



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

44^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

Comité permanent de la santé

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 123

Le jeudi 13 juin 2024

Président : M. Sean Casey



Comité permanent de la santé

Le jeudi 13 juin 2024

• (1100)

[Traduction]

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

Bienvenue à la 123^e réunion du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes.

Avant de commencer, je demande à tous les membres et à tous les participants présents dans la salle de consulter les cartes sur la table qui expliquent comment éviter des effets Larsen.

Veillez noter les mesures préventives suivantes adoptées pour protéger la santé et la sécurité de tous les participants, y compris des interprètes. N'utilisez que les écouteurs noirs approuvés. Les anciens écouteurs gris ne doivent plus être utilisés. Veillez à toujours garder vos écouteurs loin de tout microphone.

[Français]

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

[Traduction]

Le président: Vous avez la parole.

[Français]

M. Luc Thériault: Je n'entends absolument rien.

D'une part, j'aimerais que vous fassiez respecter le décorum. D'autre part, par votre entremise, monsieur le président, j'aimerais dire aux interprètes que, si on veut que tout fonctionne bien aujourd'hui, il faudrait qu'ils s'approchent autant que possible de leur micro. Je sais qu'ils font un travail difficile, mais je n'entends pratiquement rien et le niveau de mon appareil est presque au niveau 10, ce qui est dangereux pour moi.

Le président: Est-ce le même problème technique que les autres fois qui n'est pas lié au bruit dans la salle?

M. Luc Thériault: La semaine dernière j'ai accepté de suivre la séance malgré tout, mais la situation n'était pas réglée.

Le président: D'accord. Nous allons suspendre la rencontre pour essayer de régler le problème technique.

La séance est suspendue.

• (1100)

(Pause)

• (1105)

[Traduction]

Le président: La séance reprend.

Monsieur Thériault, le problème semble-t-il résolu pour l'instant?

[Français]

M. Luc Thériault: Présentement, le volume est à 8 sur 10, et j'entends correctement. Il faudrait simplement faire attention s'il y a un changement d'interprète en cabine, parce qu'à cette force, le son peut être dommageable. Je vais fonctionner comme cela parce que j'entends, maintenant. Il faudrait aussi ajuster le son en salle par rapport aux témoins qui sont présents par vidéoconférence.

Le président: D'accord, merci.

Je continue donc.

[Traduction]

Quand vous n'utilisez pas vos écouteurs, posez-les face vers le bas sur l'autocollant placé sur la table à cette fin. Merci de votre coopération.

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

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

Je souhaite la bienvenue à notre groupe de témoins.

Chers collègues, vous remarquerez sur l'avis de réunion que nous avons réparti les témoins en deux groupes de deux personnes. Cela a été fait pour tenir compte de l'emploi du temps d'un des témoins et pour disposer du maximum de temps avec chacun.

Aujourd'hui, nous accueillons, de 11 heures à 12 heures, par vidéoconférence, la Dre Jean Seely, professeure de radiologie, faculté de médecine, Université d'Ottawa. Nous accueillons également Kelly Wilson Cull, directrice, Défense de l'intérêt public, et Ciana Van Dusen, gestionnaire, Défense de l'intérêt public, Prévention et détection précoce, Société canadienne du cancer; et toutes deux sont présentes dans la salle.

Nous commencerons par les observations préliminaires de la Dre Seely, qui est en ligne.

Bienvenue au Comité, docteure Seely. Vous avez la parole. Vous disposez de cinq minutes.

Dre Jean Seely (professeure de radiologie, Faculté de médecine, Université d'Ottawa, à titre personnel): Je vous remercie, monsieur Casey et mesdames et messieurs les membres du Comité, de me donner l'occasion de commenter les lignes directrices provisoires du groupe d'étude canadien en matière de dépistage du cancer du sein.

En tant que spécialiste de l'imagerie mammaire, je diagnostique des cancers du sein chez des femmes à tous les stades. Je les détecte au moyen d'un dépistage ou je pose un diagnostic après qu'une femme présente un symptôme de masse palpable. Je pratique des biopsies et je localise les cancers du sein pour les chirurgiens. J'interprète l'imagerie de femmes chez qui l'on a diagnostiqué un cancer du sein à un stade avancé ou une récurrence du cancer. Je parle avec des femmes à tous les stades de la maladie. Un cancer détecté par dépistage avant l'apparition de symptômes a un diagnostic très différent de celui d'un cancer détecté à cause de symptômes aux stades 2 ou 3, ou lorsqu'il est incurable, au stade 4.

Le groupe d'étude estime à tort que la nocivité d'un examen d'imagerie supplémentaire est comparable au diagnostic tardif d'un cancer du sein à un stade avancé. Mes patientes affirment que la gravité du préjudice lié à un diagnostic tardif dépasse largement le stress associé à un examen d'imagerie supplémentaire. Ces préjugés ne sont pas équivalents.

Les lignes directrices provisoires en matière de dépistage du cancer du sein récemment publiées par le groupe d'étude suscitent de vives inquiétudes dans la communauté médicale. En tant qu'experte faisant partie du groupe chargé de l'examen des données probantes, je trouve ses recommandations très décevantes. Ces lignes directrices ne tiennent pas compte de données récentes et solides qui incitent à commencer le dépistage à 40 ans, norme à présent adoptée par les États-Unis et par de nombreux autres pays.

Les recommandations du groupe d'étude reposent sur des études vieilles de 40 à 60 ans qui utilisent des technologies obsolètes, comme la mammographie sur film avec écran. En tant qu'experts, nous avons déconseillé d'inclure ces données dépassées, car c'est négliger les progrès monumentaux dans le traitement du cancer du sein, notamment à récepteurs hormonaux positifs, avec le tamoxifène, les options chirurgicales moins invasives, comme la lumpectomie, la biopsie des ganglions sentinelles, et les agents immunologiques et chimiothérapeutiques modernes qui révolutionnent complètement la prise en charge du cancer du sein. Le groupe de travail du groupe d'étude s'est mêlé de nos recommandations d'experts et a insisté pour que ces études soient utilisées.

Par son approche, le groupe d'étude minimise l'importance d'études par observation récentes portant sur des millions de femmes qui comparent le dépistage à l'absence de dépistage, avec un diagnostic et un traitement actualisés. Il s'agit notamment d'une vaste étude canadienne portant sur plus de 2,7 millions de femmes ayant fait des dépistages sur 20 ans et montrant une réduction de 44 % de la mortalité par cancer du sein chez les femmes qui ont commencé le dépistage dans la quarantaine. Des études similaires menées en Suède révèlent des avantages encore plus importants, avec une réduction de la mortalité de 50 à 60 % chez les femmes âgées de 40 ans et plus.

En outre, le groupe d'étude a utilisé les anciens essais pour évaluer le stade du cancer au moment de la détection et est donc passé à côté des avantages d'une détection à un stade précoce au moyen de la technologie de dépistage la plus récente. Les progrès de la technologie de dépistage au cours des 15 dernières années ont amélioré de 20 à 40 % la détection du cancer du sein.

Recevoir un diagnostic de cancer du sein est dévastateur, mais les dommages sont en grande partie évitables lorsqu'il est détecté à un stade précoce. Les taux de survie sont très différents d'un stade à l'autre. Ainsi, le taux de survie à cinq ans est proche de 100 % pour un stade 1 détecté par dépistage, contre seulement 22 % pour le

stade 4, où la maladie est devenue incurable. De plus, les traitements sont beaucoup moins intensifs et moins coûteux lorsque la maladie est traitée à un stade précoce. Au stade 1, le traitement coûte en moyenne 30 000 \$ canadiens, alors qu'au stade 4, il peut coûter un demi-million de dollars. Au Canada, les cancers du sein détectés dans le cadre des programmes de dépistage systématique sont diagnostiqués au stade 1 dans 87 % des cas.

Le groupe d'étude ignore les données qui montrent que les femmes de race et d'ethnicité autres que blanches sont plus susceptibles de recevoir un diagnostic de cancer du sein dans la quarantaine. Une approche unique où l'on recommande le dépistage à partir de 50 ans seulement est discriminatoire à l'égard de ces femmes et contribue à leur taux deux fois plus élevé de cancer du sein avancé à cause d'un dépistage, d'un accès au dépistage et d'un diagnostic tardifs.

Le groupe d'étude reconnaît que les femmes aux seins denses sont deux fois plus susceptibles de développer un cancer du sein que les autres, mais il ne reconnaît pas que la mammographie est moins sensible chez ces femmes. En fait, cette sensibilité passe de 90 % chez les femmes aux seins non denses à 60 % chez celles qui ont les seins les plus denses. Le groupe d'étude ne tient pas compte d'études randomisées de qualité qui montrent que l'ajout du dépistage par imagerie à résonance magnétique, ou IRM, réduit les cancers d'intervalle, c'est-à-dire les cancers qui sont découverts en raison de symptômes après une mammographie normale, de 80 % avec l'IRM et de 50 % avec une échographie mammaire supplémentaire. Ces cancers d'intervalle sont des substituts acceptables selon des données sur la mortalité attribuable au cancer du sein, mais le groupe d'étude n'en tient pas compte, malgré une recommandation d'experts.

• (1110)

Nous devons exiger que nos politiques de santé tiennent compte des données scientifiques les plus récentes et des pratiques exemplaires en médecine.

Je vous remercie de votre attention.

Le président: Je vous remercie, docteure Seely.

Nous passons maintenant à la Société canadienne du cancer, avec Mme Wilson Cull ou Mme Van Dusen, ou les deux.

Vous disposez de cinq minutes. Bienvenue au Comité. Vous avez la parole.

Mme Kelly Wilson Cull (directrice, Défense de l'intérêt public, Société canadienne du cancer): Bonjour.

Je m'appelle Kelly Wilson Cull et je suis directrice, Défense de l'intérêt public. Je suis accompagnée de Ciana Van Dusen, qui est la gestionnaire de la défense de l'intérêt public, Prévention et détection précoce.

La Société canadienne du cancer est le porte-parole de personnes concernées par le cancer. Nous sommes heureux, dans le cadre de notre engagement à améliorer et à sauver des vies, de formuler des recommandations au sujet du dépistage du cancer du sein.

Le cancer est la principale cause de mortalité au Canada. On prévoit que deux personnes sur cinq recevront un diagnostic de cancer au cours de leur vie et qu'environ une personne sur quatre en mourra. On estime qu'une Canadienne sur huit recevra un diagnostic de cancer du sein au cours de sa vie. Le cancer du sein est le cancer le plus courant chez les femmes au Canada et, même s'il y a moins de cas chez les femmes de moins de 50 ans, il demeure la principale cause de mortalité par cancer chez les femmes âgées de 30 à 49 ans.

Bien que les données d'une étude récente montrent que les taux d'incidence du cancer du sein chez les femmes dans la quarantaine ont augmenté au cours des 55 dernières années, les taux d'incidence et de mortalité en ce qui concerne ce cancer au Canada tendent à baisser, la détection précoce, les traitements et les soins continuant de s'améliorer. Cependant, nous devons reconnaître que des données internationales montrent que plus de femmes noires, asiatiques et hispaniques atteintes du cancer du sein reçoivent un diagnostic avant l'âge de 50 ans et qu'elles le reçoivent plus souvent à un stade avancé de la maladie que d'autres femmes. Cela signifie qu'en attendant qu'elles aient 50 ans pour un premier dépistage du cancer du sein, on laisse passer des occasions de détection précoce chez les femmes de ces communautés.

Les données d'essais et d'études de modélisation ainsi que des données du monde réel montrent les avantages qu'il y a à commencer un dépistage régulier et systématique du cancer du sein à 40 ans. L'accès au dépistage en temps opportun est essentiel pour déceler le cancer du sein tôt, à un moment où les traitements ont plus de chances de réussir. Des personnes atteintes d'un cancer du sein continuent de nous dire qu'elles ne se sentent pas prises en compte par les lignes directrices actuelles parce qu'elles ne reflètent pas ce qu'elles vivent. De plus, il ressort d'un sondage national que la plupart des répondants se déclarent favorables à l'élargissement de l'accès au dépistage systématique du cancer du sein aux femmes âgées de 40 à 49 ans.

La Société canadienne du cancer appuie l'accès au dépistage du cancer du sein des femmes et des personnes transgenres, non binaires et de diverses identités de genre âgées de 40 à 49 ans qui présentent un risque moyen de développer ce type de cancer. Nous devons également veiller à ce qu'il existe des lignes directrices claires pour les personnes qui présentent un risque élevé de développer un cancer du sein, comme les personnes qui ont certaines mutations génétiques, des antécédents familiaux ou des seins denses.

Je cède la parole à Mme Van Dusen.

• (1115)

[Français]

Mme Ciana Van Dusen (gestionnaire de la défense de l'intérêt public, Prévention et détection précoce, Société canadienne du cancer): Merci, madame Wilson Cull.

Un nombre croissant de provinces au Canada ont commencé à offrir des services de dépistage du cancer du sein à partir de l'âge de 40 ans ou ont fait des annonces concernant l'élargissement de l'accès à ces services. Ainsi, pendant que les provinces et les territoires examinent les nouvelles lignes directrices nationales en la matière, la Société canadienne du cancer, ou SCC, demande aux administrations restantes d'inclure les femmes de 40 à 49 ans à risque moyen de cancer du sein dans leur programme de dépistage organisé pour le cancer du sein. Ce changement reflète également les nouvelles données probantes qui ont été publiées entre la dernière mise à jour

des lignes directrices canadiennes, en 2018, et celles qui ont été présentées il y a quelques semaines.

Les données sur la participation aux programmes de dépistage du cancer du sein au Canada vont bientôt être mises à jour par le Partenariat canadien contre le cancer. Pour l'instant, nos données datent d'avant la pandémie, et les programmes de dépistage du cancer du sein n'atteignent pas l'objectif national de 70 % de participation. Il est donc important d'augmenter la capacité à répondre aux besoins des personnes au Canada, tout en tenant compte des besoins des populations mal servies, en particulier des personnes faisant partie de communautés racisées ou autochtones, ainsi que des personnes à faible revenu ou vivant en région rurale ou éloignée, et en adaptant les services en conséquence.

De plus, la SCC recommande que le gouvernement fédéral investisse davantage dans la recherche afin d'élargir les connaissances sur le dépistage et les risques associés au cancer. Il est aussi important de combler les lacunes dans les données afin que nous ayons une meilleure compréhension de l'incidence du cancer du sein au Canada. La Stratégie pancanadienne de données sur le cancer et la Charte pancanadienne des données sur la santé décrivent d'intéressantes possibilités pour améliorer les données au pays.

Par ailleurs, les gouvernements doivent investir dans la prévention, la détection précoce et le traitement du cancer du sein et réduire les effets de la pénurie de main-d'œuvre. Ces investissements comprennent de nombreux investissements en ressources humaines, dans l'intégration de nouvelles technologies, dans les infrastructures numériques et dans la modernisation des trajectoires de soins pour répondre aux besoins actuels et futurs des Canadiennes et des Canadiens.

Enfin, j'aimerais vous remercier d'avoir pris le temps d'écouter nos recommandations. Nous sommes impatients de continuer à travailler ensemble pour mieux soutenir les personnes touchées par le cancer, car, pour agir contre le cancer, il faut prendre une société.

Merci.

Le président: Merci à vous.

Nous allons commencer les tours de questions par les conservateurs.

Monsieur Ellis, vous avez la parole.

[Traduction]

M. Stephen Ellis (Cumberland—Colchester, PCC): Je vous remercie, monsieur le président.

Je remercie les témoins de leur présence aujourd'hui pour ce sujet très important.

Ce que nous avons très clairement entendu, c'est que, malgré ce que dit le groupe d'étude, la science évolue très rapidement. Il s'agit d'un environnement dynamique. Des données scientifiques ne sont pas prises en compte, ce qui est très décourageant.

