populations à faible revenu et à celles qui vivent dans la pauvreté.

Pourriez-vous décrire les répercussions que causent les obstacles à l'accès aux soins pour les femmes atteintes du cancer? Qu'est-ce que le gouvernement fédéral pourrait faire pour corriger cela?

Dre Gillian Hanley: Je crois que d'autres témoins vous ont parlé de ces inégalités. Malheureusement, les résultats de la recherche indiquent très souvent que les soins que reçoivent les femmes atteintes du cancer dépendent de la région où elles vivent. Cette inégalité se manifeste au cours de la prévention jusqu'aux tests moléculaires décrits par la Dre McAlpine. Les résultats qui en découlent déterminent le traitement que ces femmes reçoivent.

Ces inégalités sont flagrantes, et nous constatons que les collectivités rurales et éloignées en souffrent beaucoup. Les communautés autochtones sont souvent à la traîne. Par conséquent, nous concentrons nos activités de recherche sur ces lacunes. Malheureusement, il nous est très difficile d'y parvenir sans la collaboration des gouvernements et d'autres groupes.

Le président: Merci, Mme Hanley.

Merci, madame Atwin.

[Français]

Madame Larouche, vous avez la parole pour six minutes.

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

Je joins ma voix à celle de mes collègues pour remercier les témoins d'être présentes aujourd'hui.

Nous avons tous, dans notre entourage, des femmes à qui nous pouvons envoyer des énergies et dédier les importants travaux que nous faisons ici, à ce comité.

Madame Hanley, vous ciblez principalement la prévention du cancer de l'ovaire, comme vous l'avez bien expliqué dans vos remarques préliminaires, notamment par la salpingectomie, une opération qui consiste à retirer l'une des trompes de Fallope ou les deux. Vous avez aussi parlé de contraception et de grossesses saines.

Le mémoire de Cancer de l'ovaire Canada qui a été présenté au Comité indique que les traitements disponibles pour le cancer de l'ovaire n'ont malheureusement pas connu de changements considérables depuis les années 1990 et que le taux de survie pour le cancer de l'ovaire ne s'est pas amélioré en 50 ans. C'est un triste constat.

Pouvez-vous expliquer les raisons sous-jacentes à l'absence de progrès dans les traitements pour le cancer de l'ovaire et à l'absence d'amélioration du taux de survie?

[Traduction]

Dre Gillian Hanley: Cela est dû en partie au fait que le cancer ovarien est une maladie très difficile. J'ai mentionné les efforts considérables déployés dans le monde entier pour trouver une méthode de dépistage efficace de ce cancer. On nous a dit ici que le test Pap est très efficace pour déceler le cancer du col de l'utérus. La Dre McAlpine nous a dit qu'après avoir reçu les résultats du test Pap, nous disposons d'une longue période pour intervenir entre la manifestation de la première lésion précancéreuse dans le col de l'utérus et le cancer actif. Malheureusement, ce n'est pas le cas pour le cancer de l'ovaire, ce qui nous pose tout un défi, car nous n'avons pas encore trouvé de dépistage efficace.

De nouveau, comme ce cancer est souvent à un stade très avancé lorsque les symptômes se manifestent, nous avons besoin de traitements incroyablement efficaces. Malheureusement, nous n'avons pas fait beaucoup de progrès sur le plan du traitement non plus. Cela s'explique en partie par la diminution du financement consacré à ce type de recherche, comme mes collègues et moi-même l'avons souligné.

Nous avons fait quelques percées dans le domaine du cancer ovarien. Les inhibiteurs de l'enzyme PARP se sont avérés très efficaces, notamment pour les patientes qui portent des mutations du gène BRCA et qui ont des tumeurs dont la réparation homologue est déficiente. Malheureusement, comme il ne s'agit que d'un sous-groupe de patientes atteintes d'un cancer ovarien, il reste un très grand nombre de femmes pour lesquelles nous n'avons pas de nouveaux traitements efficaces.

Il y a beaucoup de travaux en cours, et Cancer de l'ovaire Canada est l'un des principaux organismes de financement. Nous avons aussi beaucoup de bonnes études de recherche financées par le gouvernement fédéral, mais il nous en faut davantage. Nous avons encore beaucoup à faire dans ce domaine.

Je vous remercie pour cette question.

• (1645)

[Français]

Mme Andréanne Larouche: Justement, j'aimerais vous entendre nous parler un peu plus de ce qui a été proposé dans le budget de 2019. Je parle de la somme de 10 millions de dollars sur cinq ans qui a été offerte à Cancer de l'ovaire Canada à partir de 2019-2020 pour combler les lacunes existantes dans les connaissances et dans les options efficaces de prévention, de dépistage et de traitement du cancer de l'ovaire. Tout ça est plus difficile,

comme vous l'avez bien expliqué dans vos remarques et dans votre réponse à ma question.

Selon le mémoire présenté au Comité par Cancer de l'ovaire Canada, et selon les explications que vous avez fournies aussi à ma collègue qui voulait plus de détails sur ces 10 millions de dollars, cet investissement a permis de financer des recherches qui ont mené à de nouvelles découvertes qui aideraient les personnes atteintes d'un cancer de l'ovaire à vivre mieux et plus longtemps.

Pouvez-vous nous en dire un peu plus sur les projets de recherche qui ont été financés grâce à cet investissement, ainsi que sur leurs résultats?

[Traduction]

Dre Gillian Hanley: Je crois que Mme Vrionis est mieux renseignée que moi sur ces projets.

Mme Tania Vrionis: Je me ferai un plaisir de répondre.

Comme je l'ai mentionné, nous avons été en mesure de financer... À l'heure actuelle, cinq essais cliniques sont en cours, et ils visent tous de nouveaux traitements. Un essai clinique sera lancé très bientôt en Colombie-Britannique pour remettre en question le traitement actuel d'un certain type de cancer ovarien. Il sera très intéressant d'en voir les résultats. Il s'agit de prescrire, avant d'effectuer une intervention chirurgicale et d'administrer tout autre traitement, des inhibiteurs de l'enzyme PARP ainsi que trois autres types de médicaments.

On a aussi mené une étude vraiment fantastique à Montréal en traitant les femmes avec des vaccins. Ce traitement est très prometteur.

Avant de mener ces cinq essais cliniques, nous avons mené 13 études précliniques pour orienter les essais de manière à offrir un plus grand nombre de traitements plus rapidement.

Puis, bien sûr, nous avons le noyau des 25 projets d'élaboration de modèles qui aident les scientifiques à comprendre comment la maladie réagit à différents types de traitements et d'interventions.

Nous avons de nombreux travaux extraordinaires en cours, mais nous avons commencé tout cela il y a seulement cinq ans. C'est vraiment très court dans le domaine de la recherche. Pour mettre les choses en contexte, il y a 25 ans, le Canada ne comptait que trois scientifiques spécialisés en cancer ovarien. Aujourd'hui, nous en avons plus de 250. Nous avons du rattrapage à faire, mais nous avançons bien. Cependant, nous n'y parviendrons qu'avec le financement nécessaire.

[Français]

Le président: Merci beaucoup.

[Traduction]

C'est maintenant au tour de Mme Barron, pour six minutes.

Mme Lisa Marie Barron (Nanaimo—Ladysmith, NDP): Merci, monsieur le président.

Je suis heureuse de siéger au Comité aujourd'hui, parce que cet enjeu ne fait pas partie de ses priorités depuis longtemps. C'est une excellente journée de siéger ici pour parler de la santé des femmes, surtout de leur santé gynécologique.

J'ai quelques questions à poser.

Tout d'abord, Dre Dinh, je crois que c'est vous qui avez dit qu'au Canada, 6,5 millions de personnes n'ont pas de médecin de famille. Pourriez-vous décrire les répercussions que subissent les femmes qui n'ont pas accès aux soins et à la prévention qu'il leur faut pour maintenir leur santé gynécologique?

• (1650)

[Français]

Mme Valérie Dinh: J'aimerais clarifier que je ne suis pas docteur; je suis la directrice régionale du Québec pour Cancer de l'ovaire Canada. D'ailleurs, si vous me le permettez, je vais vous répondre en français, à titre de représentante du Québec.

En effet, nous avons parlé du contexte de manque d'accès aux médecins de famille et de ses répercussions sur le cancer de l'ovaire. Les femmes qui sont sans médecin de famille et qui reçoivent un diagnostic de cancer de l'ovaire se retrouvent souvent en contexte d'urgence. Elles reçoivent un diagnostic plus tardif, ce qui est associé à un moins bon pronostic et à un moins bon taux de survie.

Outre la question de l'accès aux médecins de famille, il est également important de parler de la sensibilisation de ceux-ci aux symptômes du cancer de l'ovaire afin qu'ils puissent reconnaître de façon appropriée les symptômes, qui sont très vagues et non spécifiques. Une fois qu'ils ont reconnu les symptômes, ils doivent exiger les bons tests afin que les patientes soient dirigées vers un centre de traitement et qu'elles puissent être suivies en gynécologie oncologique.

Mme Lisa Marie Barron: Je ne pouvais pas poser ma question en français, parce que mon français n'est pas assez bon, mais j'ai compris votre réponse. Merci beaucoup.

[Traduction]

Ma prochaine question s'adresse à Mme Hanley ou peut-être à la Dre McAlpine. Elle est pour quiconque est la mieux placée pour y répondre.

Nous avons beaucoup parlé aujourd'hui de l'importance des normes nationales pour ce qui est de l'accès des femmes aux services de soins de santé et aussi de la prévention et du diagnostic, et je me demande quelles répercussions vous pourriez prévoir si des normes nationales plus rigoureuses étaient en place et, plus précisément, comment cela se répercuterait-il sur les soins offerts en Colombie-Britannique?

Y a-t-il des répercussions ou des avantages particuliers que vous pouvez imaginer à la mise en place d'une norme nationale plutôt que d'une approche disparate où les soins de santé diffèrent d'une province à l'autre?

Dre Jessica McAlpine: C'est une bonne question, et vous avez visé juste. Je pense que cela aurait une très grande incidence.

Ce que nous avons tous dit aujourd'hui — et encore une fois, c'est agréable de faire partie de ce groupe de témoins avec autant de gens que nous respectons et qui travaillent tous à atteindre les mêmes objectifs —, c'est que oui, il y a des choses qui ont du sens pour toutes les personnes présentes, j'en suis sûre, ici dans cette salle. Il y a des choses qui sont en fait validées scientifiquement, qui interpellent les patients, mais qui ne sont pas mises en œuvre de façon universelle et qui ont besoin de ce que nous appelons l'application des connaissances et à l'égard desquelles nous devons veiller à ce que les gens en comprennent la valeur. Que vous les accompa-

gniez d'une carotte ou d'un bâton ou que vous établissiez des lignes directrices à suivre, c'est ce qui aide à faire bouger les choses.

Je suis très déçue qu'un patient qui se trouve à 10 heures de route de moi puisse avoir une conversation avec son médecin qui diffère de celle que j'ai avec le patient plus proche de moi. Je pense que nous faisons un très bon travail de centralisation des soins dans les centres de cancérologie, mais il reste des défis à relever. Il y a des différences dans la sensibilisation des collectivités à la maladie et à la façon de la traiter, et je pense que des lignes directrices nationales permettraient d'établir qu'il s'agit de la norme d'excellence et que nous devons tous essayer de l'observer.

Dre Gillian Hanley: Oui, et je pense que les recherches que nous avons effectuées à l'échelle nationale sur les différences et les variations dans l'adoption de la salpingectomie opportuniste sont très claires.

S'il y avait des normes nationales et si la salpingectomie opportuniste était pratiquée au même rythme dans les autres provinces du Canada qu'en Colombie-Britannique... Il y a des milliers de femmes qui vont recevoir un diagnostic de cancer de l'ovaire qu'elles ne devraient pas recevoir. Les médecins auraient l'occasion de prévenir ce cancer, mais ils n'en ont pas profité, ce qui est tout simplement inacceptable. Des femmes, des épouses, des mères, des sœurs, des amies vont mourir de cette maladie, alors que ce serait tout simplement évitable.

Mme Lisa Marie Barron: Merci. Comme ce sera ma dernière question, je serai brève.

Dans la même veine, madame Hanley ou docteur McAlpine, il a été question aujourd'hui de l'autodépistage du virus du papillome humain, le VPH, en Colombie-Britannique. Puisque vous êtes en Colombie-Britannique, pouvez-vous nous dire comment cela se passe et comment cela pourrait favoriser le dépistage chez celles qui n'ont peut-être pas accès aux soins de santé pour diverses raisons? Y a-t-il d'autres exemples semblables dont vous pourriez nous parler?

• (1655)

Dre Jessica McAlpine: En Colombie-Britannique, nous sommes très enthousiastes et fiers de l'autodépistage. Comme vous pouvez l'imaginer, cela aide à réduire les obstacles liés à la distance géographique considérable, aux antécédents de traumatisme, à ceux qui, traditionnellement, n'ont pas fait partie du système de dépistage et au nombre disproportionné de minorités qui n'ont pas fait l'objet d'un dépistage. Toutes ces possibilités existent, et elles ont été très bien accueillies — même par les gens qui ne sont pas encore entrés dans le groupe d'âge du dépistage — en ce qui a trait à l'accessibilité et à la capacité qu'elles offrent de surmonter les obstacles.

Je pense que nous y arriverons aussi pour d'autres maladies. Je suis fière de dire que nous offrons des tests gratuits pour la classification moléculaire au Canada et, encore une fois, je rappelle certaines des autres initiatives dont nous avons parlé, alors nous estimons qu'une collectivité qui se trouve à huit heures de route de Vancouver s'en trouve grandement renforcée. Nous offrons la stratification moléculaire pour d'autres cancers qui sont sous-financés, comme le cancer de la vulve de stade 2, pour lequel nous en arrivons à des outils plus précis.

Je pense que nous pouvons y arriver. Je pense que nous devons simplement faire en sorte que tous ces outils soient offerts partout au pays et qu'il y ait de l'enthousiasme et une sensibilisation à la valeur qu'ils ajoutent.

Le président: Merci, docteur McAlpine et madame Barron.

La parole est maintenant à Mme Goodridge, pour cinq minutes.

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

Je tiens à remercier sincèrement tout le monde d'avoir participé à cette étude et d'avoir contribué à améliorer la vie des femmes et des filles, ainsi que celle des Canadiens en général.

Au fond de la salle, je vois un groupe de jeunes femmes, et je voulais peut-être élargir le débat.

Docteur Salvador, si vous pouviez donner des conseils aux jeunes femmes qui sont au fond de la salle et aux jeunes femmes de partout au Canada, quels seraient-ils?

Dre Shannon Salvador: Je pense que la chose la plus importante à faire, c'est de se renseigner sur notre santé et sur ce qui nous est offert, et aussi sur ce qui devrait nous être offert, parce que parfois, ce que nous ne savons pas, c'est aussi ce que nous devrions savoir. Que pouvons-nous faire pour améliorer notre santé? Qu'est-ce qui s'en vient ailleurs dans le monde?

Il s'agit de veiller à faire tout ce que nous pouvons pour optimiser notre santé, que nos vaccins soient à jour et que lorsque nous allons voir un professionnel de la santé, nous ayons la possibilité de faire quelques lectures à l'avance afin de pouvoir prendre le temps de poser des questions pertinentes qui sont importantes pour nous et notre famille.

Mme Laila Goodridge: C'est merveilleux. Merci. Je vous suis très reconnaissant de ces conseils. Je pense que ce sont de très bons conseils, et j'espère que toutes les femmes vous écouteront.

Dans le cadre de ces conversations, nous avons parlé du gène BRCA. Il existe des outils de dépistage du cancer du sein. Ils ne sont pas parfaits, ils ne sont pas tous excellents et ils ne sont pas tous très agréables à subir, mais ils existent.

Qu'est-ce qui existe, dans l'état actuel des choses, pour veiller à ce que des femmes ayant reçu un diagnostic de cancer du sein subissent des tests pour faire en sorte que le cancer ne se métastase pas en cancers gynécologiques? Est-ce qu'il se passe quelque chose de semblable au Canada?

Dre Shannon Salvador: Je peux répondre à cette question.

En fait, j'ai rencontré les membres d'un groupe de lutte contre le cancer du sein au début de l'année, alors qu'ils commençaient à vraiment intensifier leurs programmes de dépistage du BRCA. Il est de plus en plus possible d'obtenir des tests du BRCA pour le cancer du sein. En fait, les critères d'admissibilité étaient assez stricts auparavant, mais maintenant, on se rend compte qu'on devrait vraiment augmenter le nombre de personnes qui peuvent subir des tests. Dans chaque province, la plupart des programmes visent à maximiser les tests.

Dans le cas des cancers du sein, on procède souvent à des analyses sanguines, mais ce qui est intéressant, c'est que dans le cas des personnes à risque pour le cancer de l'ovaire, on fait des analyses de tumeurs. Nous testons la tumeur en soi lorsque nous effectuons des chirurgies. Ensuite, une fois que nous savons qu'une personne en particulier a obtenu un résultat positif au test BRCA, que ce soit un cancer du sein ou de l'ovaire, nous travaillons très fort pour essayer de communiquer le plus possible avec les membres de la famille et pour nous assurer qu'ils savent qu'ils doivent communiquer avec toutes les personnes ayant un lien de sang afin qu'elles

puissent se présenter et subir des tests. La meilleure chose que nous puissions faire pour n'importe qui, et de loin, c'est la prévention.

Mme Laila Goodridge: Je suis tout à fait d'accord.

J'ai réfléchi cette semaine. C'était une semaine difficile. Il y a 15 ans cette semaine, j'ai appris que ma mère avait un cancer du sein. Environ 11 mois plus tard, elle est décédée, malheureusement, à seulement 49 ans. C'était difficile pour toute notre famille. Parce que nous vivions dans une collectivité rurale et éloignée, elle n'a pas pu profiter d'un bon dépistage dès le début.

Les choses se sont beaucoup améliorées depuis, mais dans ce domaine, mieux vaut prévenir que guérir. Je me demande si quelqu'un peut nous en dire un peu plus sur les pratiques exemplaires qui ont cours partout au pays et sur lesquelles nous pouvons nous appuyer en matière de prévention, car c'est là que nous trouverons de l'aide et que nous sauverons des vies.

• (1700)

Dre Gillian Hanley: Je pense qu'il se fait beaucoup de recherches très importantes sur le BRCA et la détection précoce de ces mutations. Je sais qu'il y a des gens qui font partie de la Gynecologic Cancer Initiative, en Colombie-Britannique, qui se penchent sur le dépistage dans la population.

Nous devons absolument identifier les mutations BRCA le plus tôt possible afin d'offrir à ces personnes la prévention qui, nous le savons, est efficace pour prévenir le cancer du sein et le cancer de l'ovaire.