Docteur Seely, je sais que vous n'avez pas de boule de cristal — et si vous en avez une, je vous l'emprunterai volontiers de temps en temps —, mais le groupe d'étude a publié ses lignes directrices provisoires. Pensez-vous qu'il soit possible, en conjuguant la voix de ce comité en particulier et vos voix, d'obtenir leur modification afin qu'elles correspondent davantage aux données scientifiques actuelles?

• (1120)

Dre Jean Seely: Le problème avec les recommandations du groupe d'étude, c'est qu'elles dictent quelles données pourraient être utilisées. Le groupe d'étude insiste pour inclure les essais contrôlés randomisés réalisés il y a de 40 à 60 ans. Les données générées sur lesquelles s'appuient ces recommandations ne tiennent donc pas compte des données les plus à jour. Je crains que ces recommandations provisoires ne soient pas modifiées malgré les commentaires.

Nous recommandons de ne suivre aucune de ces recommandations et de recommencer avec les données que les experts recommandent d'utiliser.

M. Stephen Ellis: Dans le même ordre d'idées, il y a, je crois, une préoccupation que nous devrions tous partager. C'est en tout cas l'une de mes préoccupations. Nous ne voulons pas que les Canadiennes reçoivent des messages contradictoires. Cela crée une difficulté. Si nous pensons — et je crois que ce que vous dites est vrai — que les lignes directrices provisoires vont être adoptées, comment faire davantage entendre la voix qui dit, au nom des femmes, qu'elles devraient pouvoir accéder au dépistage du cancer du sein à l'âge de 40 ans?

Je vis en Nouvelle-Écosse. C'est une réalité là-bas. Les femmes ont accès au dépistage, comme vous le savez, dès 40 ans. Serait-il judicieux que le Comité écrive à tous les ministres de la Santé provinciaux après son rapport final pour s'assurer qu'ils entendent ce message haut et fort? Est-ce une autre solution à laquelle nous pourrions recourir pour faire en sorte que le message soit bien entendu?

Dre Jean Seely: Cela aiderait certainement. Ce que nous savons, c'est que les provinces et les territoires ont maintenant tous mis à jour leurs lignes directrices en matière de dépistage. Les deux seuls qui restent sont le Québec, qui examine les données, et le Manitoba. Le problème, c'est que de nombreux médecins de famille dans le pays suivent ces lignes directrices du groupe d'étude. Nous savons que, lorsqu'il a modifié ses recommandations en 2011, en Colombie-Britannique — qui, comme la Nouvelle-Écosse, permet aux femmes d'être dépistées dans la quarantaine —, beaucoup moins de femmes dans la quarantaine se sont soumises à un dépistage. Le taux de participation est passé de 50 à 25 %.

Nous devons déconseiller encore plus clairement d'adopter ces lignes directrices, car elles sont suivies par de nombreux médecins de famille qui n'ont pas le temps de se tenir informés des données les plus récentes.

M. Stephen Ellis: Pensez-vous qu'il soit possible, alors, de cibler le Collège des médecins de famille du Canada pour que ces derniers entendent très clairement ce message? De toute évidence, les données scientifiques existent, mais il s'agit surtout d'un exercice de communication, comme vous l'avez mentionné très clairement, à l'intention des médecins de famille et des femmes au Canada. Je sais que vous n'êtes pas spécialiste en marketing, mais ce que je demande, c'est comment faire passer ce message haut et clair, malheureusement sans que le groupe d'étude modifie ses lignes directrices?

Dre Jean Seely: Il est certain qu'un message du gouvernement et du Comité serait très utile. Il serait probablement très utile de le cibler sur les médecins de famille, qui ont une connaissance plus limitée du sujet, et de l'amplifier pour les programmes de dépistage.

J'encourage le Québec et le Manitoba à adopter une approche systématique. Les programmes de dépistage qui sont offerts sont

excellents, et nous recommandons que tous les dépistages soient effectués dans le cadre d'un programme de dépistage et avec accès direct à partir de 40 ans.

M. Stephen Ellis: Je vous remercie.

Madame Cull, la Société canadienne du cancer estime-t-elle aussi que cette approche contribuerait à amplifier le message? Je sais que je vous mets sur la sellette, mais c'est notre rôle ici, et je vous remercie donc de bien vouloir répondre.

Mme Kelly Wilson Cull: Oui, certainement. La Société canadienne du cancer collabore très activement avec tous les gouvernements provinciaux du Canada sur cette question. Nous reconnaissons que bien des programmes provinciaux...

Mme Karen Vecchio (Elgin—Middlesex—London, PCC): J'invoque le Règlement. Je demande l'anglais, mais j'entends la traduction en français maintenant.

Le président: Nous vous demanderons de répéter votre réponse après que nous aurons réglé le problème technique.

Je crois que le problème est résolu. Quand il s'est produit, il restait environ une minute de temps de parole à M. Ellis, mais vous étiez en train de répondre à sa question. Je vous invite donc à finir d'y répondre.

• (1125)

Mme Kelly Wilson Cull: Je vous remercie.

Il me semble que vous avez parlé de « messages contradictoires », et c'est en partie le problème que nous posent ces lignes directrices. Les provinces et les territoires ont des approches différentes en matière de dépistage du cancer du sein. Sans le vouloir, cela crée des inégalités, car l'endroit où l'on vit décide de l'accès au dépistage du cancer du sein.

La Société canadienne du cancer demande à tous les gouvernements provinciaux de réduire l'accès au dépistage systématique à partir de 40 ans. Nous savons que, dans certaines provinces — je viens de Nouvelle-Écosse —, l'accès direct est possible, par exemple, et ce depuis un moment, alors que des provinces comme l'Ontario se sont engagées à instaurer ce système, mais n'y sont pas encore tout à fait.

L'endroit où l'on vit ne devrait pas déterminer l'accès au dépistage du cancer du sein au Canada. Nous voulons faire en sorte qu'il y ait une approche équitable. Nous savons qu'à l'heure actuelle, les provinces s'en remettent aux indications du groupe d'étude. Nous avons donc besoin d'un leadership et d'une infrastructure solide pour garantir que les provinces reçoivent les lignes directrices les plus complètes, les plus précises et les plus à jour. Elles pourront alors prendre les bonnes décisions pour leur population.

Le président: Je vous remercie.

Nous passons maintenant à M. Naqvi pour six minutes. Vous avez la parole.

M. Yasir Naqvi (Ottawa-Centre, Lib.): Je vous remercie, monsieur le président. Je partagerai mon temps de parole avec M. Powlowski, si vous le permettez.

Je tiens à remercier tous les témoins de leur présence aujourd'hui, notamment la Dre Seely que j'ai eu l'occasion de rencontrer, il y a un peu plus d'un an, justement sur le même sujet. Je la remercie des indications qu'elle m'a données sur les travaux du groupe d'étude.

Depuis, la question du cancer du sein et du dépistage est devenue personnelle pour moi, car ma mère a reçu un diagnostic de cancer du sein. C'est une femme âgée, mais c'est le dépistage qui a permis de détecter son cancer à un stade très précoce, et elle est aujourd'hui sur la voie d'une guérison incroyable et mène une vie bien remplie.

Je dois dire que je suis profondément déçu par les lignes directrices provisoires publiées par le groupe d'étude, et je suis reconnaissant que le Comité fasse le travail important et qu'il écoute les témoins.

Docteur Seely, quand nous nous sommes rencontrés, vous avez parlé d'une étude que vous aviez réalisée, en 2023, je crois, sur l'incidence sur la survie nette du dépistage chez les femmes âgées de 40 à 49 ans. Pouvez-vous nous donner plus de détails sur certaines des principales conclusions et nous expliquer pourquoi vous pensez que l'âge du dépistage devrait être abaissé à 40 ans?

Dre Jean Seely: Je vous remercie, monsieur Naqvi. Je suis désolée pour votre mère, mais très heureuse qu'un dépistage ait permis de détecter son cancer, parce que le diagnostic n'aurait pas du tout le même.

Comme il a été indiqué, il existe dans le pays une différence géographique entre les programmes de dépistage. Des femmes qui vivent en Colombie-Britannique et en Nouvelle-Écosse peuvent participer aux programmes de dépistage, d'autres pas. Nous avons examiné le cas de plus de 55 000 femmes chez qui un cancer du sein a été diagnostiqué au Canada sur une période de 10 ans. Nous avons constaté que celles qui vivaient dans une province où un programme de dépistage était proposé aux femmes dans la quarantaine voyaient leur survie nette à 10 ans s'améliorer sensiblement, comme avec certains des agents chimiothérapeutiques que nous utilisons pour toutes les femmes atteintes d'un cancer à récepteurs hormonaux positifs.

Nous avons constaté une baisse importante de la mortalité par cancer du sein chez les femmes vivant dans les provinces dotées de programmes de dépistage. Ce que nous ne savions pas, c'est combien de femmes dans ces provinces étaient dépistées, car ce n'est pas quelque chose que nous suivons actuellement. Cependant, nous avons constaté une nette amélioration. Cela corroborait une étude que nous avons réalisée auparavant et qui montrait que le cancer du sein était diagnostiqué beaucoup plus précocement — stade I — si elles vivaient dans ces provinces, par rapport celles qui ne font pas de dépistage. Le dépistage présentait aussi un avantage pour les femmes plus âgées, dans la cinquantaine, avec un diagnostic plus précoce et une meilleure survie en général.

• (1130)

M. Yasir Naqvi: Très rapidement, avant que je cède la parole à M. Powlowski, je ferai remarquer que l'une des mises en garde que nous entendons concerne les faux positifs, à savoir qu'en abaissant l'âge du dépistage, on risque une augmentation de cette incidence particulière. Qu'en pensez-vous? S'agit-il d'une crainte irrationnelle dans ce cas?

Dre Jean Seely: Le groupe d'étude parle de « faux positifs », et le terme est incorrect. Nous ne disons pas à une femme qui est rappelée après un dépistage qu'elle a un cancer. Nous lui disons simplement qu'elle a besoin d'une imagerie plus poussée pour vérifier s'il y a une anomalie. Dans plus de 94 ou 95 % des cas, il s'avère que les anomalies correspondent à un repli tissulaire. Nous examinons une structure tridimensionnelle et la montrons en 2D, ce qui nous permet de rassurer la femme à ce moment-là.

Nous devons réaliser des biopsies, et environ 1 % ou moins sont bénignes. Il s'agit d'une procédure très bien tolérée. Je pratique des biopsies tout le temps, et les femmes me disent qu'elles préfèrent de loin avoir ce type de test d'imagerie anormal à un diagnostic tardif de cancer du sein. Les femmes dont le diagnostic intervient à un stade avancé sont fâchées de n'avoir pas eu l'occasion de se soumettre à un dépistage.

M. Yasir Naqvi: Je vous remercie.

M. Marcus Powlowski (Thunder Bay—Rainy River, Lib.): Docteur Seely, il semble que le groupe d'étude ait ignoré l'avis de ses propres experts, ce qui est, selon moi, très préoccupant. Pouvez-vous commencer par nous préciser qui fait partie du groupe d'étude? Quel est leur niveau de compétence?

Dre Jean Seely: Le groupe de travail du groupe d'étude a été soigneusement sélectionné pour ne pas avoir de compétences en matière d'imagerie, de diagnostic ou de traitement du cancer du sein. On m'a demandé d'être experte auprès du groupe d'examen des données qui examine donc les données avant de les transmettre au groupe de travail afin qu'il puisse formuler des recommandations éclairées.

M. Marcus Powlowski: Puis-je vous interrompre? Êtes-vous seulement censée compiler les données ou êtes-vous censée les évaluer?

Dre Jean Seely: Dans le cadre de mon travail d'experte-conseil auprès du groupe d'examen des données, nous avons recommandé les données. Nous les avons mises en contexte. Ce sont des gens qui ne comprennent pas l'imagerie. Nous avons formulé de nombreuses recommandations et inclus le fait que la technologie utilisée dans les anciens essais n'était plus utilisée, mais le groupe de travail a passé outre à nos recommandations et a insisté auprès du groupe d'examen des données pour qu'il inclue ces études.

M. Marcus Powlowski: Qui fait partie du groupe d'examen des données?

Dre Jean Seely: Le groupe d'examen des données est composé de trois groupes de différentes régions du pays. Celui d'Ottawa se compose de méthodologistes et d'épidémiologistes dont la compétence méthodologique est d'analyser les données. C'est ce groupe que nous avons aidé à conseiller.

Le groupe de travail est distinct et nous n'avons jamais eu d'interaction directe avec lui, mais nous avons pu voir ses commentaires et ses réponses à l'examen des données qui ont dicté le choix des données à utiliser.

Le président: Je vous remercie, docteur Seely.

Je vous remercie, monsieur Powlowski.

[Français]

Monsieur Thériault, vous avez maintenant la parole pour six minutes.

M. Luc Thériault: Merci, monsieur le président.

Je remercie également les témoins de leurs témoignages éclairants.

Docteur Seely, le groupe d'étude recommande de ne pas procéder à un dépistage systématique par mammographie pour les femmes de 40 à 49 ans. Ce groupe met l'accent sur le choix éclairé de la patiente, ce qui va impliquer une discussion tout aussi éclairée entre la patiente et son médecin sur les avantages et les préjudices du dépistage.

Dans une étude publiée en 2022, il est mentionné que les obstacles à une évaluation individualisée du risque du cancer du sein comprenaient la connaissance des facteurs de risque et des outils d'évaluation des risques. Il est aussi mentionné que les médecins avaient du mal à répertorier les facteurs de risque de cancer du sein en dehors des antécédents familiaux, tels que les facteurs reproductifs, l'origine ethnique ou la densité mammaire. Selon cette étude, certains médecins manquaient de compétence pour calculer un risque global de cancer du sein.

Ne pensez-vous pas que la méconnaissance, par les médecins, des facteurs de risque et des outils d'évaluation peut influencer la décision éclairée que devra prendre la patiente?

Dre Jean Seely: Je vous remercie de votre question, monsieur Thériault.

• (1135)

[Traduction]

Je mentionnerai trois facteurs.

Premièrement, 80 % des femmes dans la quarantaine qui développent un cancer du sein ne présentent aucun facteur de risque. C'est pourquoi nous ne recommandons pas une approche du dépistage fondée sur les risques. Nous recommandons un dépistage systématique à partir de 40 ans. Sinon, nous passerons à côté d'un trop grand nombre de cancers.

Deuxièmement, il y a un manque criant de médecins de famille. En Ontario, plus de deux millions de personnes n'ont pas de médecin de famille. Or, c'est un très gros obstacle à l'accès au dépistage et à une discussion en vue d'un éventuel dépistage.

Troisièmement, vous avez mentionné un très bon point. Les facteurs de risque ne sont pas suffisamment connus. Même les femmes qui devraient faire l'objet d'un dépistage parce qu'elles présentent un risque élevé ne sont pas incitées à se faire dépister avant l'âge de 40 ans, alors qu'elles devraient participer à un programme de dépistage des personnes à risque élevé.

Ce sont des obstacles que le groupe d'étude crée avec ces recommandations, et ils accentueront la confusion et les disparités que nous constatons, en particulier dans certains des groupes raciaux et ethniques que j'ai mentionnés. C'est un point très important.

[Français]

M. Luc Thériault: Je vais poser une question qui n'a pas été encore posée lors de nos séances.

L'ensemble des spécialistes et des experts qui viennent nous voir, y compris les représentants de la Société canadienne du cancer, nous disent qu'il faut un dépistage systématique entre 40 et 49 ans.

Pourquoi le groupe d'étude a-t-il décidé de mettre de côté ces avis? Y a-t-il un aspect économique non fondé ou non dit lié à cela, alors que j'entends qu'on pourrait économiser beaucoup d'argent? Qu'en pensez-vous? Pourquoi ces gens persistent-ils?

[Traduction]

Dre Jean Seely: Il est très difficile de répondre à cette question. Nous savons que les membres du groupe de travail ont un très fort parti pris contre le dépistage.