Il se fait beaucoup de recherches intéressantes sur la façon d'amener les gens à subir les tests dont ils ont besoin le plus tôt possible afin de prévenir les 20 % à 25 % de cancers de l'ovaire chez les personnes ayant subi une mutation de la protéine BRCA. On devrait pouvoir prévenir ces cancers si on détecte ces mutations plus tôt. Malheureusement, ces mutations sont souvent détectées au moment du diagnostic de cancer. Nous travaillons très fort pour trouver des façons d'offrir ces tests afin que les résultats des mutations soient détectés avant qu'un cancer ne soit diagnostiqué.

Mme Laila Goodridge: Je tiens à vous remercier. C'est une excellente information.

Le président: Merci, madame Goodridge.

La parole est maintenant à Mme Sidhu, pour cinq minutes.

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

Je tiens à vous remercier du fond du cœur au nom de tous les Canadiens. Merci pour votre travail.

On nous a dit que huit femmes par jour reçoivent un diagnostic de cancer de l'ovaire et que 75 % d'entre elles en sont au quatrième stade. Les femmes méritent certainement mieux. L'on entend dire que la mutation BRCA est la seule cause, et si le test Pap n'est pas sous-jacent, nous pouvons le vérifier, mais pensez-vous que les lignes directrices doivent être modifiées?

Ma question s'adresse à la Dre McAlpine.

Pouvez-vous dire quelque chose à ce sujet? Comment pouvons-nous protéger les femmes atteintes d'un cancer de l'ovaire qui en sont au quatrième stade et les aider à survivre?

Dre Jessica McAlpine: Vous avez raison. Nous n'avons pas de dépistage comme pour le cancer du col de l'utérus. Il n'y a même pas de symptôme annonciateur comme le cancer de l'endomètre, où des taches ou des saignements peuvent apparaître. Habituellement, lorsque vous avez des symptômes de cancer de l'ovaire, celui-ci est déjà à un stade avancé.

De très bonnes études internationales ont été réalisées aux États-Unis, au Royaume-Uni et au Japon, et aucune n'a démontré que le dépistage avait une incidence suffisamment importante sur l'identification des personnes atteintes. C'est la raison pour laquelle nous avons tourné nos énergies vers la prévention.

Nous avons beaucoup parlé du BRCA. Il représente 20 % des cancers graves de l'ovaire. Cela laisse 80 % des patientes qui n'ont pas d'antécédents familiaux dans la collectivité. C'est ce que nous appelons un risque général. C'est là où nous pensons que nous devons mettre notre énergie et notre motivation. Lorsque ces personnes subissent une intervention chirurgicale à l'abdomen, nous avons commencé par nous concentrer sur les chirurgies gynécologiques; si vous subissez une hystérectomie, mais que les tubes sont laissés en place, pourquoi ne pas les retirer de sorte que le cancer ne se développe jamais?

Nous passons maintenant au domaine de la chirurgie générale. Si vous subissez une opération de la vésicule biliaire ou une intervention colorectale, vos tubes sont là et ils sont accessibles. Il y a un chirurgien qualifié dans la salle. Pouvons-nous retirer ces tubes pour que la personne, 15 ans plus tard, ne développe pas un cancer de l'ovaire?

Sans cela, ce sera très difficile. Nous n'avons pas d'outil de dépistage magique dans notre poche.

Mme Sonia Sidhu: Merci.

Dre Gillian Hanley: Puis-je ajouter quelque chose?

La Dre McAlpine a fait un excellent travail, mais je voulais aussi dire que nous faisons maintenant avancer la recherche pour essayer de cibler les personnes qui présentent un risque de cancer de l'ovaire plus élevé que la moyenne au cours de leur vie et qui pourraient vouloir subir une ablation des trompes de Fallope afin de prévenir le cancer. Ce n'est pas parce qu'ils ont un BRCA ou une autre mutation génétique, mais simplement parce que nous sommes en mesure de prédire raisonnablement bien le risque de cancer de l'ovaire et d'identifier un sous-ensemble de personnes qui pourraient bénéficier de l'ablation des trompes de Fallope pour prévenir leur cancer.

Mme Sonia Sidhu: Merci.

Madame Vrionis, vos données suggèrent que seulement 35 % des patientes avaient une connaissance préalable du cancer de l'ovaire. Soit la majorité en était peu consciente, soit elle n'en avait jamais entendu parler.

Que recommandez-vous pour promouvoir la participation des patientes et une sensibilisation accrue à cette maladie afin d'améliorer les chances de détection précoce?

• (1705)

Mme Tania Vrionis: En tant qu'organisation, nous mettons l'accent sur l'amélioration de la sensibilisation, la diffusion du message et la collaboration avec nos partenaires à cet égard. Je pense qu'il est vraiment important de soulever cette question, surtout auprès des médecins de famille, lorsqu'ils reconnaissent ces symptômes.

Nous reconnaissons que lorsqu'une patiente présente des symptômes, elle est probablement déjà à un stade avancé, simplement en raison de la nature de la maladie, mais il est vraiment important que nous gardions cela à l'esprit et que nous nous assurons de le souligner pour tous les Canadiens. C'est un élément important de la santé des femmes. Il est important de voir comment tout cela s'intègre à notre dialogue annuel avec nos médecins. L'accès aux soins est essentiel.

Mme Sonia Sidhu: En guise de suivi, une recherche publiée sur le cancer indique que l'incidence et le fardeau du cancer du sein et de l'ovaire varient selon les groupes raciaux. L'incidence est plus élevée chez les femmes blanches, mais les chances de survie sont moins élevées chez les femmes noires que chez d'autres groupes racisés ou ethniques.

Pourriez-vous nous faire part de vos réflexions sur le traitement en fonction du facteur démographique?

Mme Tania Vrionis: Oui. Pour être honnête, j'aimerais que nous ayons plus de renseignements. Je pense que nous sommes encore en train d'apprendre. Encore une fois, il s'agit d'un domaine de recherche relativement nouveau que nous essayons de comprendre.

Lorsque notre organisation a communiqué avec notre communauté dans le cadre de ce que nous avons appelé notre étude Every Woman, nous avons constaté que nos résultats étaient très homogènes. Ce sont surtout des femmes blanches et scolarisées qui avaient répondu à notre enquête. Notre organisation travaille fort pour rejoindre d'autres collectivités.

Nous savons, grâce à un certain nombre d'études, qu'il y a certainement des défis à relever en ce qui concerne les soins culturellement sécurisants. Par exemple, si l'on soupçonne un cancer de l'ovaire, ce qui se produira pour amorcer le processus de diagnostic, c'est un examen pelvien, une échographie transvaginale et une analyse sanguine CA-125. Comme il s'agit de procédures très invasives que les femmes préfèrent éviter, lorsque vient le temps de faire avancer les choses, la prestation de soins culturellement sécurisants en particulier représente un véritable défi. Nous savons qu'un certain nombre de femmes reçoivent un diagnostic à l'urgence, ce qui n'est pas idéal non plus.

Nous avons encore beaucoup à apprendre et à comprendre. Nous travaillons fort pour y arriver, mais il y a encore beaucoup d'inconnues.

Le président: Merci, madame Vrionis.

Dre Jessica McAlpine: Puis-je...

Le président: Je suis désolé, docteur McAlpine. Nous avons largement dépassé le temps prévu pour cette série de questions. J'espère que quelqu'un d'autre consacrera une partie de son temps à ce sujet.

[Français]

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

Mme Andréanne Larouche: Merci, monsieur le président.

Certaines des témoins ont abordé la question de ce qui se fait à l'étranger. J'aimerais y revenir avec vous, madame Dinh.

Des statistiques canadiennes de 2023 sur le cancer suggèrent qu'il est nécessaire de déployer des efforts accrus en matière de prévention primaire pour réduire le risque d'avoir un cancer.

Comment les mesures de prévention primaire qui existent au Canada se comparent-elles à celles mises en place dans d'autres pays semblables?

Mme Valérie Dinh: Malheureusement, je ne suis pas la meilleure personne pour répondre à cette question.

Mme Andréanne Larouche: Est-ce qu'une autre des témoins aurait un point de vue plus international et pourrait répondre à cette question?

[Traduction]

Dre Jessica McAlpine: Pour ce qui est de la prévention ou du traitement?

[Français]

Mme Andréanne Larouche: En fait, je vais me permettre de passer à ma prochaine question.

Quelles interventions fondées sur des données probantes utilisées dans d'autres pays pourraient être reproduites au Canada pour améliorer la prévention primaire du cancer chez les femmes?

[Traduction]

Dre Jessica McAlpine: Je dirais que dans certains cas, pour la salpingectomie opportuniste, nous sommes en fait les chefs de file mondiaux. Les statistiques et les taux de participation sont remarquables.

La prévention ou le dépistage est difficile partout dans le cas du cancer de l'ovaire. Je dirais que nous avons tous des difficultés à l'échelle mondiale. Il y a différents modèles de dépistage dans la population dans d'autres pays qui, je crois, sont de bons exemples et que j'aimerais que nous adoptions, et il y a l'évaluation fondée sur le risque dont la Dre Hanley a parlé. Je pense que certains pays ont de meilleurs taux de vaccination que nous et que nous pourrions en tirer des leçons. Certains sont pires.

Je vais laisser les autres répondre, mais je ne pense pas qu'il y ait un seul pays qui soit un exemple parfait. Je dirais que le problème, c'est que ce manque de financement pour les cancers gynécologiques est international, malheureusement.

• (1710)

Dre Shannon Salvador: Je suis tout à fait d'accord avec la Dre McAlpine.

Dre Gillian Hanley: Je suis également d'accord avec la Dre McAlpine. Comme je l'ai dit dans mes notes d'allocation, le Canada est vraiment un chef de file mondial dans la recherche gynécologique sur le cancer et dans la prévention et le diagnostic efficaces. La classification moléculaire du cancer de l'endomètre a commencé ici. La salpingectomie opportuniste a commencé ici. Avec le dépistage du virus du papillome humain, le VPH, nous sommes de nouveau en avance. En ce sens, je pense que nous ne passons pas à côté de ce qui a été fait dans d'autres pays, mais d'autres pays ont parfois été plus efficaces pour assurer une participation et un accès équitables.

Le président: Merci, docteure Hanley.

Votre temps est écoulé, docteure Salvador, mais je ne pense pas que votre micro ait été activé lorsque vous avez commencé à parler. Veuillez conclure votre réflexion le plus brièvement possible.

Dre Shannon Salvador: Merci.

Je pense que le problème, c'est que d'autres pays peuvent offrir un accès plus égal sur l'ensemble de leur territoire, alors qu'il y a

des disparités au Canada, selon l'endroit où l'on se trouve. Nous avons une bonne longueur d'avance à certains égards, mais peut-être pas autant à d'autres, selon l'endroit où l'on se trouve.

Le président: Merci.

Vous avez la parole, madame Barron. Vous avez deux minutes et demie.

Mme Lisa Marie Barron: Merci, monsieur le président.

Docteure Hanley, pouvez-vous nous en dire un peu plus sur les stratégies de communication dont vous avez parlé dans votre déclaration préliminaire?

Dre Gillian Hanley: Je ne suis pas une experte de la façon dont le gouvernement fédéral pourrait communiquer, mais je pense qu'il y a eu des exemples dans le passé où le gouvernement fédéral a contribué à une communication efficace des messages sur la santé et le mieux-être à tous les Canadiens.

Je pense qu'il serait incroyablement utile d'utiliser ce moyen de diffuser des messages sur le cancer gynécologique pour veiller à ce que les Canadiennes soient au courant des possibilités de prévention, comme la salpingectomie opportuniste, et que toutes les Canadiennes sachent qu'un test d'autodépistage du VPH est à leur disposition. Il n'est pas encore disponible partout, mais il le sera bientôt.

Lorsque ce sera le cas, toutes les Canadiennes sauront qu'elles peuvent commander une trousse de dépistage chez elles, dans le confort de leur foyer lorsqu'elles le veulent, et qu'il est plus efficace que le test Pap pour le dépistage du cancer du col de l'utérus. Je pense qu'il y a une excellente occasion de communiquer ces messages très importants aux Canadiennes.

Mme Lisa Marie Barron: Merci.

Madame Vrionis, pouvez-vous nous en dire un peu plus sur l'importance d'une formation et d'un perfectionnement professionnel appropriés pour que nos praticiens continuent de disposer de l'information la plus à jour, puissent travailler ensemble et veiller à ce que l'information soit transférée aux nouveaux praticiens qui arrivent sur le terrain, et ainsi de suite? En quoi tout cela nous permettrait-il d'avancer de façon plus efficace?

Mme Tania Vrionis: Je vais certainement faire un bref commentaire, mais comme je ne suis pas non plus médecin, je vais peut-être demander à la Dre Salvador de vous répondre.

Je dirais que nous savons, particulièrement en ce qui concerne les médecins de famille, que beaucoup d'entre eux ne verront pas de cas de cancer de l'ovaire dans leur vie. Nous avons travaillé en tant qu'organisation pour créer des liens entre les futurs étudiants en médecine et les patientes qui vivent avec la maladie. Comme les médecins ne voient pas ce type de cancer très souvent, il n'est pas nécessairement facile à détecter.

Si vous me le permettez, je vais laisser l'experte répondre à cette question.

Dre Shannon Salvador: Lorsqu'il s'agit de former des gynécologues oncologues, très franchement, nous formons une communauté incroyablement serrée. Nous ne sommes pas nombreux au Canada. Je ne pense pas que les gens comprennent tout à fait. On parle de 250 gynécologues oncologues au service de toute la population du Canada. Nous ne formons probablement que de cinq à dix personnes par année. Je les connais tous personnellement. Ils m'ont formé et j'ai ensuite formé les générations suivantes.

Le domaine devient de plus en plus complexe. C'est là que nous avons besoin d'aide, ce qui n'était pas le cas auparavant, pour attirer davantage d'oncologues, de personnel infirmier et de médecins de famille dans notre domaine de pratique. Des oncologues très dévoués sont avec nous depuis 40 ans. Nous essayons d'amener la prochaine génération d'oncologues à s'intéresser à la gynécologie-oncologie, ce qui est parfois jugé moins excitant, parce que les traitements ne sont peut-être pas aussi excitants que les traitements pour des cancers du poumon et du côlon, des mélanomes et des choses du genre. Nous entrons maintenant dans une ère de progrès dans ce domaine, et nous avons vraiment besoin de l'aide de nos collègues.

Pour ce qui est de la formation, les gens du groupe gynécologie-oncologie sont très proches les uns des autres, mais nous avons besoin que des oncologues, des médecins de famille et des infirmières se joignent à notre équipe.

• (1715)

Le président: Merci, docteur Salvador.

La parole est maintenant à M. Ellis, pour cinq minutes.

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

Merci à tous d'être ici.

J'avais quelques questions au sujet des années potentielles de vie perdues. Pour moi, en tant que médecin de famille, cette donnée a toujours eu une signification importante. On parle souvent de cancers chez les personnes âgées, mais mis à part le cancer de l'endomètre, bien sûr, les cancers gynécologiques en particulier ont un impact important, surtout chez les femmes jeunes et d'âge moyen.

Docteur Salvador, avez-vous des commentaires à ce sujet?

Dre Shannon Salvador: Le cancer du col de l'utérus peut avoir les répercussions les plus importantes à cet égard. La plupart des femmes qui reçoivent un diagnostic de cancer du col ont habituellement entre 45 et 55 ans. Ces femmes sont dans la force de l'âge. À l'âge où elles élèvent leurs enfants, sont en milieu de carrière et s'occupent de membres plus âgés de leur famille, elles sont frappées par ce qui peut être un cancer dévastateur.

Le cancer du col de l'utérus peut être très traumatisant. Les cancers d'origine génétique touchent aussi en général les jeunes femmes et les femmes de la mi-quarantaine au début de la cinquantaine, et ce, pour les cancers de l'ovaire et de l'endomètre. Cependant, comme la population féminine vit de plus en plus longtemps, il faut tenir compte du fait que les femmes peuvent vivre en moyenne au Canada jusqu'à près de 90 ans, et que cette moyenne dépassera probablement bientôt les 90 ans. Elles vivent bien et en bonne santé bien après 70 ans et même après 80 ans.

Quand on parle de vies perdues, il s'agit de femmes en bonne santé qui n'ont pas d'autres problèmes médicaux et qui sont ensuite frappées par un cancer de l'ovaire. Avant, lorsque leur espérance de vie tournait autour de 80 ans et qu'elles avaient un cancer vers cet âge, c'était moins frappant, mais nous parlons maintenant de femmes qui auraient la possibilité de vivre encore 10, 15 ou même 20 ans.

M. Stephen Ellis: Merci beaucoup.

L'une des autres questions concerne la salpingectomie, par exemple, avec une hystérectomie vaginale.

Je suis désolé, mais j'ai oublié qui est l'experte en chirurgie robotique.

Dre Shannon Salvador: Ce serait moi.

M. Stephen Ellis: D'accord. C'est vous. Bon. Je suis désolé de revenir à vous.

Je pratique en Nouvelle-Écosse, et nous avons un très solide programme d'oncologie gynécologique. C'est un programme très centralisé. La difficulté, bien sûr, ce sont les déplacements. Dans les petits hôpitaux ruraux, il n'y a pas de chirurgie robotisée, sauf pour les cholécystectomies. Voilà essentiellement où nous en sommes. Il peut y avoir des appendicectomies, selon la personne qui travaille à ce moment-là.

Cependant, la difficulté concerne les salpingectomies, par exemple, avec des hystérectomies vaginales. Est-ce que cela crée un problème plus important pour les gynécologues locaux?

Dre Shannon Salvador: En fait, non. Ce qu'il y a de bien avec une salpingectomie — la Dre McAlpine peut certainement vous en parler, car elle a mis sur pied de vastes programmes de sensibilisation à ce sujet —, c'est qu'il est en fait assez facile de l'ajouter à une intervention chirurgicale pratiquée près du bassin. C'est la raison pour laquelle ces interventions peuvent être confiées aux équipes de chirurgie colorectale et générale, parce que si vous opérez pour faire l'ablation d'un appendice, c'est assez facile d'enlever aussi les trompes de Fallope pendant que vous y êtes. Même au moment de l'hystérectomie vaginale, il est assez facile de déplacer les trompes de Fallope dans le vagin pour pouvoir les retirer en toute sécurité tout en laissant les ovaires derrière.

M. Stephen Ellis: Merci.

Pour ceux d'entre vous qui ont vu cette intervention, ce n'est pas si facile. Je n'étais pas chirurgien en gynécologie, mais quoi qu'il en soit, c'est une tout autre histoire.

L'une des autres questions qui se posent dans notre grand pays — quiconque veut y répondre est la bienvenue — concerne le dépistage par test Pap. Tout d'abord, il y a les problèmes d'accès. Par exemple, si vous êtes une femme, voulez-vous être examinée par un homme médecin? C'est un aspect qui pose problème et qui requiert des solutions créatives.

Cependant, c'est le processus de rappel qui m'inquiète le plus. Tout d'abord, nous ne savons pas qui devrait subir un test Pap, et une fois que la personne a subi un test de Pap, elle n'obtient jamais le résultat. Elle doit se fier au médecin pour savoir si le résultat est bon, mauvais ou sans incidence et s'il faut un rappel, et ainsi de suite.