Avant même que le groupe d'étude commence à travailler sur cette ligne directrice, la coprésidente a déclaré publiquement que, selon elle, il n'y avait pas de nouvelles données et que les recom-

mandations ne changeraient pas. Beaucoup d'autres membres du groupe de travail sont farouchement opposés au dépistage, et ils ont déjà publié ou fait des commentaires publics à ce sujet.

Je pense qu'il s'agit d'un manque de connaissances ou de soin éclairé des patients. Je ne sais pas s'il y a d'autres facteurs, mais c'est une bonne question.

[Français]

M. Luc Thériault: Cela attire mon attention grandement. Croyez-vous que les préjudices dont on parle et dont parle le groupe d'étude sont très graves et préjudiciables pour les femmes de 40 à 49 ans? De quoi parle-t-on lorsqu'on parle de préjudices? Ce terme revient souvent au cours de l'étude.

[Traduction]

Dre Jean Seely: Je suis désolée. Je n'ai pas vraiment compris la question. Si vous me demandiez à propos des préjudices...

[Français]

M. Luc Thériault: Qu'est-ce qui est si préjudiciable? On dit qu'il y a des préjudices associés au dépistage. Qu'est-ce qui est si préjudiciable? Quelle est la nature de ces préjudices quand il est question de sauver des vies?

[Traduction]

Dre Jean Seely: Le parti pris que nous voyons consiste à croire que le traitement résoudra tous les cancers du sein, indépendamment du stade. Nous avons, par exemple, entendu dire qu'un traitement contre le cancer du sein pourrait faire du bien à une patiente au stade 3 qui s'en sortirait même mieux qu'au stade 1. D'après les données dont nous disposons, ce n'est absolument pas le cas. Cette croyance repose sur une méconnaissance de toutes les données et sur la conviction que le traitement peut tout régler. Je vois trop de femmes mourir dans l'année qui suit le diagnostic de leur cancer du sein.

Ce n'est pas du tout notre expérience. On a tort de croire que la chimiothérapie résoudra tous les problèmes.

• (1140)

[Français]

Le président: Merci, monsieur Thériault.

[Traduction]

La parole est à Mme Zarrillo pour six minutes.

Mme Bonita Zarrillo (Port Moody—Coquitlam, NPD): Je vous remercie, monsieur le président.

Je vous remercie, docteur Seely, de tout votre témoignage aujourd'hui.

La collectivité a assurément réagi. Les femmes, qui ont du mal à être crues sur de nombreux points, et en tout cas sur leur santé, ont réagi. Je comprends que vous disiez qu'il faut tout reprendre à zéro. Il semble que cette étude soit dépassée et qu'il faille la moderniser.

Docteur Seely, je vais vous demander quelles considérations particulières vous souhaitez voir prises en compte si ce groupe d'étude revoit sa copie, mais avant cela, je tiens à faire part de mon histoire personnelle.

J'ai reçu un diagnostic de cancer du sein quand j'étais dans la quarantaine, et je pense que les gens oublient que nous avons des enfants. La plupart des femmes qui reçoivent un diagnostic de cancer du sein dans la quarantaine ont des enfants. Mon plus jeune était en 6^e année à l'époque, et je crois que la réaction viscérale de la collectivité tient en partie au fait que le groupe d'étude ne semble pas prendre en compte l'impact du cancer du sein sur les personnes qui le vivent.

Il m'a fallu deux ans pour obtenir que mon médecin ordonne un dépistage. Vous avez parlé du dépistage supplémentaire. J'ai des seins denses et, en fait, le cancer était proche de mon muscle pectoral, ce qui fait qu'il a fallu une échographie pour le découvrir. Il s'agissait d'un cancer lobulaire, pas canalaire, qui s'est donc développé en plaques et ne formait pas masse palpable. J'ai choisi de subir une double mastectomie en raison du stress lié au fait que l'on ne m'a pas crue pendant deux ans et que j'étais au stade 2 avant que l'on détecte le cancer. Il a été très difficile de l'annoncer à mes enfants.

Terry Fox est originaire des Tri-Cities, de Port Coquitlam, ma ville. Sa course se déroule à Coquitlam et, tous les ans, les élèves de notre district scolaire, le DS n° 43, y participent. Voir un élève de 6^e année inscrire votre nom après « Je cours pour » est quelque chose que je ne souhaite à aucune une femme.

Je suis désolée, je suis émotive aujourd'hui. Je ne pensais pas que je le serais.

Pouvez-vous nous expliquer quelles sont les nouvelles technologies? À côté de quoi le groupe d'étude passe-t-il? Quelles sont les considérations particulières qu'il doit garder à l'esprit quand le gouvernement lui demandera de revoir sa copie?

Dre Jean Seely: Je vous remercie, madame Zarrillo. Je suis désolée de ce que vous avez dû vivre.

J'entends et je vois cela presque toutes les semaines, et vous n'êtes pas seule. Il y a beaucoup de femmes comme vous, et nous sommes là aujourd'hui pour améliorer la situation des femmes dans la quarantaine, lorsqu'elles sont dans la fleur de l'âge et sont des membres productifs de la société et des parents.

Le cancer du sein ne touche pas seulement les femmes, mais aussi toute leur famille. Il touche les grands-parents, les conjoints et les enfants, et c'est pourquoi nous nous cherchons à modifier ces lignes directrices.

Ces lignes directrices sont source d'une grande confusion et, malheureusement, même en utilisant le chiffre approximatif d'une vie sur mille sauvée par le dépistage, mais perdue si l'on ne dépiste pas les femmes dans la quarantaine au Canada, nous parlons, selon nos estimations, de 400 à 600 vies de femmes perdues par an, ce qui a un impact énorme sur la société canadienne.

La technologie a immensément progressé. J'ai mentionné les 20 à 40 %. Ce chiffre repose sur la mammographie numérique, que nous utilisons aujourd'hui et qui est nettement meilleure pour les femmes dont le tissu mammaire est dense. Nous avons également besoin de la tomosynthèse mammaire numérique, autre technologie dont il est démontré qu'elle augmente les taux de détection du cancer de 40 %. Elle est utilisée dans de nombreux centres aux États-Unis et commence à l'être aussi au Canada.

Il est possible de réduire le nombre de cancers et de les diagnostiquer au stade 1. Nous savons maintenant, grâce à des essais ran-

domisés, que nous pouvons dépister par IRM les femmes qui ont des seins denses et réduire de 80 % le nombre de cancers d'intervalle. Ces cancers sont diagnostiqués au stade 1.

Voilà toute la technologie que nous pouvons utiliser pour éclairer des données à jour.

Mme Bonita Zarrillo: Ce qui m'inquiète le plus, d'après mon expérience, ce sont les femmes non blanches, les femmes de couleur et les femmes qui sont plus susceptibles dans la quarantaine et la cinquantaine... Sachant à quel point j'ai dû me battre, je me demande pourquoi nous désavantageons les femmes non blanches avec ce rapport obsolète du groupe d'étude.

• (1145)

Dre Jean Seely: Les femmes qui sont plus susceptibles de présenter un cancer du sein avancé sont des femmes de toutes les races et ethnicités autres que blanches. Cela tient au fait que c'est le plus souvent dans la quarantaine qu'elles reçoivent un diagnostic du cancer du sein. Dans bien des régions du pays, elles n'ont pas accès aux programmes de dépistage en raison de ces lignes directrices et parce qu'elles n'ont pas de médecin de famille. Cette situation est malheureusement semblable à celle que nous observons dans certains pays en développement, avec un taux de cancer du sein avancé chez ces femmes qui est 2,5 fois plus élevé que chez les femmes blanches au Canada.

Ces lignes directrices sont très préjudiciables. C'est pourquoi je recommande de les rejeter et de tout reprendre à zéro.

Le président: Je vous remercie, madame Zarrillo.

Madame Goodridge, vous disposez de cinq minutes.

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

Je tiens à remercier Mme Zarrillo de nous avoir fait part de son expérience. J'en suis touchée. Peu de sujets me mettent les larmes aux yeux. Je suis généralement quelqu'un de fort qui cache bien ses émotions, mais sur ce sujet, j'en suis incapable.

Ma mère aurait fait partie des 400 à 600 femmes qui seraient encore en vie aujourd'hui si l'on avait procédé plus largement au dépistage. Elle est décédée à 49 ans. Elle a reçu un diagnostic de cancer du sein à 48 ans. Elle a laissé derrière elle quatre jeunes enfants. Étant l'aînée, j'ai dû assumer beaucoup de responsabilités supplémentaires pendant sa chimio, sa radiothérapie, pendant les soins palliatifs et, pour finir, après son décès. Je ne souhaite cela à personne. Je ne souhaite à personne d'avoir à affronter un jour ce genre de situation.

Je suis en colère. Je suis en colère contre le groupe d'étude. Je pense que ces lignes directrices ne reconnaissent pas la valeur de la vie des femmes et de leurs familles et ne tiennent pas compte de la peur qu'elles suscitent en disant qu'un dépistage supplémentaire n'est pas justifié.

Je tiens à vous donner la parole, docteur Seely. J'ai beaucoup aimé votre article. Vous parlez du fait que vous voyez plus de femmes décéder dans l'année qui suit le diagnostic. Que pouvons-nous faire, selon vous, au-delà de ce que proposent les lignes directrices, pour améliorer le sort des femmes?

Dre Jean Seely: Toutes mes condoléances. Chacun d'entre nous a probablement un membre de sa famille... mais c'est encore plus violent lorsqu'il s'agit de sa mère.

En ce qui concerne les recommandations, les femmes devraient faire l'objet d'une évaluation du risque de cancer du sein, à partir de l'âge de 25 à 30 ans, avec des outils informés et actualisés, pour recommander la prochaine étape. Cela correspond aux lignes directrices européennes et américaines, selon lesquelles nous devrions penser au cancer du sein dès l'âge de 25 à 30 ans. Nous devrions recommander un dépistage systématique à partir de 40 ans. Nous devrions autoriser l'accès direct à un programme de dépistage. Au Canada, nous en avons de très bons.

Voilà ce que nous recommandons. C'est à la femme de décider si elle veut se soumettre à un dépistage ou pas. Nous savons que les taux de participation sont d'environ 60 %. Ils pourraient être meilleurs, mais nous savons que des femmes dans la quarantaine supplient qu'on les laisse se faire dépister, participer aux programmes de dépistage et bénéficier d'une détection précoce. Elles veulent vivre en bonne santé et être là pour leurs enfants pendant de nombreuses années.

Ce sont les principales recommandations pour les jeunes femmes. Pour les femmes de 74 ans et plus, l'espérance de vie a changé et s'est nettement allongée. Nous recommandons de continuer le dépistage chez ces femmes tant qu'elles ont une espérance de vie de sept à dix ans, ce qui est le cas de la majorité des septuagénaires.

Ces recommandations correspondent aux normes internationales et sont celles que nous recommandons pour des lignes directrices canadiennes.

• (1150)

Mme Laila Goodridge: Je vous remercie. Merci de votre réponse. Plusieurs septuagénaires m'ont fait part de leurs craintes au sujet de l'arrêt du dépistage à 74 ans, exactement pour les raisons que vous avez évoquées, et je pense donc qu'il s'agit d'un élément important que nous devons prendre en compte.

Je vais donner la parole à la Société canadienne du cancer.

Que recommandez-vous, très succinctement? Pensez-vous que nous devrions corriger les lignes directrices que vient de présenter le groupe d'étude?

Mme Ciana Van Dusen: C'est une question difficile, mais nous avons tout entendu aujourd'hui. Les femmes dans la quarantaine, donc de 40 à 49 ans, doivent avoir accès au dépistage. Il faut collaborer avec le groupe d'étude afin de parvenir à ce résultat. Une consultation publique est en cours et nous encourageons notre communauté à y participer dans l'espoir que cela puisse changer quelque chose. Nous avons également demandé qu'un rapport soit publié à l'issue de la consultation afin de savoir ce que pense le public.

Cependant, nous avons été consultés dans le passé et nos idées, nos considérations et les recherches qui nous avons fournies n'ont pas toujours été prises en compte. Nous espérons que ce sera différent, mais nous sommes prudents aussi. Nous verrons bien.

Le président: Je vous remercie, madame Van Dusen.

Mme Kelly Wilson Cull: Si vous le permettez...

Le président: Je vous en prie, mais soyez brève.

Mme Kelly Wilson Cull: Je voulais simplement ajouter que, dans le cadre de l'examen actuel, nous avons demandé au groupe d'étude de réfléchir à des lignes directrices pour les femmes à risque élevé. C'est une autre chose que nous aimerions voir. Il est

important de savoir que les programmes de dépistage s'adressent à des populations à risque moyen. Nous avons besoin de lignes directrices distinctes pour les personnes à risque élevé.

Le président: Je vous remercie.

Madame Sidhu, vous avez la parole pour cinq minutes. Je vous en prie.

Mme Sonia Sidhu (Brampton-Sud, Lib.): Je vous remercie, monsieur le président.

Je remercie tous les témoins de leur présence aujourd'hui.

Ma question est pour la Dre Seely.

Docteure Seely, j'aimerais reprendre là où nous nous sommes arrêtés à la dernière réunion. Nous avons parlé brièvement de la sensibilisation des femmes dans les provinces. Nous avons entendu des témoignages choquants selon lesquels, dans certains cas, les femmes sont livrées à elles-mêmes. Parfois, elles entendent parler de la nécessité de se faire dépister dans des magazines féminins, et pas par des médecins.

Quelle mesure recommandez-vous au Comité pour sensibiliser davantage les femmes au sujet du dépistage?

Dre Jean Seely: C'est exactement ce qui se passe. Nous voyons de nombreux obstacles. Pour les raisons que j'ai mentionnées plus tôt, le Collège des médecins de famille, dont les membres voient beaucoup de femmes dans les collectivités plus rurales ou éloignées, adhère largement aux lignes directrices du groupe d'étude canadien. Ces médecins sont très occupés. Ils voient tous les aspects des problèmes médicaux et n'ont pas le temps de s'informer. Alors ils s'en remettent beaucoup aux lignes directrices du groupe d'étude canadien.

C'est d'un thème récurrent. Des milliers de personnes dans le pays nous disent que leur médecin de famille leur a refusé un dépistage dans la quarantaine, même si le groupe d'étude reconnaît qu'il doit s'agir d'une décision éclairée. Ils ne font que suivre la ligne directrice finale qui est de ne pas recommander de dépistage systématique pour ces femmes. Si ces lignes directrices sont tellement préjudiciables, c'est principalement parce qu'elles constituent un obstacle.

Une fois que les lignes directrices recommandent qu'une femme peut avoir un accès direct au dépistage — de l'âge de 40 à 49 ans —, des programmes de sensibilisation sont mis en place dans tout le pays dans le cadre de différents programmes de dépistage. Certains programmes sont dotés d'unités mobiles ou de formateurs qui se rendent dans différentes collectivités mal desservies. Nous avons des programmes de dépistage dans les Territoires du Nord-Ouest et au Yukon. Nous essayons d'en établir au Nunavut.

C'est faisable, mais le message qui consiste à ne pas recommander le dépistage systématique est le plus préjudiciable. C'est vraiment sur cela que nous devons nous concentrer, pour commencer.

Mme Sonia Sidhu: Merci.

Ma question suivante porte sur les lignes directrices américaines qui ont été publiées le 30 avril. Pourriez-vous parler au Comité de la méthodologie et de la justification de la recommandation de dépistage à l'âge de 40 ans? Je sais que vous avez dit que cela permettrait de sauver près de 2 600 vies, ce qui est énorme. Nous avons ensuite entendu les témoignages.

Docteure Seely, vous avez mentionné une étude suédoise sur l'imagerie du cancer du sein. Pourriez-vous nous en dire plus sur les résultats et, d'une manière générale, sur les lignes directrices européennes actuelles?

• (1155)

Dre Jean Seely: Je commencerai par les recommandations américaines.

Le groupe de travail américain sur les services de prévention, pour ses recommandations publiées au début de cette année, a commencé sa méthodologie en partant du principe qu'il savait que le dépistage par mammographie était efficace pour réduire la mortalité attribuable au cancer du sein. Ils n'ont pas réévalué les anciens essais cliniques randomisés, reconnaissant que leur efficacité avait déjà été prouvée. Ils n'ont examiné que les données à partir de 2016, et ils ont inclus certaines des données actualisées montrant l'avantage d'un diagnostic précoce grâce au dépistage et l'augmentation de l'incidence du cancer du sein chez les femmes dans la quarantaine. C'était le raisonnement.

Ils ont également examiné les preuves de disparité entre les femmes de différentes races et ethnies, qui montrent qu'elles ne pouvaient pas accéder au dépistage. C'est l'une des principales raisons pour lesquelles les lignes directrices ont été modifiées, afin d'inclure les femmes qui sont dans la quarantaine.

Vous avez posé une question sur la Suède, sur l'essai d'observation le plus récent. Ils ont pu comparer l'absence de dépistage... puis ils ont mis en place le dépistage pour l'essai et ont comparé la mortalité attribuable au cancer du sein. Une fois le dépistage lancé, ils ont comparé les femmes qui ne participaient pas au dépistage à celles qui y participaient. Ils ont constaté une réduction de 60 % de la mortalité attribuable au cancer du sein en comparant les femmes qui avaient choisi de ne pas participer au dépistage à celles qui y avaient participé. Cela représente un avantage considérable quant à la réduction de la mortalité. Cette étude a pris en compte tous les récents progrès en matière de traitement et a montré que, même pour le même traitement du cancer du sein, la détection par dépistage était associée à une réduction marquée de la mortalité attribuable au cancer du sein.

Le président: Merci, docteure Seely et madame Sidhu.

Le suivant est M. Thériault.

[Français]

Vous avez la parole pour deux minutes et demie.

M. Luc Thériault: Merci.

Dans un article publié dans *Le Devoir* du 30 mai 2024, la présidente du groupe de travail canadien explique la différence entre les recommandations de son groupe de travail et celles de son pendant américain, notamment par le fait que le groupe de travail canadien a passé en revue 82 études portant sur les valeurs et les préférences des patientes.

Je cite la docteure Thériault: « Les femmes dans la quarantaine dans ces études, quand on leur présente un scénario qui ressemble aux chiffres qu'on a (les décès évités, le nombre d'imageries supplémentaires subies, etc.), la majorité d'entre elles ne veulent pas être dépistées ». J'ai trouvé cela assez surprenant.

Trouvez-vous normal qu'on se base sur des études de valeurs et de préférences quand la vie des femmes est jeu?

[Traduction]

Mme Ciana Van Dusen: Cela ne correspond pas à ce que nous entendons dans notre communauté, car notre communauté de lutte contre le cancer plaide vigoureusement pour l'accès. Il est également important de se rappeler que le dépistage est un choix, et que les femmes peuvent décider de ne pas se soumettre au dépistage si cela va contre leurs préférences et leurs valeurs, en particulier si elles en connaissent les risques et les avantages.

Il est juste de considérer que dans cette approche très holistique, nous examinons la mortalité, les coûts et la qualité de vie, qui est également un facteur important. Il y a beaucoup de choses à prendre en compte, mais en élaborant nos propres recommandations, nous avons adopté une approche très holistique.

[Français]

M. Luc Thériault: Merci.

Docteure Seely, selon le groupe de travail qui a fait les recommandations, les risques d'un dépistage excessif dépasseraient de loin les avantages. Dans les risques, on parle d'une anxiété accrue, des tests inutiles liés au surdiagnostic, comme des biopsies.

Pensez-vous qu'on a exagéré l'importance des surdiagnostics dans les études que nous avons utilisées, en général?

[Traduction]

Dre Jean Seely: Ce sont deux excellentes questions.

Les rappels anormaux — ce qu'on appelle les faux positifs — sont largement exagérés, et nos patientes nous disent qu'elles sont très reconnaissantes lorsqu'elles se font dépister et qu'elles sont heureuses de reprendre le dépistage. C'est ce que montrent la majorité des études.

Le surdiagnostic, c'est-à-dire le fait de diagnostiquer un cancer qui ne va pas entraîner la mort chez une femme parce qu'elle pourrait mourir d'une autre cause, est un risque faible et reconnu du dépistage. Il est beaucoup moins probable chez une femme d'une quarantaine d'années qui a encore 40 à 50 ans devant elle que chez une femme de 80 ans, par exemple, qui pourrait mourir d'une autre cause. Il est exagéré de dire que c'est un tort, empêchant une femme de bénéficier d'un diagnostic précoce.

• (1200)

Le président: Merci, docteure Seely.

La dernière personne à poser des questions à ce groupe est Mme Zarrillo. Vous disposez de deux minutes et demie.

Mme Bonita Zarrillo: Merci.

Docteure Seely, je suis préoccupée par la réalité de la discrimination en médecine. Je me demande si une approche modernisée, qui repart à la case départ, de ce groupe de travail pourrait compenser une partie de cette discrimination.

Dre Jean Seely: Il existe des lignes directrices internationales qui font appel à des experts et à une expertise en méthodologie pour élaborer des lignes directrices. Je sais que nous parlons du cancer du sein, mais nous avons des collègues qui sont scandalisés par les recommandations du groupe de travail sur le dépistage du cancer de la prostate, du cancer du poumon, du cancer du col de l'utérus et bien d'autres encore.

L'expertise est là. Vous devez inclure des personnes qui comprennent la maladie et qui sont au courant des données les plus récentes afin de produire des lignes directrices qui sauveront et amélioreront des vies. Nous devons retourner à la case départ.

Mme Bonita Zarrillo: Je terminerai en posant une question à Mme Wilson Cull sur les personnes qui présentent un risque élevé. Le fait d'inclure la reconnaissance des paramètres de risque élevé pourrait-il avoir un impact sur les taux de survie ou de diagnostic de cancer du sein? Quel serait cet impact?

Mme Kelly Wilson Cull: Comme je l'ai dit, nous estimons qu'il est important de faire la distinction entre ce que font les programmes de dépistage au niveau de la population et un parcours différencié pour les personnes qui présentent un risque élevé. Nous entendons les patientes, et nous avons fait beaucoup de sondages auprès des groupes de patientes. Des personnes de ce groupe se présentent chez leur médecin de famille avec des signes et des symptômes et se voient refuser l'accès au dépistage. Si elles ont, par exemple, des antécédents familiaux, leur trajectoire de risque doit être différente de celle d'une personne asymptomatique ou qui ne présente aucun signe ou symptôme.

Pour revenir à la question des messages contradictoires, nous constatons que les provinces et les territoires adoptent des approches différentes en ce qui concerne les lignes directrices relatives au risque élevé. Encore une fois, cela crée une inégalité d'accès d'une province à l'autre. Il doit y avoir dans ce pays un leadership garantissant que tous les Canadiens, qu'ils présentent un risque moyen, un risque élevé ou un risque très élevé, bénéficient d'une approche cohérente en matière de dépistage, quel que soit l'endroit où ils vivent au Canada.

Le président: Merci beaucoup.

Voilà qui conclut le temps dont nous disposons pour ce groupe.

Je tiens à vous remercier de votre présence. Je ne pense pas qu'il y ait de plus grande affirmation de l'importance de votre travail que le degré d'émotion et d'attachement personnel à ces questions dont vous avez été témoins de la part des parlementaires qui ont posé des questions aujourd'hui. Je vous remercie de ce que vous faites et de votre présence parmi nous.

Nous allons suspendre la séance pendant environ trois minutes pour permettre à nos témoins de prendre congé et pour que les autres soient installés et soumis aux essais sonores.

Merci tout le monde.

- (1200) _____ (Pause) _____
- (1205)

Le président: Nous reprenons nos travaux.

Je souhaite la bienvenue à nos témoins pour la deuxième heure de la réunion d'aujourd'hui et les remercie d'être parmi nous. À titre personnel, nous accueillons Dr Martin J. Yaffe, scientifique principal au Sunnybrook Research Institute de l'Université de Toronto. Dre Supriya Kulkarni, présidente de la Société canadienne de l'imagerie mammaire, comparait par vidéoconférence.

Bienvenue à vous deux. Nous allons commencer par vos déclarations liminaires, d'une durée maximale de cinq minutes chacune.

Docteur Yaffe, vous avez la parole.

Dr Martin Yaffe (scientifique principal, Sunnybrook Research Institute, University of Toronto, à titre personnel): Merci beaucoup, monsieur le président.

J'aimerais remercier le Comité de m'avoir donné l'occasion de parler de cette question très importante.

La décision de participer ou non au dépistage du cancer du sein devrait revenir aux personnes, mais pour éclairer cette décision, elles ont besoin de renseignements précis, impartiaux et accessibles concernant les avantages, les limites et les inconvénients potentiels associés au dépistage. Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs conseille les médecins de première ligne et le public, mais il est inquiétant de constater que les renseignements qu'il fournit ont été déformés pour décourager la participation au dépistage du cancer du sein. Cela pourrait expliquer en partie les faibles taux de participation mentionnés plus tôt par Mme Van Dusen.

Je suis chercheur principal dans le domaine du cancer du sein et je dirige un groupe de 20 chercheurs au Sunnybrook Research Institute à Toronto. Je codirige également le programme de recherche en imagerie de l'Institut ontarien de recherche sur le cancer. Une grande partie de mon travail au cours des 44 dernières années a porté sur le dépistage du cancer du sein, et mon groupe a contribué à mettre au point et à valider la technique de la mammographie numérique qui est aujourd'hui utilisée dans le monde entier. Nous avons établi que la densité mammaire était un facteur de risque du cancer du sein. En 2015, j'ai également participé à la rédaction du manuel sur le dépistage du cancer du sein publié par le Centre international de recherche sur le cancer de l'Organisation mondiale de la santé.

Je suis en désaccord scientifique avec le groupe de travail depuis 2011.

Dre Seely a déjà mentionné les essais randomisés menés dans les années 1990 qui ont prouvé qu'une détection plus précoce du cancer du sein par mammographie pouvait contribuer à réduire le nombre de décès attribués au cancer du sein. Grâce aux avancées modernes dans le dépistage et le traitement du cancer du sein, des études plus récentes et de grande envergure, y compris celle menée au Canada qui a été mentionnée plus tôt, montrent une réduction de 44 % des décès attribués au cancer du sein chez les femmes qui participent à partir de 40 ans au dépistage par mammographie. Ces études ont montré de façon absolue que le dépistage du cancer du sein chez les femmes plus jeunes sauve des vies. C'est assurément un bénéfice beaucoup plus important que celui observé dans les essais randomisés antérieurs menés il y a 40 à 60 ans. En outre, le dépistage des cancers du sein chez les femmes plus jeunes peut, dans certains cas, leur redonner 20 ans de vie supplémentaires pour s'occuper de leur famille, travailler et interagir dans la société.

Pour prendre une décision sur le dépistage, il faut mettre en balance l'avantage d'éviter un décès prématuré et les limites et inconvénients éventuels. Le groupe de travail ne l'a pas fait. Il a plutôt formulé des généralisations sur les inconvénients, laissant entendre sans preuve que ceux-ci pourraient approcher ou dépasser les avantages dans le cas des femmes plus jeunes.

Le groupe de travail a commandé un projet de modélisation des résultats du dépistage. Selon un tableau figurant dans ses lignes directrices, les avantages du dépistage chez les jeunes femmes sont très faibles. Toutefois, nous n'avons pas eu l'occasion de voir les détails de ce travail.

J'ai publié des renseignements sur la modélisation en 2015 et 2022, certains suivant le même modèle que le groupe de travail canadien, et le groupe de travail américain sur les services préventifs a commandé une modélisation pour éclairer l'actualisation de ses lignes directrices en 2024. Les résultats de cinq modèles américains financés par le National Cancer Institute concordent bien avec ceux de mon laboratoire. Ils montrent une augmentation continue des avantages absolus et relatifs de la réduction de la mortalité due au cancer du sein lorsque l'âge de début du dépistage est ramené à 40 ans, que l'âge de fin du dépistage est porté à 79 ans — en d'autres termes, au-dessus de 74 ans, comme nous le disions — et que le dépistage est effectué tous les ans plutôt que tous les deux ans. Les pires résultats sont obtenus lorsque le dépistage est effectué tous les trois ans, une stratégie avancée par le groupe de travail canadien sans aucune preuve à l'appui.

La modélisation nous permet de mettre en balance les avantages et les inconvénients éventuels du dépistage du cancer du sein, et elle a montré que l'amélioration nette des années de vie ajustées en fonction de la qualité — je pourrai en parler plus tard si vous voulez — obtenue grâce au dépistage augmente lorsque le dépistage commence plus tôt, se termine plus tard et est annuel. Les avantages l'emportent systématiquement sur les inconvénients.

En tant qu'expert invité au Centre d'analyse et de synthèse des données probantes d'Ottawa, j'ai vécu la même chose que Dre Seely en ce qui concerne l'ingérence du groupe de travail. Contre l'avis des experts invités, ils se sont concentrés sur les données des anciens essais cliniques randomisés, désormais obsolètes, ont fixé des seuils arbitraires pour évaluer les données et ont utilisé une période d'observation trop courte pour permettre de mesurer tout l'impact des bénéfices.

Le groupe de travail est adepte du principe « moins, c'est plus » à l'égard du dépistage, et ce au prix de milliers de vies perdues, accompagnées d'une morbidité accrue due à un traitement plus tardif de la maladie. Bien entendu, le groupe de travail insiste également pour ne citer les résultats qu'en quantités absolues, ce qui minimise le degré perçu de bénéfique, en particulier pour les profanes. Deux vies sur mille de sauvées semble être un faible avantage, mais cela représente une réduction de la mortalité de 40 % et 470 décès ou plus évités chaque année au Canada.

• (1210)

Il est évident que le groupe de travail a un solide parti pris contre le dépistage ou la médecine préventive, quelle qu'elle soit. Bien entendu, personne ne devrait être contraint de se soumettre à un dépistage. C'est une décision personnelle, mais il faut supprimer les obstacles à l'accès afin d'assurer l'équité du sauvetage de vies. Aucune femme ne devrait se trouver dans la situation où elle doit argumenter avec son médecin, qui a été mal informé par le groupe de travail, sur le fait qu'elle devrait avoir accès au dépistage.

Je vous remercie de votre attention.

Le président: Merci, docteur Yaffe.

Nous accueillons maintenant Dre Kulkarni, de la Société canadienne d'imagerie mammaire.

Bienvenue au Comité. Vous avez la parole.

Dre Supriya Kulkarni (présidente, Société canadienne de l'imagerie mammaire): Je vous remercie.

Honorables membres du Comité de la santé, je suis reconnaissante d'avoir l'occasion aujourd'hui de vous parler du dépistage du cancer du sein, un sujet qui me tient particulièrement à cœur.

Je suis une radiologue universitaire spécialisée dans l'imagerie mammaire qui travaille au Princess Margaret Cancer Centre à Toronto et je suis actuellement présidente de la Société canadienne d'imagerie mammaire. Je suis très attachée à l'amélioration des soins et de l'expérience des patients dans le cadre du système de santé.

Les recommandations récemment publiées par le groupe de travail canadien, qui excluent le dépistage chez les femmes admissibles âgées de 40 à 49 ans, m'ont profondément déçue. Ces recommandations sont en contradiction avec celles d'autres organisations réputées, ce qui a semé la confusion parmi les prestataires de soins de santé et les patients.

Les recommandations du groupe de travail, qui sont encore principalement fondées sur d'anciennes études portant sur des femmes blanches, excluent systématiquement le paysage ethno-racial en évolution du Canada. Les données ne sont pas entièrement représentatives de notre population, ce qui conduit à des recommandations qui peuvent ne pas être applicables, bénéfiques ou sûres pour tout le monde. Par exemple, les femmes noires ont un faible taux de survie au cancer du sein, sont plus susceptibles de recevoir un diagnostic de cancer du sein à un stade avancé et d'avoir des tumeurs biologiquement agressives, ce qui se produit à un âge plus précoce que chez les femmes blanches.