Même si nous créons un processus de dépistage du virus du papillome humain, ou VPH, à la maison, il faudra vraiment se pencher sur le processus de rappel. Quelqu'un y a-t-il réfléchi? J'ai quelques idées, mais si vous en avez une meilleure, j'aimerais bien l'entendre.

• (1720)

Dre Jessica McAlpine: Je peux en parler, puisque nous avons mis en oeuvre ce programme en Colombie-Britannique avec l'auto-dépistage.

Il y a aussi une crise, dont beaucoup de membres ont déjà parlé, qui est causée par la pénurie de médecins de famille. Il y a des dispositions sur la façon de traiter un résultat selon que vous avez un médecin de famille ou non, et sur la façon de le faire participer. En fait, ces dispositions s'appuient sur le même système de notification et de disponibilité des vaccins que celui que nous avons utilisé pour le programme provincial de lutte contre la COVID-19, et les personnes sont avisées par téléphone ou sur une application. Le résultat est également envoyé au médecin de la personne, si elle en a un.

Je suis encouragée, parce qu'avec le système qui existait il y a quelques mois, la situation devenait de plus en plus difficile en l'absence d'un médecin de premier recours. Je pense que nous avons maintenant les outils nécessaires pour bien faire les choses.

Le président: Merci, docteure McAlpine et monsieur Ellis.

Nous allons maintenant passer à M. Hanley — celui du Yukon — pour cinq minutes.

M. Brendan Hanley (Yukon, Lib.): Enfin, j'ai la parole.

J'aimerais commencer par la Dre Hanley.

Plutôt que de parler des liens de parenté qui pourraient exister entre nous, j'aimerais vous poser une question au sujet de la salpingectomie. Vous avez vanté son efficacité. Vous avez parlé d'une étude. Vous ne donnez pas beaucoup de détails, pour de bonnes raisons.

Pourriez-vous nous donner un aperçu de ce que nous avons appris au sujet de l'efficacité réelle et des chiffres? Combien devez-vous en faire pour obtenir un résultat positif? Qu'en est-il de la littérature pour vraiment appuyer l'élargissement de cette technique?

Dre Gillian Hanley: Il devrait être facile de répondre à cette question. Malheureusement, ce n'est pas le cas, et c'est en partie parce que nous en sommes encore aux premières étapes de la recherche.

Comme vous le savez peut-être, l'âge moyen du diagnostic du cancer de l'ovaire est de 61 ans. Nous faisons ces salpingectomies opportunistes sur des femmes qui, en moyenne, sont au début de la quarantaine. Nous n'avons pas encore fait tous les suivis nécessaires pour vraiment être en mesure de répondre à cette question.

Notre article de 2022 dans *JAMA Network Open* était la première étude prospective sur la salpingectomie opportuniste réalisée dans le but de prévenir le cancer de l'ovaire. C'est important, parce que cela signifie que le chirurgien retire toute l'extrémité de la trompe de Fallope pour vraiment réduire le risque.

Dans cette étude, nous n'avons observé aucun cancer sévère de haut grade chez les quelque 26 000 patientes qui ont subi une salpingectomie opportuniste. Ce chiffre était statistiquement beaucoup plus bas que celui auquel nous nous serions attendus si les cancers s'étaient manifestés au même taux que dans les groupes témoins, c'est-à-dire les personnes qui avaient une hystérectomie ou une ligature des trompes seulement.

Nous n'avons pas encore fait suffisamment de suivi pour donner le nombre précis de cas qui étaient à traiter, mais nous avons beaucoup de données préliminaires qui laissent entendre que la salpingectomie opportuniste sera très efficace pour réduire le risque de cancers de l'ovaire sévère de haut grade.

M. Brendan Hanley: Merci.

Je suppose qu'un thème commun se dégage autour de la mise en oeuvre. Comment pouvons-nous aller de l'avant et uniformiser les processus dans les domaines où nous constatons des réussites?

Je suis tout aussi... Je ne sais pas si j'oserais dire « choquée », mais il est certainement très alarmant de voir l'augmentation récente de l'incidence du cancer du col de l'utérus, alors qu'il s'agit probablement du cancer le plus évitable. Il semble y avoir un certain décalage.

Docteure Salvador, je crois que vous avez parlé comme s'il s'agissait presque d'un groupe démographique plus âgé, qui n'aurait pas fait partie de la cohorte des vaccins. J'aimerais approfondir un peu cette question. Y a-t-il des pays où la situation serait comparable?

L'autre jour, j'ai entendu Mme Gina Ogilvie, je crois, parler à la radio des résultats étonnants obtenus par la cohorte des vaccins en Australie. Ils sont en voie d'en arriver à l'élimination. En même temps, nous observons ce genre de phénomène distinct chez les personnes présumément plus âgées.

Pouvez-vous nous en dire un peu plus à ce sujet?

• (1725)

Dre Shannon Salvador: Je pense que ce qui m'a le plus troublé lorsque ces données ont été publiées, c'est que la collecte des données se termine en 2019, et nous savons tous ce qui s'est passé en 2020 et par la suite.

Si nous pensons qu'il y avait un problème avec le dépistage jusqu'en 2019 — parce que je pense que la majorité des problèmes provenaient probablement du fait que les femmes ne se soumettaient pas au dépistage ou qu'elles le faisaient en retard —, nous allons observer une hausse importante, je crois, une fois que nous aurons les données de 2020 à 2024, parce que le dépistage a sensiblement diminué. Il n'est pas remonté au niveau où il était auparavant en raison d'un manque d'accès. Les femmes n'ont pas fait l'objet d'un dépistage pendant les années de la COVID-19, et même lorsque le dépistage a été relancé, les femmes n'avaient pas accès aux lieux de dépistage.

Je pense que nous sommes en voie d'observer un autre choc important avec la prochaine collecte de données, malheureusement.

M. Brendan Hanley: Je vais devoir vous interrompre parce que mon temps est presque écoulé.

Je crois que cela nous ramène à la question de M. Ellis, qui portait sur l'autodépistage.

Y a-t-il une possibilité ici que nous puissions, en quelque sorte, faire un bond en avant en élargissant et en mettant en oeuvre à grande échelle l'autodépistage du VPH comme moyen de repartir sur la bonne voie?

Dre Shannon Salvador: Je suis tout à fait d'accord. C'est en fait l'un de mes objectifs lorsque je prendrai la présidence de The Society of Gynecologic Oncology of Canada. Je veux que tous les partenaires à la table parlent de la façon d'introduire l'autodépistage du VPH dans tout le pays.

Comme vous l'avez dit, il faut vraiment un solide programme provincial de collecte de données, et encore une fois, la Colombie-Britannique a l'un des programmes les plus solides au pays. Ils savent qui a été testé, qui ne l'a pas été et à quelle date remonte le dernier dépistage. Ils envoient des lettres de rappel pour rappeler aux femmes qu'il est temps de faire des tests. Les provinces qui cherchent à créer un programme, si elles n'en ont pas, devraient vraiment utiliser le programme de la Colombie-Britannique comme modèle pour aller de l'avant.

Je suis tout à fait d'accord pour dire que l'ajout de l'autodépistage du VPH et l'orientation dans cette direction constituent une recommandation importante.

Le président: Merci, docteur Salvador.

Nous passons maintenant la parole à M. Kitchen, pour cinq minutes.

Vous avez la parole.

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

Merci à tous d'être ici. C'est un grand plaisir de vous compter parmi nous, et nous vous sommes très reconnaissants de l'énorme quantité de renseignements que vous nous avez fournis pour notre rapport et pour les Canadiens qui nous regardent.

Je viens de la Saskatchewan, une province très rurale. Ma circonscription couvre 43 000 kilomètres carrés, mais ce n'est pas la plus grande. J'ai eu de nombreux patients qui ont parcouru de longues distances pour venir me consulter. Ce qui est malheureux pour nous, dans le sud-est de la Saskatchewan, c'est que comme nous n'avons pas beaucoup de médecins de famille qui ont des compétences et des connaissances dans le domaine gynécologique, je pense que beaucoup de cas nous échappent.

Votre commentaire, docteur Salvador, au sujet de l'autodépistage est formidable, parce que lorsque nous parlons de l'autodépistage du VPH, je vous dirais que je serais prêt à parier que seulement 5 % de la population sait qu'il existe.

Toujours à ce sujet, combien cela coûtera-t-il?

Dre Shannon Salvador: C'est l'un des aspects dont nous avons débattu quand nous avons discuté de la création d'un programme et quand nous nous demandions si la participation devrait être implicite ou explicite.

Comme vous pouvez l'imaginer, un programme explicite serait extrêmement coûteux. Il s'agirait d'envoyer par la poste une trousse d'autodépistage à toutes les personnes disponibles et de voir qui la retourne. Je ne sais pas, du point de vue de l'analyse coûts-avantages, si cela fonctionnerait vraiment.

Je pense que si l'on opte pour un programme d'autodépistage du VPH, on doit obtenir des lettres de présentation, suivies d'une inscription implicite, puis envoyer un test à la personne qui en fait la demande. On aurait alors plus de chances de récupérer ce test et d'être en mesure de faire ce dépistage.

Il est certain que les coûts des soins de santé sont un facteur très important dans ce genre de programmes.

M. Robert Kitchen: Compte tenu de ces énormes défis à relever, considérez-vous qu'il devrait s'agir davantage d'un programme national ou provincial?

• (1730)

Dre Shannon Salvador: C'est évidemment un énorme défi.