Les données canadiennes montrent que les proportions de cancers du sein de stades 2, 3 et 4 sont nettement plus élevées chez les femmes des administrations canadiennes qui n'incluent pas les femmes de 40 ans dans les programmes de dépistage que de celles qui le font. Un stade moins avancé signifie un traitement moins agressif, moins d'effets secondaires et une augmentation de la survie sans maladie. Le stade est important. La modélisation a montré que l'absence de dépistage chez les femmes âgées de 40 à 49 ans entraînerait plus de 470 décès supplémentaires évitables chaque année. Cela équivaut à laisser un avion de ligne rempli de jeunes Canadiennes s'écraser chaque année parce que nous refusons de les dépister au bon moment. Voilà l'effrayante réalité de la situation.

La mammographie est une technique de compression. Les tissus se chevauchent et jusqu'à 16 % des femmes qui se présentent pour leur première mammographie sont susceptibles d'être rappelées pour des clichés supplémentaires ou une échographie et finissent parfois par subir une biopsie produisant un diagnostic négatif. Ce pourcentage diminue au fil des années. Les rappels ne sont pas des préjudices. C'est comme si votre valise était soumise à un contrôle à l'aéroport. La plupart du temps, elle passe. Cependant, il arrive qu'elle soit retirée, ouverte, contrôlée, puis rendue, et parfois qu'un coupe-ongles oublié soit jeté à la poubelle. La plupart des femmes sont contentes d'avoir franchi cette étape supplémentaire pour leur sécurité.

Le groupe de travail recommande une prise de décision partagée afin de permettre aux femmes de parler avec leur prestataire de soins primaires de l'âge auquel elles devraient passer une mammographie. Dans un pays confronté à une grave pénurie de médecins de famille, c'est une utopie. L'écart de pouvoir entre les médecins qui suivent les lignes directrices du groupe de travail et la patiente est un obstacle à la prise de décision partagée.

Les outils actuels fournis par le groupe de travail sont biaisés en faveur de l'absence de mammographie. Entre autres recommandations, le groupe de travail déconseille un dépistage supplémentaire aux femmes ayant des seins denses. Nous savons que les tissus mammaires denses empêchent de détecter les cancers du sein à un stade plus précoce, ce qui revient à trouver une boule de neige dans une tempête de neige. Cela conduit souvent à un retard de diagnostic, à un stade plus avancé et à une plus grande propagation du cancer, ainsi qu'à des traitements plus lourds et plus coûteux, dont le financement peut être insuffisant. Ces médicaments peuvent avoir des effets secondaires dévastateurs qui diminuent considérablement la qualité de vie et les fonctions.

Le groupe de travail a déclaré qu'il n'y avait pas suffisamment de preuves pour soutenir le dépistage supplémentaire, et il a choisi sélectivement de suivre le groupe de travail américain dans ses recommandations sur les seins denses. Pourtant, des décennies de données démontrent les avantages d'un dépistage supplémentaire. Plus récemment, l'Ontario a procédé à une évaluation des technologies de la santé et a rédigé une recommandation visant à financer publiquement le dépistage complémentaire.

En conclusion, nous voulons des lignes directrices fondées sur une science nouvelle et inclusive, alignées sur d'autres lignes directrices internationales et tenant compte de l'évolution de la diversité et de l'ethnicité au Canada. La détection précoce avec des thérapies normales et personnalisées est ce que nous pouvons offrir de mieux aux femmes dans leur cheminement contre le cancer.

Aucune femme ne devrait se voir refuser une mammographie. L'autodiagnostic doit être autorisé et les femmes qui préfèrent ne pas subir de mammographie doivent être libres d'y renoncer.

Je vous remercie de votre attention.

• (1215)

Le président: Merci, docteur Kulkarni.

Nous allons maintenant commencer notre tour de questions, en commençant par Mme Vecchio, pour six minutes.

Mme Karen Vecchio: Merci beaucoup. C'est absolument merveilleux de vous avoir tous les deux parmi nous aujourd'hui.

Je commencerai par Dr Martin Yaffe. Merci beaucoup pour les renseignements que vous nous avez fournis.

Je voudrais revenir sur le groupe de travail et ses membres: qui, quoi, où et pourquoi? Pouvez-vous commencer par me dire comment ces membres sont nommés au sein du groupe de travail? Comment sont-ils choisis pour représenter les Canadiens dans le groupe de travail?

Dr Martin Yaffe: C'est une très bonne question. Je ne sais pas exactement comment ils sont tous nommés, mais certains d'entre eux le sont par l'intermédiaire du Collège des médecins de famille. D'autres organismes ont également recommandé des personnes.

Ce que j'ai remarqué, cependant, c'est qu'il tend à y avoir au fil du temps — comment dire? — une concentration de personnes qui partagent les mêmes idées. Ces personnes ont tendance à penser qu'il faut en faire moins et que, lorsqu'une femme découvre un cancer, le traitement seul est suffisant, même si le cancer est découvert à un stade relativement avancé.

Il y a un état d'esprit qui s'est développé et qui s'est concentré au sein de membres du groupe de travail qui ont tendance à partager

les mêmes idées sur le sujet et qui manifestent un préjugé assez clair contre le dépistage.

• (1220)

Mme Karen Vecchio: Je reviens à vous. Nous parlons de l'âge auquel faire le dépistage et nous avons entendu, comme beaucoup d'entre vous qui sont venus devant ce comité pour nous le dire, qu'il devrait être abaissé à 40 ans. Les personnes âgées de 40 à 49 ans devraient être incluses, jusqu'à 74 ans, et il est possible que ce plafond soit également élargi.

Vous ne faites pas partie du groupe de travail, mais avez-vous eu un rôle à jouer dans l'examen des renseignements et dans la formulation de vos propres recommandations? Quels types de renseignements avez-vous reçus en retour?

Dr Martin Yaffe: Comme je l'ai mentionné, je suis en désaccord scientifique avec les différents groupes de travail depuis 2011. J'ai constaté qu'ils ont été très réticents à recevoir des renseignements de la part d'experts comme moi, Dre Kulkarni, Dre Seely et d'autres qui sont conscients et très informés de la littérature scientifique dans le domaine. Au lieu de cela, ils se sont concentrés sur les anciennes études parce qu'il s'agissait d'essais randomisés. C'est une excellente méthode d'étude, mais elles sont si anciennes qu'elles ne sont pas pertinentes.

Je me suis peut-être un peu éloigné de votre question. Si cela ne vous dérange pas, répétez la dernière partie. Je veux être sûr d'y avoir répondu.

Mme Karen Vecchio: En fait, vous y avez répondu. C'est là que je voulais en venir. Je voulais simplement savoir si vous aviez eu ou non l'occasion d'examiner certaines de ces choses. Comme vous l'avez dit, vous n'êtes pas d'accord depuis 2011.

Si nous pouvons l'inscrire au procès-verbal, souhaiteriez-vous que toutes les recommandations formulées par le groupe de travail soient inversées?

Dr Martin Yaffe: Absolument. Je suis d'accord avec les autres témoins. Elles ont fortement recommandé, à partir de données scientifiques, que les femmes aient un accès illimité au dépistage à partir de l'âge de 40 ans. La poursuite du dépistage au-delà de 74 ans devrait être fortement envisagée, pour autant que les femmes soient par ailleurs en bonne santé.

Tout cela est étayé par la modélisation que j'ai mentionnée. Il y a au moins la possibilité de sauver un millier de vies supplémentaires au Canada chaque année si nous faisons ces choses — dépister les femmes dans la quarantaine, prolonger le dépistage au-delà de 74 ans et faire un dépistage supplémentaire pour les femmes aux seins denses, pour lesquelles la mammographie ne fonctionne pas très bien.

Mme Karen Vecchio: Je voudrais changer de sujet, car j'ai une petite question à poser à Dre Kulkarni.

Je vous remercie beaucoup d'en avoir parlé. J'ai beaucoup aimé votre analogie avec le contrôle aérien. Je me demande toujours si j'ai oublié une bouteille d'eau. On est anxieux, mais cette anxiété est bien meilleure que ce qui pourrait arriver d'autre.

C'est ce que nous devons voir pour les femmes. Lorsqu'elles parlent de l'anxiété comme d'un mal, nous pouvons y remédier lorsque nous avons des solutions. Il est très important que les femmes bénéficient d'un dépistage précoce.

Nous parlons ici des femmes âgées de 40 à 74 ans. J'aimerais avoir votre avis sur les personnes âgées de 75 ans et plus et sur ce à quoi cela devrait ressembler. Ma belle-mère est en très grande forme. Je m'attends à ce qu'elle soit là jusqu'à environ 120 ans. Que faire pour les femmes de plus de 74 ans qui sont en excellente santé?

Dre Supriya Kulkarni: Nous voyons cela tout le temps. Certaines personnes viennent se faire dépister et l'observation la plus fréquente est la suivante: « Ces personnes sont en meilleure santé que moi ». Tant qu'une femme est en bonne santé, qu'elle est active et qu'elle a une espérance de vie d'au moins sept ans, elle doit continuer à se faire dépister.

C'est ce que nous recommandons tous dans le cadre de nos organisations. C'est la recommandation — ils devraient continuer le dépistage. Le programme devrait permettre à ces femmes de participer au programme de dépistage.

Mme Karen Vecchio: Ai-je encore du temps?

Le président: Vous avez 45 secondes.

Mme Karen Vecchio: Très bien.

Je vais donc revenir à vous. Nous avons parlé de la reconnaissance des seins denses et du fait que le maquillage et l'origine ethnique peuvent avoir un impact sur la composition des seins. J'ai entendu quelqu'un parler des personnes de 25 à 40 ans. Que devrions-nous faire pour les femmes de 25 à 40 ans avant de procéder à un dépistage physique?

Dre Supriya Kulkarni: À l'heure actuelle, l'évaluation des risques fait l'objet de nombreuses discussions. Il est généralement recommandé, même dans les lignes directrices du National Comprehensive Cancer Network, que les femmes âgées de 25 à 30 ans puissent obtenir un profil d'évaluation des risques de base. Elles n'ont pas encore atteint l'âge où un dépistage systématique est proposé, mais elles devraient au moins faire l'objet d'une évaluation des risques afin que, en cas d'indice de risque élevé, des mesures appropriées puissent être prises. Les femmes à haut risque sont généralement dépistées beaucoup plus tôt que les femmes à risque moyen. C'est ce que nous voulons offrir à toutes ces jeunes femmes.

• (1225)

Le président: Merci, docteure Kulkarni.

Dr Martin Yaffe: Puis-je ajouter quelque chose?

Le président: Veuillez être très bref.

Dr Martin Yaffe: Nous avons un programme dans au moins une province — l'Ontario — pour les femmes qui ont été identifiées comme présentant un risque élevé. Ces femmes sont admissibles à partir de l'âge de 30 ans à une imagerie par résonance magnétique et à une échographie, qui sont plus précises pour les femmes à haut risque.

Le président: Merci à vous deux.

Nous passons maintenant à M. Hanley, pour six minutes.

M. Brendan Hanley (Yukon, Lib.): Merci beaucoup à tous les intervenants.

Je tiens à souligner le courage de mes collègues qui ont pris la parole. Je pense que nous n'entendons pas assez, en général, les personnes ayant une expérience vécue, et entendre le témoignage des membres du groupe eux-mêmes est extrêmement puissant.

Docteur Yaffe, je m'adresse à vous, mais je vous demanderais, respectueusement, d'être bref dans vos réponses. Je passerais volontiers des heures sur ce sujet, mais je n'ai que trois minutes. Je vais partager mon temps avec mon collègue, M. Powlowski.

En ce qui concerne les essais randomisés par rapport aux essais d'observation, ce que je retiens, c'est que nous ne pouvons plus réaliser les essais randomisés qui étaient réalisés dans les années 1950 et 1960, parce qu'il serait impossible de constituer un groupe témoin et un groupe test, sans parler de l'évolution de la technologie. En d'autres termes, nous ne pouvons pas vraiment reproduire les essais de référence antérieurs.

Êtes-vous favorable à l'approche américaine, qui consiste à comprendre les concepts de base, puis à aller de l'avant et à n'utiliser que des essais modernes à partir de 2016, même si la plupart d'entre eux sont observationnels? Pourriez-vous nous parler rapidement du bien-fondé de cette approche?

Dr Martin Yaffe: Certainement. Les essais randomisés peuvent prouver le principe, et l'ont prouvé, mais la technologie utilisée n'est plus représentative de la pratique actuelle. Les essais d'observation nous permettent d'être plus quantitatifs et d'utiliser des données modernes pour montrer la possibilité d'une réduction de la mortalité. La modélisation nous permettra d'aller plus loin et d'extrapoler à partir de ce que nous avons appris dans les études randomisées et observationnelles.

M. Brendan Hanley: C'est un bon enchaînement. Partant du principe que tous les modèles sont faux, mais que certains sont plus utiles que d'autres, pourriez-vous défendre votre pratique de la modélisation? Je pense que vous avez fait allusion à sa compatibilité avec d'autres exercices de modélisation, en particulier aux États-Unis.

Dr Martin Yaffe: Ce n'est pas mon modèle. Il a été mis au point par Statistique Canada en collaboration avec le Partenariat canadien contre le cancer. C'est un modèle merveilleux, et il est appliqué pour plusieurs cancers. Il a été validé par rapport à des données empiriques, par rapport à des mesures réelles dans le public. Nous le comparons aux modèles américains, qui sont au nombre de cinq. En fait, l'un des modèles provient des Pays-Bas. Nous comparons toujours les modèles entre eux et ils ont tendance à s'accorder, ce qui est très bien. Cela nous donne une plus grande confiance dans leur validité.

M. Brendan Hanley: Merci beaucoup.

Docteure Kulkarni, j'ai tellement de questions à vous poser, mais je vais me limiter à une seule. Je crois que les recommandations européennes concernent l'âge de 45 ans et plus.

Dre Supriya Kulkarni: C'est exact.

M. Brendan Hanley: Pouvez-vous nous faire part de vos observations à ce sujet par rapport aux États-Unis? Y a-t-il une différence dans la méthodologie ou la base des conclusions en Europe?

Dre Supriya Kulkarni: Les organisations ont tendance à varier quelque peu quant à savoir s'il faut commencer à 40 ou 45 ans. Même certaines organisations américaines, comme l'American Cancer Society, recommandent l'âge de 45 ans. Au Canada, certaines provinces recommandent également 45 ans et plus. Toutefois, dans l'ensemble, si l'on prend en compte toutes les données actuellement disponibles, la meilleure pratique consiste à commencer le dépistage à 40 ans, et c'est ce que nous préconisons.

M. Brendan Hanley: Je vous remercie.

Je vais passer la parole à M. Powlowski.

M. Marcus Powlowski: Docteur Yaffe, étiez-vous un conseiller expert en la matière au sein du groupe de travail?

Dr Martin Yaffe: Non, je ne l'étais pas. J'ai été invité par le Centre d'analyse et de synthèse des données probantes d'Ottawa à les conseiller. Cependant, comme Dre Seely et moi-même l'avons mentionné, nous avons tous deux travaillé avec eux. Le groupe de travail a interféré avec ce que cet autre groupe était autorisé à faire.

M. Marcus Powlowski: Ai-je raison de dire que toute personne ayant traité avec le groupe de travail a dû signer un accord de non-divulgaration dans le cadre de sa collaboration?

• (1230)

Dr Martin Yaffe: C'est exact, et c'est l'une des raisons pour lesquelles je n'ai pas voulu travailler directement avec eux. Je voulais pouvoir parler librement.

M. Marcus Powlowski: D'après ce que vous savez des personnes qui ont travaillé directement avec eux, le groupe de travail a-t-il suivi les conseils de ses propres experts? Nous avons déjà entendu Dre Seely dire que ce n'était pas le cas, mais je sais qu'elle ne peut pas parler au nom des autres experts et vous non plus. À votre connaissance, ont-ils suivi l'avis de leurs propres experts?

Dr Martin Yaffe: Je ne sais vraiment pas. J'ai parlé à l'un d'entre eux, qui m'a appris qu'à son avis, son interaction avec eux avait été minimale. Il ne comprenait pas grand-chose au processus décisionnel et n'avait pas l'impression d'avoir beaucoup d'influence sur le processus.

M. Marcus Powlowski: Est-il troublant pour vous que, pour une question aussi importante, les conseillers aient été contraints de signer un accord de non-divulgaration et ne puissent donc pas vraiment rendre public ce qu'ils ont dit au groupe de travail?

Dr Martin Yaffe: Les accords de non-divulgaration sont parfois limités dans le temps, et il y a parfois des raisons à cela. Toutefois, j'ai eu le sentiment que cette restriction était très problématique, d'autant plus que j'ai eu beaucoup de mal à comprendre et à accepter l'ensemble du processus. Pourquoi devrions-nous examiner des études réalisées il y a 60 ans et qui ne sont absolument pas représentatives? Cela n'a aucun sens.

M. Marcus Powlowski: Enfin, la raison invoquée pour justifier la présence d'experts non spécialisés dans le domaine au sein du groupe de travail chargé de prendre la décision est qu'ils n'ont pas d'intérêt financier personnel dans le résultat. Je sais que certaines personnes, de l'autre côté, vont dire que, bien sûr, les radiologues veulent faire plus de mammographies, parce qu'ils gagnent pas mal d'argent avec les mammographies.

Voulez-vous répondre officiellement à cela, Dr Yaffe ou Dre Kulkarni?

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

Dr Martin Yaffe: Je dirai simplement que je suis titulaire d'un doctorat et que je touche un salaire pour faire de la recherche, de sorte que le nombre de dépistages effectués n'a aucune incidence sur ma vie personnelle.

Le président: Merci, docteur Yaffe.

[Français]

Monsieur Thériault, vous disposez de six minutes.

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

Je vais poser une question à M. Yaffe.

Jacques Simard, vice-doyen à la recherche et aux études supérieures de la Faculté de médecine de l'Université Laval, suggère que, sans devancer l'âge du dépistage pour tout le monde, les femmes devraient obtenir un suivi personnalisé selon leur niveau de risque, qui serait évalué en tenant compte, notamment, des antécédents familiaux, de la densité mammaire et de l'âge. Il suggère que celles qui présentent un risque dit normal continuent de passer une mammographie tous les deux ans entre 50 et 69 ans, tandis que celles qui présentent un risque intermédiaire commencent à passer une mammographie annuelle dans la quarantaine. Enfin, celles qui présentent un risque élevé pourraient passer une mammographie annuelle en plus d'une imagerie par résonance magnétique.

Que pensez-vous de cette recommandation?

[Traduction]

Dr Martin Yaffe: C'est une recommandation très intéressante, et je respecte beaucoup le travail du Dr Simard, mais je ne pense pas qu'à ce stade nous ayons la preuve qu'elle fonctionnerait. Autrement dit, pour adopter un dépistage moins fréquent, nous devons savoir que le risque de développer un cancer est si faible que cette politique ne fera pas que des cancers ne seront pas détectés. Cette hypothèse n'a pas encore été validée.

La plupart des personnes ne considèrent pas les facteurs de risque de cancer du sein comme étant autres que le fait d'être une femme et de vieillir. C'est une excellente idée, et je pense qu'à l'avenir nous pourrions le faire, mais nous ne sommes pas prêts à le faire pour l'instant.

[Français]

M. Luc Thériault: Merci.

Lors d'un point de presse, la présidente du groupe de travail a affirmé ceci au sujet de la mise à jour des recommandations: « Ce n'est pas parce que l'on a plus de cancers qu'il faut dépister plus. Il faut surtout se demander pourquoi on en a plus ».

Qu'en pensez-vous?

[Traduction]

Dr Martin Yaffe: C'était pour moi ou pour Dre Kulkarni?

[Français]

M. Luc Thériault: La question s'adresse à vous.

[Traduction]

Dr Martin Yaffe: Je vous remercie.

Il est important pour nous de comprendre les causes du cancer et de continuer à chercher les moyens de le prévenir. Nous savons que la consommation d'alcool pose certains problèmes. Il y a des problèmes liés au mode de vie, comme l'obésité. Toutefois, la prévention, la détection précoce et le traitement ne sont pas en concurrence les uns avec les autres. Tout en apprenant à prévenir le cancer, nous devrions faire tout ce qui est en notre pouvoir pour empêcher les femmes de mourir du cancer du sein.

Le dépistage est souvent appelé prévention secondaire. Nous prévenons une maladie avancée. Si nous la détectons plus tôt, elle sera traitée avec beaucoup plus de succès. C'est mieux pour la patiente. C'est aussi mieux pour le système de santé. Des recherches sur le point d'être publiées montrent que les coûts diminuent à mesure que le dépistage s'intensifie, parce qu'il y a moins de cancers à un stade avancé qui doivent être traités.

• (1235)

[Français]

M. Luc Thériault: Merci beaucoup.

Le président: Vous avez encore deux minutes, si vous le voulez.

M. Luc Thériault: Je croyais que j'avais deux minutes et demie.

Je vais continuer avec plaisir.

Le président: Non, vous aviez six minutes.

M. Luc Thériault: D'accord, merci.

Plusieurs experts dénoncent les effets des « faux positifs » lors des dépistages et s'appuient notamment sur ce phénomène pour ne pas recommander la prévention systématique chez les femmes de 40 à 49 ans.

Qu'en pensez-vous? Pouvez-vous nous fournir davantage de détails sur ce sujet?

[Traduction]

Dr Martin Yaffe: Je suis désolé. J'ai manqué la première partie de votre question. J'ai cru entendre « faux positif ». Est-ce de cela que vous parlez?

[Français]

M. Luc Thériault: Oui, plusieurs experts dénoncent les effets négatifs des faux positifs.

Je vous écoute.

[Traduction]

Dr Martin Yaffe: Tout d'abord, nous devons nous débarrasser de l'expression « faux positif ». C'est un terme complètement erroné. Un faux positif implique que quelqu'un a dit que quelqu'un avait un cancer alors que ce n'est pas le cas. Comme Dre Kulkarni l'a mentionné plus tôt, ce terme désigne en réalité le cas où l'on demande aux femmes de revenir pour un examen d'imagerie supplémentaire afin de s'assurer qu'il n'y a pas de cancer. Le premier examen de dépistage n'est pas clairement négatif, et l'on veut s'assurer de ne pas passer à côté d'un cancer.

S'il faut attendre un certain temps avant d'obtenir la réponse à cette imagerie supplémentaire, il y aura une certaine anxiété, mais la plupart des recherches montrent que l'anxiété est passagère. Comme l'a mentionné Dre Seely, les patientes sont généralement plus heureuses d'accepter cette anxiété que le risque d'un diagnostic de cancer manqué et la nécessité de traiter la maladie à un stade avancé. Le groupe de travail n'a vraiment pas raison de considérer cela comme un préjudice. Nous devrions essayer de réduire l'anxiété, pas de réduire la détection du cancer.

[Français]

M. Luc Thériault: Je vous remercie.

Selon le groupe de travail qui a fait les recommandations, les risques d'un dépistage excessif dépasseraient de loin les avantages. Une anxiété accrue, des tests inutiles et des surdiagnostics tels que les biopsies feraient notamment partie des inconvénients causés.

Pensez-vous qu'on a exagéré l'importance des surdiagnostics dans les études qu'on a utilisées, en général?

[Traduction]

Dr Martin Yaffe: J'ai cosigné avec Dre Kathleen Pritchard, oncologue médicale, l'une des meilleures oncologues médicales du Canada dans le domaine du cancer du sein, un article intitulé

« Overdiagnosing Overdiagnosis ». L'idée est que certains cancers se développent lentement. Pour certaines personnes, si elles ne savaient pas qu'elles avaient un cancer, celui-ci ne les aurait pas dérangées avant qu'elles ne meurent d'une autre cause. En réalité, la fraction de ces cancers — ce sont de vrais cancers, mais ce sont des cancers qui se développent peut-être lentement — est relativement faible. Elle est généralement inférieure à 10 %, voire de l'ordre de 5 %.

L'idée est d'éviter de surtraiter ces personnes. Une fois le cancer diagnostiqué, il faut essayer de déterminer s'il s'agit d'un cancer agressif ou d'un cancer moins agressif et adapter la thérapie aux caractéristiques du cancer. Je pense que c'est la bonne approche, plutôt que de ne pas trouver le cancer et de jouer à la roulette russe en laissant un cancer dangereux continuer à se développer.

Le président: Merci, docteur Yaffe.

Dre Supriya Kulkarni: Puis-je ajouter quelque chose?

Le président: Soyez très brève, s'il vous plaît.

Dre Supriya Kulkarni: Je voudrais me faire l'écho des sentiments de Dr Yaffe selon lesquels le surdiagnostic est un mot très difficile à comprendre. Le rôle du dépistage est de trouver le cancer. La manière de traiter le cancer est un aspect différent du cancer. Déterminer quel cancer sera biologiquement agressif et se développera et tuera la femme par rapport à quel cancer ne se développera pas, mais permettra à la femme de mourir d'une autre cause... C'est quelque chose que nous ne pouvons pas dire d'après l'imagerie.

Il ne s'agit pas vraiment d'un surdiagnostic. Nous devons déterminer quel cancer a besoin d'un traitement et lequel n'en a pas besoin. Cela ne fait pas partie du processus de dépistage.

• (1240)

Le président: Je vous remercie.

La parole est maintenant à Mme Zarrillo, pour six minutes.

Mme Bonita Zarrillo: Merci.

J'aime beaucoup les observations de Dre Kulkarni, car, dans les traitements modernes du cancer, il y a beaucoup plus d'options.

Il y a exactement un an, le ministre Duclos a annoncé un financement supplémentaire de 500 000 \$ pour le groupe de travail afin d'accélérer la mise à jour des lignes directrices sur le dépistage du cancer du sein. Il aurait déclaré: « ... avoir des lignes directrices pour le dépistage du cancer du sein qui reposent sur la science récente est essentiel. »

Dr Yaffe, je me demande si vous pensez que les nouvelles lignes directrices de ce groupe de travail sont fondées sur les données scientifiques les plus récentes.

Dr Martin Yaffe: Je pense qu'ils diraient qu'ils ont examiné les données scientifiques les plus récentes — du moins certaines d'entre elles —, mais le fait qu'ils aient continué à se concentrer sur des études vieilles de 40 à 60 ans est inquiétant.

Les données les plus récentes montrent des réductions de la mortalité de l'ordre de 40 %, voire de 60 % pour les femmes qui participent au dépistage — en insistant sur le mot « participent » — et que le stade auquel le cancer est détecté est plus précoce, ce qui signifie qu'il peut être traité avec plus de succès, avec de meilleurs résultats, moins de morbidité et à un coût moindre. Je ne vois rien de tel dans les documents publiés par le groupe de travail. J'ai lu ses rapports. Rien n'indique qu'il a pris au sérieux les données les plus récentes.

Comme je l'ai mentionné plus tôt aujourd'hui, il n'y a rien sur la densité mammaire. Il n'y a rien sur les femmes racialisées, dont les cancers du sein ont tendance à se déclarer plus tôt et à être plus agressifs dans certains cas, et dont les résultats, nous le savons, sont pires. Elles s'en sortent beaucoup moins bien. Il y a là une inégalité.

Mme Bonita Zarrillo: Merci, docteur. Cette inégalité me préoccupe beaucoup. Je poserai une question à ce sujet plus tard.

Je voudrais juste revenir sur un point, docteur Yaffe. Avez-vous des renseignements sur les paramètres que le gouvernement a donnés à ce groupe de travail? Plus précisément, y a-t-il une exigence de réduction des coûts? Ce groupe de travail a-t-il été chargé de produire un rendement du capital investi en ce qui concerne la santé des femmes et le cancer du sein?

Dr Martin Yaffe: Je ne connais pas la réponse à cette question. Je soupçonne que les membres du groupe de travail ont le sentiment sous-jacent que le fait de dépenser moins d'argent pour le dépistage du cancer du sein permettra de libérer de l'argent pour faire des choses qui les intéressent davantage, mais je n'en suis pas certain. Comme je l'ai dit, ce que nous avons appris, c'est qu'il y a une réduction potentielle des coûts associée au dépistage.

Mme Bonita Zarrillo: Je vais poser la même question à Dre Kulkarni. Avez-vous des renseignements sur les paramètres que le gouvernement a donnés au groupe de travail et sur tout ce qui pourrait s'y rapporter?

Dre Supriya Kulkarni: Non. Je pense que les personnes comme nous qui n'en font pas partie n'ont pas accès à cette information. Je ne dispose d'aucune information.

J'aimerais simplement aborder un autre point qui a été soulevé, que les mammographies ne sont pas très rémunératrices. Il est faux de croire qu'interpréter un plus grand nombre de mammographies est un travail facile. Par exemple, une mammographie serait 10 fois moins rémunératrice qu'un tomodensitogramme. Tout ce qui a trait à la santé des femmes n'est pas si bien remboursé, on peut donc constater qu'un autre problème se pose. Cela ne fait pas partie des priorités.

Non, il n'y a pas d'information.

Mme Bonita Zarrillo: Je comprends. Le travail des femmes n'est pas bien rémunéré dans le secteur médical.

Docteur Kulkarni, selon vous, quelle expertise devrions-nous inclure dans le Groupe d'étude si le Comité recommandait le retour à la case départ?

Dre Supriya Kulkarni: Ils ont invité certains conseillers — nous avons entendu deux d'entre eux aujourd'hui — pour l'examen des données probantes. D'autres conseillers ont travaillé directement avec le Groupe d'étude. Il faut parler à tous ces gens.

Il faut savoir si les décisions, c'est-à-dire les recommandations provisoires, ont été prises à l'unanimité. Des personnes au sein de l'équipe ont-elles estimé que ce n'était pas la chose à faire? C'est un point.

Le deuxième point, comme nous l'avons vu, c'est que ces recommandations ne peuvent être mises en oeuvre en l'état. Elles doivent être annulées ou au moins suspendues temporairement jusqu'à la fin de l'enquête. Il faudrait encourager les médecins de famille à suivre les lignes directrices provinciales jusqu'à ce que la question soit résolue. Les mettre en oeuvre en l'état serait préjudiciable au pays.

Mme Bonita Zarrillo: Sur ce, monsieur le président, j'aimerais que le Comité demande à l'Agence de santé publique du Canada et au gouvernement de fournir au Comité les paramètres qui ont été donnés au Groupe d'étude pour son étude actualisée.

J'ai une autre question, docteur Kulkarni. Martin Yaffe a fait état du débat avec le médecin. C'est en tout cas ce que j'ai vécu en tant que femme ayant des seins denses. J'ai dû débattre avec mon médecin pendant deux ans. Je m'inquiète pour les personnes non blanches. La Dre Seely a mentionné tout à l'heure à quel point elles doivent se débattre et lutter contre les préjugés et les partis pris.

Si vous voulez bien nous en faire part, je me demande comment surmonter les préjugés au cabinet du médecin.

• (1245)

Dre Supriya Kulkarni: Tout d'abord, la vulgarisation est très importante. Nous ne dépensons pas assez d'argent pour informer les gens. Nous avons aujourd'hui une énorme population très diversifiée et nous ne nous en occupons pas.

Le plus important, ce sont les lignes directrices. Les lignes directrices doivent confirmer la nécessité de le faire.

Ensuite, il faut disposer des capacités nécessaires. Les délais actuels dans notre pays sont horribles. Ils ne nous permettent pas d'ouvrir nos portes à un plus grand nombre d'échographies. C'est un énorme problème de capacité.