À l'heure actuelle, il incombe évidemment à chaque province de créer son propre programme. La grosse difficulté, encore une fois, avec le fait que ce soit uniquement provincial, c'est que les gens démenagent. Quand quelqu'un passe d'une province à une autre, c'est un peu comme recommencer à zéro en ce qui concerne son dossier médical. L'on n'a peut-être pas accès dans le dossier à tout ce que les patients ont déjà subi. Un dossier médical ne peut pas traverser les limites provinciales à moins que le patient ne le garde avec lui.

Le meilleur programme de dépistage serait national, et l'on aurait accès aux renseignements sur les dépistages antérieurs des patients de partout au pays.

M. Robert Kitchen: Merci.

Comme vous le savez probablement — même si le grand public n'est pas au courant —, la réalité, c'est que le VPH remonte à la période du Néandertal. Nous avons appris l'existence du VPH pour la première fois en 1949, je crois. Strauss et ses collaborateurs l'ont découvert, à l'aide d'un microscope électronique.

Lorsque j'ai commencé à pratiquer, le microscope électronique était le dispositif de dépistage de l'époque, mais la réalité, c'est que nous observions le virus. Le vaccin a été mis en œuvre en 2008, et, encore une fois, c'est une information publique que nous devons communiquer aux Canadiens pour qu'ils en comprennent vraiment la valeur.

Le problème, c'est le coût du vaccin contre le VPH, parce qu'on a l'impression qu'il est gratuit, mais ce n'est pas le cas. Dans certains cas, on parle de 300 \$, 400 \$ ou 500 \$ pour des gens qui n'en ont tout simplement pas les moyens.

Qu'en pensez-vous?

Dre Shannon Salvador: C'est un défi, c'est certain.

Nous vaccinons actuellement la majorité des enfants de la province avec un vaccin appelé Gardasil 9 qui protège contre neuf types de VPH. Ils reçoivent deux vaccins à six mois d'intervalle. Lorsque qu'une personne ne participe pas au programme pour jeunes enfants, alors oui, elle assume le coût.

Une fois qu'une personne a dépassé l'âge de 18 ans — qui a été établi comme un seuil un peu arbitraire —, elle n'a plus la même réponse immunitaire. Il faut donc trois vaccins. Dès lors, le montant commence à approcher les 600 \$, et si c'est une personne qui n'a pas eu l'occasion de se faire vacciner lorsqu'elle était enfant, c'est une honte.

M. Robert Kitchen: Merci.

Je vais aborder brièvement... Je n'ai pas beaucoup de temps, mais une de mes préoccupations concerne les praticiens ruraux. Comment les informer? Quelles suggestions pourriez-vous nous faire pour que nos futurs praticiens des soins primaires soient suffisamment informés pour comprendre les étapes à suivre? Ils étudient cela à l'école, mais souvent, si cela ne fait pas partie de leur pratique, c'est oublié. Qu'en pensez-vous?

Dre Shannon Salvador: Nous amenons notamment à la table les sociétés nationales de médecins de famille afin qu'elles puissent aider à diffuser l'information à leur corps. Évidemment, ces médecins doivent suivre une formation médicale continue. Nous le faisons tous. C'est une exigence de notre pratique. Chaque fois que nous obtenons de nouveaux renseignements ou que nous avons de nouvelles choses à transmettre aux médecins de famille et sur lesquelles les former, nous participons à leurs conférences — nous le faisons tous — et nous envoyons des experts pour prendre la parole et permettre la diffusion de l'information dans chacune des provinces.

Le président: Merci, docteur Salvador.

Dre Jessica McAlpine: J'ajouterais très rapidement que pour chaque initiative, nous avons des trousseaux d'outils et des formations que nous essayons d'élaborer pour les médecins de famille et les gynécologues généralistes, et pas seulement pour les spécialistes du cancer qui sont présents dans la salle. Cela nécessiterait probablement un meilleur financement et un meilleur soutien, mais ce sont des priorités. Je conviens qu'elles sont extrêmement importantes, et c'est ce que nous essayons de faire.

Le président: Merci, docteur McAlpine.

Nous passons maintenant à M. Powlowski, qui dispose de cinq minutes. Allez-y.

M. Marcus Powlowski (Thunder Bay—Rainy River, Lib.): Si vous me permettez de poser une question préalable — parce que je vais en poser beaucoup d'autres —, nous avons beaucoup entendu parler du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs et de ses recommandations concernant le cancer du sein. Dans quelle mesure participe-t-il à la formulation de recommandations sur d'autres types de dépistage ou de traitements gynécologiques, comme les salpingectomies?

Je pourrais peut-être vous poser la question, docteur Salvador, étant donné que vous êtes compétente dans tous ces domaines et que vous êtes ici.

Dre Shannon Salvador: Pour ce qui est des salpingectomies, docteur McAlpine, ont-ils fait une déclaration à ce sujet?

Dre Jessica McAlpine: Pas que je sache.

Docteur Hanley, est-ce que vous...?

Dre Gillian Hanley: Non.

M. Marcus Powlowski: D'accord. C'est assez intéressant, car nous avons entendu, dans le cadre de l'étude sur le cancer du sein, des questions au sujet de ses recommandations.

Puis-je m'adresser à la Dre Hanley? La vraie, pas le bon à rien qui est assis à côté de moi.

Des voix: Oh, oh!

M. Marcus Powlowski: Je crois que c'est vous qui avez parlé d'une étude du *Journal of the American Medical Association* sur les salpingectomies. Sur 26 000 femmes qui ont subi des salpingectomies, aucune d'entre elles n'a eu le cancer de l'ovaire. Ensuite, vous avez mentionné... Combien de personnes faisaient partie du groupe témoin? Je suppose qu'il y avait un groupe témoin de 26 000 personnes. Combien y en avait-il, et était-ce statistiquement significatif?

• (1735)

Dre Gillian Hanley: Oui, pour le groupe témoin, nous avons inclus essentiellement les chirurgies que les femmes avaient subies

avant la recommandation d'inclure la salpingectomie. Il s'agissait de femmes qui avaient subi des hystérectomies seules, de sorte que leurs trompes de Fallope n'ont pas été enlevées, ou de femmes qui avaient des ligatures des trompes, de sorte que leurs trompes de Fallope ont été ligaturées plutôt qu'enlevées. C'était notre groupe de contrôle. Il y en avait 32 000, et il y a eu 15 cancers dans ce groupe.

Encore une fois, comme ces femmes sont encore très jeunes, cela ne reflète pas le nombre de cancers que nous pensons prévenir. L'âge moyen était de 42 ans dans le groupe des salpingectomies et de 41 ans dans l'autre groupe, alors nous sommes loin, avec le suivi que nous avons, de l'âge plus avancé du diagnostic du cancer de l'ovaire. Cependant, nous avons déjà constaté une différence statistiquement significative entre ces groupes à ce stade très précoce, ce qui est très prometteur s'agissant de la réduction du risque que nous pouvons espérer.

M. Marcus Powlowski: J'ai travaillé pendant plusieurs années dans des pays en développement où j'ai pratiqué des opérations, effectué des ligatures des trompes et opéré un certain nombre de grossesses extra-utérines. Ai-je raison de dire qu'il n'est pas beaucoup plus difficile sur le plan technique de simplement faire l'ablation de la trompe au complet? Y a-t-il une ligature supplémentaire? Quel travail cela représente-t-il?

Dre Jessica McAlpine: Nous avons fait une étude à ce sujet. En moyenne, cela ajoute environ huit minutes, et la perte de sang est minime. En ce qui concerne les pays en développement, mon médecin résident revient tout juste du Kenya, où l'on procède à des salpingectomies opportunistes.

Dre Gillian Hanley: Oui. Dans notre essai de chirurgie colorectale, les chirurgiens colorectaux constatent que le temps supplémentaire moyen en salle d'opération a été de quatre minutes et demie pour retirer les trompes de Fallope, alors ce n'est pas difficile et cela ne prend pas beaucoup de temps.

M. Marcus Powlowski: Ma question est donc la suivante: qu'est-ce qui empêche une plus grande participation? Je pense que vous avez dit quelque chose au sujet de... Quel est le chiffre? Est-ce 80 000 personnes par année qui subissent une ligature des trompes? Si on faisait plutôt des salpingectomies, vous avez calculé qu'il y aurait 1 000 cas de cancer de l'ovaire en moins chaque année. Est-ce exact? Pouvez-vous répéter ces chiffres?

Dre Gillian Hanley: Il s'agit d'une étude que nous avons menée sur l'hystérectomie et la stérilisation tubaire au Canada. Nous avons constaté qu'entre 2017 et 2020, 80 000 Canadiennes ont reçu une ligature des trompes ou une hystérectomie sans salpingectomie, donc elles ont raté l'occasion de se faire enlever les trompes de Fallope. Cela faisait déjà un bon moment que nous recommandions la salpingectomie opportuniste: la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, la SOGC l'a formellement recommandée en 2015. Cela se traduira par un millier de cas potentiels de cancer de l'ovaire qui auraient pu être évités si l'on avait saisi l'occasion d'éliminer ces trompes de Fallope.

M. Marcus Powlowski: Pourquoi n'y a-t-il pas plus de chirurgiens qui font une salpingectomie plutôt qu'une ligature des trompes? Je pourrais peut-être demander à plusieurs personnes de répondre. S'agit-il de l'absence de preuves, ou d'autre chose? Cela ne semble pas prendre beaucoup plus de temps.

Je pourrais peut-être commencer par vous, docteur Hanley, puis je poserai la question aux autres chirurgiens gynécologues.