Il y a beaucoup de travail à faire pour que les dépistages soient accessibles à toutes de manière égale, sans qu'il faille se battre pour les obtenir.

Mme Bonita Zarrillo: Je ne me souviens pas avoir vu cette recommandation dans le rapport du Groupe d'étude...

Le président: Merci, madame Zarrillo et docteur Kulkarni. Votre temps est écoulé.

Nous cédon la parole à Mme Goodridge, si vous le voulez bien, pour cinq minutes.

Mme Laila Goodridge: Merci, monsieur le président.

Je remercie les témoins de leur présence. Il est rafraîchissant d'entendre des solutions pleines de bon sens. J'ai fait beaucoup de recherches sur ce sujet au cours de cette brève étude, et tant d'organisations différentes se sont très rapidement prononcées contre ces lignes directrices.

Docteur Kulkarni, souhaiteriez-vous que les lignes directrices du Groupe d'étude soient annulées? Feriez-vous cette recommandation?

Dre Supriya Kulkarni: Oui.

Mme Laila Goodridge: Merci pour cette réponse.

À mon avis, il est évident que les lignes directrices du Groupe d'étude posent de très graves problèmes. Cette semaine, comme nous l'avons entendu, des données probantes provenant de différents experts se sont accumulées à ce sujet. Je pense que c'est important, c'est pourquoi je demande le consentement unanime pour présenter la motion suivante:

Que, étant donné que le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, créé par le gouvernement fédéral, a décidé de ne pas abaisser l'âge recommandé pour le dépistage du cancer du sein et que Cancer du sein Canada s'est dit « profondément préoccupé » par les lignes directrices du Groupe d'étude, le Comité fasse rapport à la Chambre que la décision du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé devrait être immédiatement annulée et que le dépistage du cancer du sein devrait être étendu aux femmes dans la quarantaine, car cela contribuera à sauver des vies.

Le président: Le consentement unanime n'est pas nécessaire pour présenter la motion, car elle porte sur le sujet qui nous occupe.

Le Comité est dûment saisi de la motion et celle-ci est recevable. Le débat porte maintenant sur la motion.

Monsieur Hanley.

M. Brendan Hanley: J'ai cru voir la main de M. Ellis en premier.

Le président: J'ai vu la vôtre en premier.

Mme Laila Goodridge: Je suis désolée, monsieur le président, j'ai demandé le consentement unanime et je...

Le président: Vous avez demandé le consentement unanime pour présenter la motion et ce n'était pas nécessaire.

Mme Laila Goodridge: C'était pour adopter la motion.

Le président: Ce n'est pas ce que vous avez dit.

Mme Laila Goodridge: Je suis désolée.

Le président: Très bien, vous demandez le consentement unanime sur la motion.

Mme Goodridge a-t-elle le consentement unanime pour adopter la motion présentée?

Des députés: Non.

Le président: Vous n'avez pas...

Mme Laila Goodridge: Monsieur le président, j'aimerais comprendre. Nous avons entendu d'innombrables...

Le président: Vous n'avez pas le consentement unanime. Il semble qu'il y ait une volonté de débattre de la motion.

Avez-vous l'intention de retirer la motion ou allons-nous en débattre?

Des députés: Un débat.

Le président: Très bien, nous allons donner la parole à MM. Hanley et Ellis et à Mme Goodridge.

M. Brendan Hanley: J'accepte la motion. Je ne me sens pas à l'aise avec la recommandation. Même si je pense qu'en dernière analyse, nous devons parvenir à une recommandation uniforme sur le dépistage, je ne suis pas sûr que nous pouvons ordonner à un groupe d'étude indépendant ce qu'il doit conclure. Nous devons trouver un moyen de plaider pour des lignes directrices et la formation des médecins de famille.

Ce qui m'intéresse, c'est d'arriver au même résultat. Je ne suis pas sûr que c'est la bonne façon de procéder.

• (1250)

Le président: Monsieur Ellis.

M. Stephen Ellis: Merci beaucoup.

Je respecte les commentaires de M. Hanley à ce sujet. Je pense que le problème tient au fait que nous avons entendu des preuves accablantes ici et qu'elles s'accroissent de minute en minute. Nous

avons ici l'un des plus grands experts au monde, Martin Yaffe, qui travaille sur ce sujet dans le monde entier depuis 44 ans, comme il l'a dit lui-même. Nous savons très clairement qu'il est prouvé que les femmes devraient se voir proposer un dépistage du cancer du sein entre 40 et 79 ans. Cela signifie que les femmes auraient accès au dépistage sans recevoir de messages contradictoires. Ce serait un message incroyablement fort de la part du Comité que de dire au Groupe d'étude que sa conclusion est erronée.

Je suis conscient que nombre d'entre vous assis autour de cette table ne sont pas des experts en science et je sais que nous ne faisons pas partie du Groupe d'étude. Le problème, comme il nous a été exposé très clairement, c'est qu'il est imprudent de continuer à permettre au Groupe d'étude de fonctionner d'une manière qui ne respecte pas la science, qui est contre le dépistage et la prévention — ces mots ne sont pas trop forts; nous les avons entendus à maintes reprises ici —, surtout que nous avons entendu que 1 000 femmes mourront à cause de l'imprudence du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.

Beaucoup diront peut-être que cela n'est pas du ressort du Comité ou du gouvernement fédéral. Cependant, il est important de se rappeler que le Comité peut faire entendre une voix incroyablement forte au nom des femmes canadiennes, dont plusieurs mourront alors qu'elles ne le devraient pas à cause de l'inaction, de l'incapacité ou peut-être de l'ignorance d'un Groupe d'étude qui ne veut pas tenir compte de la science, qui est dynamique et qui évolue. J'ai été médecin de famille pendant 26 ans. Comprendre que la science évolue est un aspect important de la prestation d'excellents soins de santé et de qualité.

L'autre chose importante à souligner est qu'il est impensable que le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs ait un parti pris contre le dépistage et la prévention, comme Martin Yaffe et d'autres témoins l'ont laissé entendre. Il est illogique de penser qu'un Groupe d'étude chargé de se pencher sur les soins de santé préventifs ait un parti pris contre le dépistage. C'est un non-sens.

Ne pas permettre à des femmes de prendre des décisions en connaissance de cause sur la base d'une discussion qu'elles pourraient avoir avec leur fournisseur de soins de santé est incroyablement misogyne, à mon avis. Comme je l'ai dit, je suis un ancien fournisseur de soins de santé masculin. Ne pas offrir aux femmes la possibilité d'avoir une discussion me pose un problème. Ne pas le permettre va entraîner la mort d'un plus grand nombre de femmes, et c'est absolument intolérable.

Je vais préciser pour tous que la question est extrêmement personnelle pour moi. Ma femme a reçu un diagnostic de cancer du sein à 48 ans. Heureusement, elle a franchi le cap des cinq ans et elle s'est merveilleusement rétablie.

Cela dit, il ne s'agit pas seulement de science. C'est une question personnelle. Pensons aux années de vie potentielles perdues pour les jeunes femmes qui n'ont pas accès au dépistage. Comme notre collègue du NPD l'a mentionné, les femmes issues de communautés marginalisées, racisées et souvent éloignées et rurales n'y ont pas accès.

Savez-vous ce qui m'a vraiment frappé dans le témoignage de notre collègue du NPD? C'est qu'il s'agit d'une femme blanche de 48 ans qui a dû se démener pour elle-même. De mon point de vue, je ne peux qu'imaginer ce que c'est que d'appartenir à une communauté racisée et d'essayer de défendre ses intérêts lorsque le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs a déclaré que l'on n'est pas en mesure, dès 40 ans, d'avoir accès au dépistage du cancer du sein. Je n'ose imaginer à quel point cette tâche est intimidante. En fait, je dirais qu'il devient impossible de se défendre contre un système dans lequel les dés sont déjà pipés contre vous.

• (1255)

Peut-être, comme mon collègue Brandon Hanley le suggère, que ce n'est pas tout à fait ainsi que cela devrait être, mais si nous ne nous manifestons pas d'une voix incroyablement forte, comme je l'ai suggéré au cours de la discussion avec le groupe précédent, la probabilité que le Groupe d'étude succombe à qui que ce soit d'autre... Mon Dieu, nous avons quelqu'un comme Martin Yaffe qui dit que cela doit changer et la probabilité que le Groupe d'étude change de cap et soit d'accord avec lui est probablement faible, voire nulle. Si nous ne faisons pas énormément de bruit à ce sujet au nom des femmes canadiennes, je pense que nous ne leur rendons pas service.

L'autre élément à prendre en compte, lorsque l'on considère l'importance de la presse dans cette affaire, est qu'il est extrêmement important que les médias comprennent la décision prise et à quel point il est déterminant que le Groupe d'étude aille à l'encontre des nouvelles données probantes. Nos voisins du sud, au sein du groupe d'étude sur les services préventifs des États-Unis, ont convenu que les données probantes justifient les dépistages, peut-être pas jusqu'à 79 ans, comme M. Yaffe l'a dit, mais certainement entre 40 et 74 ans, avec la possibilité pour les femmes de plus de 74 ans de subir des dépistages, comme Dre Kulkarni l'a dit, en fonction de leur état de santé général. C'est tout à fait logique.

Le fait que nous ne fassions pas de bruit à ce sujet alors que nous disposons d'une somme écrasante de preuves du contraire ne rend pas service aux femmes canadiennes. Je ne veux pas contribuer à rendre un mauvais service aux femmes canadiennes et j'invite mes collègues, même s'ils estiment que ce n'est pas ici le forum approprié pour lancer cet appel, à revenir sur leur décision et à soutenir la motion de ma collègue à l'unanimité. Je pense que la science est contre vous, je pense que l'opinion publique est contre vous, et je pense que l'histoire se prononcera contre vous et dira que les décisions que vous avez choisi de prendre ici sont malavisées.

Je tiens à être clair. J'apprécie mon collègue, M. Hanley. Je respecte sa décision. Cela dit, si nous ne nous élevons pas contre ces lignes directrices, la difficulté qui persistera est que nous continuerons à envoyer des messages contradictoires aux provinces et aux Canadiennes. Des Canadiennes vont mourir à cause de cette décision et c'est injuste. Ce n'est peut-être pas exactement de notre ressort, mais il est certainement de notre ressort de dire que nous sommes absolument contre les décisions qui ont été prises, que la décision devrait être immédiatement annulée et que le dépistage du cancer du sein devrait être étendu aux femmes dans la quarantaine.

J'ai demandé à d'autres témoins présents aujourd'hui comment ils pensaient que nous pourrions faire du bruit à ce sujet, car je pense que c'est exactement ce qui doit être fait. Il faut faire du bruit. Il doit être sans équivoque. Nous devons dénoncer un Groupe d'étude qui ne respecte pas la science, qui refuse de respecter la science. Nous savons que d'autres groupes de travail aux États-Unis et en

Europe ont choisi de ne pas exiger d'essais contrôlés randomisés. Nous pensons que cette partie de la science a été réglée. Nous devons aller de l'avant et comprendre que nous disposons de nouvelles méthodes de diagnostic et de traitement du cancer du sein et que ces nouvelles et meilleures méthodes doivent être respectueuses des Canadiennes.

Je ne pense pas pouvoir être plus catégorique que cela. J'exhorte mes collègues à accepter à l'unanimité cette motion présentée par ma collègue de Fort McMurray—Cold Lake au nom des Canadiennes qui meurent de façon insensée à cause de l'inaction et de l'ineptie du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.

Je vous remercie, monsieur le président.

• (1300)

Le président: Merci, monsieur Ellis.

Madame Goodridge.

Mme Laila Goodridge: Merci, monsieur le président.

J'espère que nous pourrions voter sans délai sur cette motion et revenir à nos travaux. Il est très troublant que des députés, surtout Brendan Hanley qui est médecin, ne votent pas pour cette motion après tous les témoignages que nous avons entendus, mais j'espère que nous pourrions procéder à un vote sans délai.

Le président: Monsieur Powlowski.

M. Marcus Powlowski: En général, je suis favorable à cette question et je m'y intéresse depuis longtemps. Martin Yaffe et moi-même en avons parlé il y a plusieurs années. Don Davies, du NPD — permettez-moi de lui rendre hommage — a également joué un rôle très actif dans la recherche d'une solution à ce problème.

Comme Brendan Hanley, je suis préoccupé par le fait qu'un groupe de parlementaires composé de non-experts avoués tente d'annuler la décision d'un organisme — même s'il est apparemment imparfait — comme le Groupe d'étude. Dans ma vie, je sépare le médical — je pratique toujours la médecine — du parlementaire. Je pense que c'est important. Nous ne sommes pas des experts.

Je ne fais que lancer cette idée parce que nous n'avons pas eu le temps de l'étudier à fond. Je me demande s'il est possible d'amender la motion. Je n'en ai même pas encore discuté avec mon propre parti, mais je suggère que le libellé suivant pourrait trouver preneur:

Que, étant donné que le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, créé par le gouvernement fédéral, a décidé de ne pas abaisser l'âge de dépistage du cancer du sein et que Cancer du sein Canada s'est dit « profondément préoccupé » par les lignes directrices du Groupe d'étude, le Comité fasse rapport à la Chambre que la décision du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs devrait être immédiatement reconsidérée et qu'on envisage d'étendre le dépistage du cancer du sein aux femmes dans la quarantaine...

Cela permettrait peut-être de trouver un meilleur équilibre entre les deux préoccupations concernant le fait qu'un comité parlementaire tente d'aller là où il ne devrait pas aller.

Cela dit, je conviens que nous avons entendu des témoignages convaincants à ce sujet. Il est certain qu'il y a suffisamment de savoir-faire ici pour suggérer que la décision devrait être reconsidérée.

Ce serait un meilleur équilibre. Je ne sais pas si je dois en faire une motion d'amendement en bonne et due forme. Peut-être devrions-nous faire une pause de cinq minutes pour que les partis y réfléchissent.

Mme Laila Goodridge: Monsieur le président, cela me convient.

Le président: Il serait préférable que vous proposiez officiellement l'amendement. Il semble que les conservateurs ont déjà pris leur décision à ce sujet, ou du moins l'un d'entre eux.

Je vais considérer que cela signifie que la motion est amendée. L'amendement consiste à remplacer le mot « annulée » par « reconsidérée » et après, le libellé dirait « et qu'on envisage d'étendre le dépistage du cancer du sein », etc. Je pense que c'est l'essentiel de votre suggestion.

M. Marcus Powlowski: Après les mots à la fin — « et qu'on envisage d'étendre le dépistage du cancer du sein aux femmes dans la quarantaine » — j'ajouterais « car, de l'avis du Comité, cela contribuera à sauver des vies ».

Il y a là une interprétation des données probantes et nous ne sommes pas des experts en la matière, alors je laisserais tomber « car cela contribuera à sauver des vies » ou j'ajouterais « car, de l'avis du Comité, cela contribuera à sauver des vies ».

Le président: L'amendement est recevable, le débat porte donc maintenant sur l'amendement.

Nous avons une liste des intervenants sur la motion principale, mais la liste reprend à zéro, alors si vous voulez vous réinscrire, levez la main.

La parole est à M. Ellis.

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

Je remercie M. Powlowski.

Avec ce changement, le libellé est quelque peu édulcoré, mais il est extrêmement important que nous agissions le plus tôt possible. J'espère que mes collègues souscriront à la modification du libellé. Je sais que, de ce côté-ci, nous y sommes favorables, car nous ne saurions aller trop vite pour que cela se concrétise.

Le Groupe d'étude tergiverse et connaît ces données probantes depuis un certain temps déjà. Je ne pense pas qu'en 2024, ce soit une révélation soudaine. Je pense que l'inaction et l'incapacité à mettre le Groupe d'étude canadien face à ses responsabilités ont permis à cette situation de perdurer et que des milliers de Canadiennes meurent inutilement chaque année.

Le temps presse. Montrons nos couleurs et soutenons cette motion.