Dre Gillian Hanley: Vous savez, je pense qu'il y a eu une certaine hésitation. On s'inquiétait des complications supplémentaires possibles. Je pense que la recherche a vraiment répondu à ces préoccupations et démontré que les complications ne constituent pas un risque. Je crois que certains chirurgiens attendaient de voir les preuves de l'efficacité. Nous avons maintenant ces preuves et j'espère que cela changera les mentalités.

Ensuite, j'estime que tous les chirurgiens ne sont pas encore informés suffisamment, ce qui est malheureux et nous essayons très fort d'y remédier. Nous avons discuté avec toutes les provinces où les taux ont été plus faibles.

Le président: Merci, docteur Hanley.

Dre Jessica McAlpine: Je dirais que c'est un problème d'application des connaissances. Si vous n'en parlez pas et que votre patient ne vous pose pas de questions à ce sujet et que vos médecins résidents ne vous poussent pas à le faire, il est plus facile dene pas le faire. Je pense que cela rejoint certains des thèmes dont vous avez entendu parler aujourd'hui, à savoir que de bonnes données scientifiques ne suffisent pas. Il faut en parler et les présenter aux gens qui sont peut-être trop occupés pour assister à une réunion nationale ou qui n'ont pas participé aux formations médicales continues. Comment pouvons-nous les aviser et faire en sorte qu'ils soient informés?

• (1740)

Le président: Merci, docteur McAlpine.

Docteur Salvador, je vais vous demander d'y réfléchir en attendant le prochain tour de questions de M. Powlowski. Il vous accordera probablement un peu de temps à ce moment-là.

[Français]

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

Mme Andréanne Larouche: Merci beaucoup, monsieur le président.

Madame Salvador, vous avez parlé de la vaccination contre le VPH pour prévenir le cancer du col de l'utérus. D'ailleurs, j'aimerais entendre l'avis d'autres témoins qui auraient le goût de s'exprimer là-dessus.

L'Organisation mondiale de la santé a appelé à l'élimination mondiale du cancer du col de l'utérus. Selon vous, le Canada est-il en bonne voie d'atteindre d'ici 2030 les objectifs fixés par l'OMS?

[Traduction]

Dre Shannon Salvador: C'est une très bonne question.

Le Partenariat canadien contre le cancer, PCCC propose un guide et une présentation très précis sur les objectifs canadiens visant à éliminer le cancer du col de l'utérus afin d'atteindre les buts fixés par l'Organisation mondiale de la santé. À l'heure actuelle, si vous examinez la situation d'une année à l'autre, vous verrez que nous avons pris du retard par rapport aux objectifs énoncés dans ce document très précis et très complet qui a été créé au début de la COVID.

Le taux de vaccination est l'une des principales préoccupations mises en avant dans ce document. À l'heure actuelle, l'objectif principal est de ramener notre taux de vaccination à plus de 90 % d'ici la fin de la décennie, et nous ne sommes pas sur la bonne voie pour le moment.

Il y est aussi question du dépistage — là encore à 90 % — du VPH. Nous avons pris beaucoup de retard à cet égard. L'accès à la colposcopie est la seule chose qui se maintient, mais c'est aussi parce que nous ne voyons pas les chiffres auxquels nous nous attendions. Les cliniques de colposcopie atteignent leur objectif de voir les personnes très rapidement une fois qu'elles ont reçu leur diagnostic de VPH.

Si nous voulons atteindre cet objectif pour 2040 fixé par l'OMS, nous avons beaucoup de travail à faire. Je pense que le Canada peut encore le faire. Il nous faut simplement nous remettre sur la bonne voie et nous réunir et réunir les parties prenantes, pour examiner de nouveau ce document et atteindre les objectifs du Canada.

[Français]

Le président: Merci, docteur Salvador et madame Larouche.

[Traduction]

La parole est maintenant à Mme Barron, pour deux minutes et demie.

Mme Lisa Marie Barron: Merci.

Docteur Salvador, dans votre déclaration préliminaire, vous avez mentionné, entre autres choses... J'ai noté les mots que vous avez prononcés. Vous avez dit qu'il y avait un « recul » de la prévention. Je me demande si vous pourriez nous en dire un peu plus à ce sujet.

Dre Shannon Salvador: C'est lié au cancer du col de l'utérus. Si vous regardez les chiffres d'avant 2015, vous verrez que notre taux de cancer du col de l'utérus était en fait nettement à la baisse. Les choses se déroulaient comme prévu. Si vous regardez les chiffres projetés du rapport précédent sur le cancer, vous verrez qu'on s'attendait à ce qu'ils continuent de diminuer. C'est pourquoi le rapport qui a été publié en 2023, il y a quelques mois à peine, nous a tous ouverts les yeux, parce que cela ne s'était pas produit.

C'est là que je vois un recul. Nous devons à nouveau prêter attention. Je pense que nous avons fait preuve d'un peu de laxisme et que nous nous sommes dit que tout allait pour le mieux.

Comme nous l'avons tous dit, c'est le cancer le plus facile et le plus évitable. Nous avons un vaccin, et nous avons un long stade prodromique au cours duquel nous pouvons identifier les personnes qui ont des lésions précancéreuses.

Je pense qu'il s'agit simplement de se dire qu'il faut se réveiller. Nous devons tous nous rééduquer.

Mme Lisa Marie Barron: Merci.

Il y a une autre chose qui m'intrigue, si vous pouvez nous en dire plus, docteur Salvador. Vous avez parlé des coûts associés à la vaccination contre le VPH après l'âge de 18 ans. Je crois que vous avez dit qu'il y a un coût pour les personnes âgées de 18 ans et plus. Je me demande si vous pouvez nous faire part de vos réflexions sur les conséquences de ces coûts et sur les répercussions en chaîne du fait que les personnes doivent payer pour ces vaccins une fois qu'elles ont plus de 18 ans.

• (1745)

Dre Shannon Salvador: Si une personne n'est pas vaccinée enfant, une fois qu'elle aura dépassé l'âge de 18 ans, elle devra assumer ces coûts elle-même dans la plupart des provinces. Certaines provinces aideront à financer la vaccination des personnes qui ont déjà reçu un diagnostic de lésion. C'est un retour en arrière — simplement parce qu'elles ont reçu ce diagnostic, on ne veut pas qu'elles ratent le coche. L'espoir, c'est qu'elles puissent se faire vacciner avant que cela survienne, mais il est certain qu'il faut offrir la vaccination à tout le monde.

Pour certaines des femmes que j'ai rencontrées à la clinique de colposcopie, cela nuit à la vaccination. Elles n'en ont pas les moyens. Nous en discutons. J'ai même une infirmière très dévouée qui a négocié avec notre pharmacie pour offrir la vaccination à un coût réduit. C'est dire à quel point nous y tenions et à quel point nous pensions qu'il était important de la faire. Le coût empêche clairement certaines femmes de se faire vacciner de leur propre initiative.

Le président: Merci, docteur Salvador.

La parole est maintenant à M. Ellis, pour cinq minutes. Allez-y.

M. Stephen Ellis: Merci beaucoup, monsieur le président.

Sans insister sur ce point, je crois que ce nouveau programme de dépistage est l'avenir et que c'est ce vers quoi nous devons aller. Je pense que nous devons être clairs avec les Canadiens sur deux ou trois points.

Il y a d'abord les vaccins de routine. Ils doivent se les faire administrer. Nous prenons du retard sur tout. Je pense que c'est extrêmement important. Ces vaccins ont fait leurs preuves et ils fonctionnent. C'est un point important.

Le deuxième point est le suivant: quelle forme prendrait le meilleur programme? Vous pourriez peut-être nous expliquer les étapes. Vous faites un autodépistage. Je suppose que vous faites un prélèvement à la maison. Vous l'envoyez. Et ensuite? Si c'est positif, est-ce que vous allez directement à la colposcopie? Vous fait-on un test Pap par la suite? Vous pourriez peut-être nous donner un bref aperçu.

Dre Shannon Salvador: Absolument.

Pour ce qui est des tests de dépistage du VPH, nous allons recommander que les femmes soient soumises à un prélèvement tous les cinq ans, peu importe la méthode utilisée. C'est différent du test Pap. Cela doit être plus fréquent à ce moment-là.

Si le résultat est négatif, c'est parfait. Le prochain test sera dans cinq ans. Si le résultat est positif, nous faisons le sous-typage. Si c'est l'un des sous-types les plus à risque, les 16 et 18, qui sont les sous-types à risque élevé, alors ces patientes vont directement à la colposcopie.

Si vous aviez un programme national qui examinait ces résultats, vous pourriez offrir à la patiente la possibilité, si elle le voulait, d'en discuter avec un professionnel de la santé local, qui devrait être employé par la province, et cela pourrait se faire si elle a effectué un autotest. On pourrait même offrir une consultation virtuelle à ce sujet. Les patientes n'auraient pas nécessairement à se présenter physiquement; on pourrait leur offrir une consultation virtuelle. Comme nous l'avons vu dans le cas de la COVID-19, un grand nombre de consultations virtuelles ont été des réussites.

On pourrait leur donner l'information, puis les diriger vers le centre de colposcopie le plus proche. La prise de rendez-vous pourrait simplement être traitée par courrier, elles seraient vues en colposcopie, puis traitées par l'entremise des lignes directrices que nous recommandons.

S'il s'agit d'une personne qui fait partie de l'un des autres sous-types pouvant être à risque élevé nous offrons des tests Pap réflexe pour voir si une lésion se développe.

Lorsqu'une personne a subi le test de dépistage du VPH dans le cabinet d'un clinicien, c'est souvent à base de liquide, ce qui signifie qu'on peut automatiquement faire la cytologie, le test Pap, sur le liquide. Il n'est pas nécessaire que la personne se déplace. Cependant, si la personne fait un l'autotest à la maison, il s'agit en fait d'un écouvillon sec. C'est un autre type d'écouvillon. Elle serait alors tenue de se présenter pour une visite.

Il faut s'occuper de chacun de ces aspects, quel que soit le domaine que vous mettez sur pied, pour garantir que tous ces éléments sont pris en compte.

M. Stephen Ellis: Excellent. Merci beaucoup.

Je m'excuse, mais j'aimerais demander quelque chose. J'espère que nous pourrions le faire très simplement. Monsieur le président, je demande le consentement unanime du Comité pour la motion suivante:

Que, étant donné la situation récemment survenue à Belleville, en Ontario, où la municipalité a dû déclarer l'état d'urgence après 23 cas de surdose en l'espace de deux jours, le Comité appelle le maire de Belleville, Neil Ellis, le chef de police de Belleville, Mike Callaghan et d'autres experts à comparaître devant le Comité le plus tôt possible, au plus tard le vendredi 23 février 2024, et que le Comité fasse rapport à la Chambre de son inquiétude.

Encore une fois, je m'en excuse, mais il fallait le dire. C'est une situation urgente.

Merci à tous.

Le président: Je présume que vous en donnez avis.

M. Stephen Ellis: C'est exact.

Le président: D'accord. Merci.

M. Stephen Ellis: Je demande le consentement unanime, monsieur le président.

Le président: Nous pouvons tout faire par consentement unanime...

• (1750)

M. Stephen Ellis: Oui.

Le président: ... mais sinon, la motion n'a pas fait l'objet d'un préavis de deux jours.

M. Stephen Ellis: C'est exact.

Le président: En l'absence d'un consentement unanime, la motion serait irrecevable.

M. Stephen Ellis: Exact.

Le président: Y a-t-il consentement unanime pour adopter la motion présentée par M. Ellis?

Non.

Monsieur Ellis, il vous reste environ une minute et demie.

M. Stephen Ellis: Excellent. Merci beaucoup.

Lorsque nous commençons à examiner les systèmes ici, nous savons évidemment qu'il existe des idées incroyables. Je pense que nous souffrons tous du fait que les provinces travaillent en vase clos.

Y a-t-il quelqu'un autour de la table qui a une idée de la façon de diffuser cette information? Nous n'avons pas beaucoup d'influence ici au niveau fédéral, mais comment pouvons-nous encourager les provinces à dire: « Travaillons ensemble et faisons en sorte que cela se produise »?

Je serais heureux d'entendre ces idées, parce qu'il y a un problème important.

Ne levez pas tous la main en même temps. Je comprends.

Dre Shannon Salvador: Je pense qu'il faut connaître les champions dans chaque province.

Je recueille des noms. Je connais des gens. C'est une grande partie de mon travail. Je fais en sorte de savoir à qui je dois m'adresser dans chacune des provinces parce que ces interlocuteurs connaissent les problèmes de leur province et qu'ils peuvent les présenter à la table.

C'est ainsi qu'il faut éliminer les cloisonnements.

M. Stephen Ellis: Excellent.

Merci, monsieur le président.

Le président: Merci, monsieur Ellis.

M. Powlowski dispose des cinq minutes restantes du dernier tour de questions. Allez-y.

M. Marcus Powlowski: Commençons par la Dre Salvador, qui n'a pas vraiment eu l'occasion d'aborder la question du cancer de l'ovaire et des salpingectomies. Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs devrait-il faire une recommandation à cet égard? Dans quelle mesure cela aiderait-il à remédier au fait qu'elles ne sont pas pratiquées autant qu'il le faudrait?

Dre Shannon Salvador: Je pense que ce serait tout à fait utile.

La Society of Gynecologic Oncology of Canada, ainsi que les sociétés des États-Unis et la plupart des sociétés d'Europe, ont toutes fait des déclarations selon lesquelles nous devrions le faire, de sorte qu'il serait utile que le groupe de travail canadien aille également dans ce sens.

M. Marcus Powlowski: Aux fins du compte rendu docteur Hanley et docteur McAlpine, puisque cela figurerait dans nos recommandations, recommanderiez-vous la même chose?

Dre Gillian Hanley: Oui.

Dre Jessica McAlpine: Oui.

M. Marcus Powlowski: Merci.

J'aimerais maintenant parler du cancer du col de l'utérus et de notre recul à cet égard. Croyez-le ou non, je déteste me lancer dans des considérations politiques, mais pourquoi les taux de vaccination diminuent-ils?

Je vais peut-être me limiter à vous, docteur Salvador, puisque vous êtes en quelque sorte l'experte en la matière et que vous dirigez la Society of Gynecologic Oncology of Canada.

Dre Shannon Salvador: J'espère que cela tient en grande partie à la force du message des provinces au sujet du cancer du col de l'utérus. Lorsqu'une province a une base de données très solide, les

mères se voient appeler pour obtenir leur test PAP — « Venez le faire, venez le faire, venez le faire ». Si elles ont dû faire une colposcopie, elles ont vraiment cela à l'esprit lorsqu'elles prennent la décision de vacciner leurs propres enfants.

Si vous recevez un message très fort et très ferme de la part de votre province selon lequel il s'agit d'une question importante et que vous devriez faire un dépistage... Toutes les femmes dans la salle savent ce que c'est. Ce n'est pas plaisant, alors si elles peuvent éviter à leurs propres enfants d'avoir à subir cela, elles le feront certainement.

M. Marcus Powlowski: Voulez-vous mentionner brièvement la valeur de la vaccination des garçons contre le VPH?

J'ai deux adolescents. La première fois que j'ai lu la demande de consentement, je me suis dit: « Quoi? Des garçons? » Je suppose qu'il s'agit de l'immunité collective. Combien de décès potentiels évitez-vous en vaccinant également les garçons?

Dre Shannon Salvador: C'est en fait lié à deux choses. Ce n'est pas seulement une question d'immunité collective, qui est évidemment bénéfique; vous prévenez également les autres cancers.

Les hommes présentent un risque élevé de cancer anal et de cancer de la gorge. Oui, c'est beaucoup plus tard dans la vie et ce sont habituellement des choses qui arrivent maintenant dans la soixantaine et au-delà, mais si vous posez la question aux médecins spécialistes des oreilles, du nez et de la gorge, les ORL, ils vous diront que parce que le tabagisme a énormément diminué, ils ne voient plus de cancers de la gorge causés par le tabagisme. Tous ces cancers sont maintenant liés au VPH.

• (1755)

M. Marcus Powlowski: Combien de temps me reste-t-il, monsieur le président?

Le président: Il vous reste une minute et demie.

M. Marcus Powlowski: D'accord.

Permettez-moi d'en venir à ma question sur les grandes ambitions. Je crois que c'est la Dre Hanley qui a parlé de l'objectif de réduire de 50 % le nombre de décès par cancer d'ici 2035. Peut-être pourriez-vous répéter, car je n'ai pas vraiment entendu.

Permettez-moi de dire que le président Biden a déclaré que l'une de ses grandes ambitions était de réduire le nombre de décès par cancer aux États-Unis de quatre millions d'ici 2047, c'est-à-dire dans 25 ans. Le Canada devrait-il faire un effort semblable pour réduire le nombre de décès par cancer?

Quoi qu'il en soit, permettez-moi de commencer par la Dre Hanley, puis je passerai peut-être à d'autres personnes dans la salle.

Dre Gillian Hanley: Dans le cadre de la Gynecologic Cancer Initiative en Colombie-Britannique, où nous travaillons sur les différents sièges de maladie, dans le cadre des différents établissements et des diverses disciplines pour nous attaquer à tous les cancers gynécologiques — parce que nous pouvons apprendre les uns des autres, comme vous avez pu le constater aujourd'hui — nous avons pour objectif de réduire de 50 % d'ici 2034 le nombre de décès et de personnes atteintes d'un cancer gynécologique. Nous avons mis cela en place en 2019. Cela comprend la prévention des cancers du col de l'utérus et des ovaires, l'amélioration des traitements du cancer de l'endomètre et l'amélioration de la survie pour les personnes atteintes d'un cancer gynécologique et celles qui en sont guéries.

Nous avons un plan très complexe que nous serions très heureux de vous communiquer si vous voulez venir nous rendre visite en Colombie-Britannique.

M. Marcus Powlowski: Ce serait formidable. Merci.

Docteure McAlpine, pourriez-vous répondre brièvement, de même que les autres personnes ici présentes? Nous allons manquer de temps.

Dre Jessica McAlpine: Je n'ai rien à ajouter à ce qu'a dit la Dre Hanley, si ce n'est que les données scientifiques et les initiatives sont disponibles. Nous devons les utiliser.

M. Marcus Powlowski: D'autres personnes dans la salle?

Merci.

Le président: Parfait. Merci beaucoup.

Cela met fin aux séries de questions pour ce groupe, mais cela ne met pas fin à notre réunion, chers collègues, alors ne vous précipitez pas. Nous avons encore 30 minutes à huis clos.

Je remercie les témoins experts qui comparaissent devant nous aujourd'hui. Je suppose que vous êtes très occupées. Nous vous sommes très reconnaissants du professionnalisme et de la patience dont vous avez fait preuve dans vos réponses très complètes. Elles nous seront très utiles dans le cadre de cette étude. Merci pour ce que vous faites pour vos patientes et merci d'avoir été parmi nous aujourd'hui.

Nous allons suspendre brièvement la séance pour passer à huis clos.

[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>