• (1305)

Le président: Madame Zarrillo.

Mme Bonita Zarrillo: Puis-je voir l'amendement par écrit, s'il vous plaît?

M. Marcus Powlowski: Monsieur le président, est-ce que quelqu'un peut s'en charger? Je dois taper sur mon petit écran et vous êtes probablement plus rapide que moi.

Le président: Nous allons devoir suspendre la séance pour obtenir le libellé et le faire traduire, alors j'aimerais permettre aux témoins de partir et faire circuler l'amendement.

M. Marcus Powlowski: Monsieur le président, les témoins peuvent-ils rester s'ils le souhaitent?

Le président: Bien sûr. C'est l'un de ces scénarios où vous êtes les bienvenus si vous souhaitez rester, mais vous êtes libres de partir.

Merci à chacun de nos témoins.

Oui, monsieur Hanley.

M. Brendan Hanley: Je suis désolé, mais j'invoque le Règlement avant que vous ne suspendiez la séance.

Je veux avoir l'occasion de tester le libellé que j'avais proposé, qui est très similaire à celui de M. Powlowski, avant que nous n'obtenions une version écrite...

Mme Laila Goodridge: Ce n'est pas un rappel au Règlement.

Le président: Vous pouvez proposer un sous-amendement ou rejeter son amendement et en proposer un nouveau. Ce sont vos deux options. Vous pourriez peut-être en discuter pendant la suspension.

M. Brendan Hanley: Comme ce n'est pas encore écrit et que M. Powlowski n'est pas sûr de son propre libellé, j'ai une précision à apporter. Je suis heureux de le faire sous forme d'un sous-amendement. Je veux que nous en arrivions à un point où nous pourrions tous...

Le président: Vous et M. Powlowski devriez en discuter.

Chers témoins, nous ne reprendrons pas la discussion avec vous aujourd'hui. Vous êtes les bienvenus si vous voulez rester, mais vous êtes libres de partir. Nous vous sommes extrêmement reconnaissants de votre présence. Vous pouvez constater que vous avez suscité un débat animé, un débat qui doit avoir lieu. Nous vous remercions de votre travail et de votre présence.

Nous allons suspendre la séance pour que l'amendement soit distribué aux membres du Comité par écrit, dans les deux langues.

La séance est suspendue.

• (1305)

(Pause)

• (1335)

Le président: Nous reprenons nos travaux.

L'amendement n'est pas prêt dans les deux langues, mais pendant la suspension, nous avons convenu que nous sommes prêts à reprendre nos travaux.

Nous en étions au débat sur l'amendement proposé par M. Powlowski. L'amendement consiste à supprimer tout ce qui vient après le mot « immédiatement » dans la motion et à le remplacer par ce qui suit: « reconsidérée et qu'on envisage d'étendre le dépistage du cancer du sein aux femmes dans la quarantaine, car, de l'avis du Comité, cela contribuera à sauver des vies ».

Lorsque nous nous sommes arrêtés, M. Ellis avait la parole, je lui donne donc la parole sur l'amendement.

• (1340)

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

Ce qui me préoccupe, c'est qu'il s'agit d'une version quelque peu édulcorée. Je pense que nous devrions passer au vote le plus rapidement possible.

[Français]

Le président: Monsieur Thériault, vous avez la parole.

M. Luc Thériault: Monsieur le président, je vais essayer d'être bref, parce que le temps presse.

Je suis d'accord sur le fond de la motion. Habituellement, le Comité se réunit, fait un rapport et formule des recommandations, mais, compte tenu de l'urgence, nous allons faire une recommandation à la Chambre aujourd'hui. Cela ne veut pas dire que nous ne ferons pas un rapport détaillé pour exprimer l'ensemble de l'argumentaire entourant cette recommandation.

Je ne me sens pas gêné de ne pas être un expert. S'il fallait attendre d'être expert pour faire des recommandations, pas un comité n'en ferait. En ce sens, je suis d'accord pour aller de l'avant. C'est rare qu'on voie l'ensemble des témoins avoir un point de vue aussi clair. J'ai posé mes questions, et j'ai eu des réponses très claires et sans ambiguïté. Je suis donc d'accord sur la démarche, même si elle est un peu inusitée. Je pense que la gravité de la chose commande que le Comité s'empresse de signaler à la Chambre, en fin de session, ce qu'il veut. Je ne vois aucun problème dans le libellé que j'ai sous les yeux.

Une voix: [*Inaudible*]

[*Traduction*]

Le président: Monsieur Hanley...

[*Français*]

M. Luc Thériault: Je m'excuse de vous interrompre, monsieur le président.

En fait, je parlais de la motion de M. Powlowski.

Je reviendrais à la motion initiale. Pour les raisons que j'ai données, je me sens très à l'aise de faire des recommandations, même si je ne suis pas un expert. Il est clair que c'est le Comité qui fait ces recommandations. Évidemment, ce n'est pas nous qui allons prendre la décision, mais le gouvernement.

[*Traduction*]

Le président: Monsieur Hanley, la parole est à vous.

M. Brendan Hanley: Je suis pour l'amendement et je suis d'accord en principe avec ce que dit M. Thériault. Une fois de plus, je tiens à préciser que j'aimerais beaucoup que nous parvenions à un consensus pour faire l'unanimité afin que nous puissions exprimer l'urgence de la situation. Je n'ai aucun problème à faire du bruit. Je n'ai aucun problème avec l'urgence de la situation, mais je pense que nous devons respecter la procédure établie.

Le ministre ne dirige pas le Groupe d'étude et nous ne dirigeons pas non plus l'élaboration des lignes directrices. En tant que politiciens, il ne nous appartient pas d'émettre des lignes directrices, mais nous pouvons demander au Groupe d'étude d'envisager une révision urgente, en vue d'aboutir à une recommandation de faire un dépistage chez les femmes dans la quarantaine.

Je pense que l'objectif est d'y parvenir rapidement. J'espère que nous pourrions tous nous mettre d'accord sur ce point en respectant la procédure établie.

Le président: Merci, monsieur Hanley.

Madame Zarrillo, vous avez la parole.

Mme Bonita Zarrillo: Nous allons voter. J'étais sur la liste des intervenants sur la motion, nous allons donc passer au vote et nous pourrions ensuite en discuter.

Le président: Mme Roberts est partie. Elle était la suivante. Après Mme Roberts, il y a M. Naqvi.

M. Yasir Naqvi: Merci beaucoup, monsieur le président.

Le sujet est très important. Il concerne beaucoup de femmes dans ce pays. La marque du Comité a été de faire un travail réfléchi et une analyse réfléchie.

Je suis sûr que nous sommes tous d'accord sur la recommandation que nous allons faire grâce au travail du Comité. Ce qui m'attriste, c'est qu'en ce moment, avec la motion originale et la motion amendée, que je soutiens, nous sommes essentiellement en train de rédiger le rapport. Nous passons vraiment à côté de la possibilité de saisir l'analyse quasi unanime que nous avons reçue de la part de témoins incroyables. Nous passons à côté de la valeur de saisir et de consigner ces témoignages à cause du processus que nous utilisons. Nous ne présentons pas un document plus étoffé au Groupe d'étude au cours de sa période d'examen de 60 jours, qui a été prolongée, comme le ministre l'a demandé, en nous contentant essentiellement de recommandations qui tiennent sur cinq ou six lignes.

C'est ce qui me préoccupe. Je pense que c'est également ce à quoi M. Hanley faisait référence, à savoir de court-circuiter le processus. Je ne crois pas qu'il faille faire du bruit pour le plaisir de faire du bruit si ce bruit n'est pas étayé par un processus de réflexion rationnel. Il est bien plus efficace de faire du bruit lorsque l'on peut le justifier et je pense que nous passons à côté de l'occasion de rédiger un rapport dont les analystes auraient pu saisir le contenu en écoutant les témoignages.

Quoi qu'il en soit, je soutiens les amendements qui ont été proposés afin que nous puissions protéger la vie des femmes, surtout des femmes racisées, comme nous l'avons entendu. Je viens de ce milieu. J'ai parlé de l'expérience que j'ai vécue avec ma mère, qui est une femme instruite — comme nous le sommes tous — et de l'anxiété à laquelle nous avons été confrontés au cours de ce processus.

Nous devrions procéder d'une manière qui convient à ce comité parlementaire.

• (1345)

Le président: Madame Vecchio, la parole est à vous.

Mme Karen Vecchio: J'ai vu Sonia Sidhu lever la main.

Le président: Madame Sidhu, allez-y, je vous en prie.

Mme Sonia Sidhu: Merci, monsieur le président.

Je souscris à l'amendement proposé. Nous avons entendu le témoignage de Mme Zarrillo.

Merci, madame Goodridge, pour votre travail. Nous sommes tous sur la même longueur d'onde. Ma mère se bat également contre le cancer.

Les députés approuvent les amendements, mais nous avons également entendu des témoignages. Ce n'est pas ainsi que nous rédigeons des rapports. J'aimerais rappeler aux députés d'en face que nous rédigeons d'autres rapports. Nous en discutons également au sein du Comité de la condition féminine. Nous allions entendre encore plus de témoins afin de rédiger un rapport plus exhaustif. J'invite le Comité à le faire. Si tout le monde est d'accord et que nous partageons les mêmes points de vue, pourquoi ne pouvons-nous pas écouter davantage de témoins?

Le président: La liste des intervenants est maintenant épuisée, nous sommes donc prêts à passer au vote.

Le vote porte sur l'amendement proposé par M. Powlowski.

(L'amendement est rejeté. [*Voir le Procès-verbal*])

Le président: Nous débattons maintenant de la motion principale présentée par Mme Goodridge.

Nous cédon la parole à Mme Zarrillo.

Mme Bonita Zarrillo: Merci, monsieur le président.

Je suis vraiment heureuse d'avoir la possibilité de discuter de ce sujet et je reconnais la valeur de la motion présentée en vue d'accélérer le processus.

Une partie de notre discussion me rappelle que, pendant deux ans, j'ai dû me battre contre mon propre fournisseur de soins de santé pour me faire entendre et voir. J'ai l'impression que certains messages sous-jacents que le Parti libéral essaie de transmettre — de demander d'ériger en priorité la santé des femmes et de débattre de la santé des femmes à la Chambre des communes — ne sont pas rationnels, et je m'y oppose fondamentalement.

J'ai un amendement à proposer et j'espère qu'il pourra être adopté à l'unanimité. Je sais que le ministre de la Santé a déjà présenté des directives sur les recommandations provisoires du Groupe d'étude. Il a beaucoup de pouvoir pour veiller à ce que les femmes soient vues et j'espère que nous pourrions régler rapidement cette question et obtenir enfin que les femmes soient vues dans le système de soins de santé et par ce gouvernement.

Une partie de mon amendement est une orientation, pour faire suite à ce que mon collègue du Bloc a dit à propos du nombre de témoins qui ont exprimé leurs préoccupations aujourd'hui.

Après les mots « profondément préoccupé » par les lignes directrices du Groupe d'étude », j'aimerais ajouter une virgule, puis « comme la plupart des témoins ». Puis, après les mots « contribuer à sauver des vies », j'aimerais ajouter « que le ministre de la Santé ordonne au Groupe d'étude de retourner à la planche à dessin et de revoir les lignes directrices en fonction des données scientifiques les plus récentes; et que l'Agence de la santé publique du Canada dépose devant le Comité les paramètres donnés au Groupe d'étude pour mettre à jour les lignes directrices sur le dépistage du cancer du sein ».

Je rappellerai au Comité que le ministre de la Santé a déclaré qu'avec les 500 000 \$ supplémentaires accordés au Groupe d'étude, il s'attendait à ce que le rapport soit fondé sur les données scientifiques les plus récentes.

Je vous remercie, monsieur le président.

• (1350)

Le président: Je tiens à m'assurer que nous avons votre amendement. D'après ce que j'ai entendu, il semble que votre amendement soit recevable. Laissez-nous une minute pour le distribuer.

Je donne la parole à M. Powlowski, puis à Mme Goodridge qui s'exprimeront sur l'amendement.

M. Marcus Powlowski: J'aimerais voir l'amendement avant de le commenter.

Le président: Je pense que c'est ce que nous aimerions tous. C'est en voie d'être fait.

Mme Laila Goodridge: Monsieur le président, sur un rappel au Règlement, je suis prête à intervenir.

Le président: M. Powlowski est le suivant, et il a demandé à le voir, nous allons donc respecter ce souhait. Cela ne devrait pas tarder.

Mme Laila Goodridge: J'invoque le Règlement, monsieur le président, je comprends qu'il est le suivant. Nous l'avons remis à la greffière et j'en ai une copie imprimée pour tous les membres présents dans la salle. Notre temps est compté. Je pense que Mme Zarrillo a présenté une proposition raisonnable et pleine de bon sens. Il est clair que certains membres cherchent à faire de l'obstruction, mais franchement, la vie des femmes est en jeu.

Je demande que nous passions au vote pour que nous puissions agir sur ce sujet très important pour les femmes et tous les Canadiens.

Le président: Nous ne passerons pas au vote tant que la liste des intervenants ne sera pas épuisée.

Monsieur Powlowski, vous devriez avoir l'amendement en main. Allez-y, je vous en prie.

M. Marcus Powlowski: Je suggère de donner d'abord la parole à Laila Goodridge pendant que je lis.

Le président: Très bien.

Madame Goodridge, la parole est à vous.

Mme Laila Goodridge: Merci, monsieur le président.

Je crois que c'est le fruit d'un travail qui transcende les lignes de parti.

Je tiens à remercier Mme Zarrillo d'avoir collaboré avec moi et M. Thériault.

[Français]

Cela nous a permis d'en arriver à une motion et à un amendement qui répondent vraiment aux besoins des Canadiens.

[Traduction]

Je ne pense pas qu'il soit nécessaire d'épuiser le temps imparti sur cette question. Il nous reste quelques minutes et j'implore les membres du Comité de nous permettre de passer au vote.

Le président: Nous avons en fait des ressources jusqu'à 14 h 30. Une motion d'ajournement peut être présentée à tout moment avant 14 h 30, mais sinon, c'est à cette heure que nous mettrons fin à la séance.

Sur la liste des intervenants, il y a MM. Naqvi et Powlowski, puis M. Hanley.

M. Yasir Naqvi: Merci beaucoup, monsieur le président.

Le problème que me pose l'amendement présenté est qu'il demande au ministre de faire quelque chose qu'il n'a pas le pouvoir de faire. Encore une fois, j'ai de la difficulté à approuver une motion qui outrepassé l'autorité d'un ministre. En particulier, je parle de la partie qui dit « que le ministre de la Santé ordonne au Groupe d'étude de retourner à la planche à dessin et de revoir les lignes directrices en fonction des données scientifiques les plus récentes ». Le ministre n'est pas habilité à le faire.

Je tiens à souligner au Comité que le ministre a pris des mesures très importantes pour résoudre ce problème et qu'il l'a fait le jour même où le Groupe d'étude a publié les lignes directrices provisoires. Entre autres mesures, il a fait part de ses graves préoccupations concernant les conclusions du Groupe d'étude. Il a encouragé tous les grands experts du cancer du sein à examiner attentivement les lignes directrices provisoires et à faire leurs commentaires au Groupe d'étude pendant la période de consultation. Il a également demandé de prolonger de six semaines la durée de la consultation publique jusqu'à un minimum de 60 jours afin qu'ils aient amplement le temps de le faire.

Il a demandé à l'administratrice en chef de la santé publique de convoquer une réunion de hauts fonctionnaires provinciaux et territoriaux et d'experts clés afin d'examiner les lignes directrices et de mettre en commun leurs meilleures pratiques. Il s'agit d'une étape importante, car comme nous le savons, les soins de santé sont dispensés à l'échelle provinciale et territoriale. De plus, le ministre a souligné que le Groupe d'étude a répertorié d'importantes lacunes et incertitudes dans la recherche. Il a détaillé les mesures à prendre pour combler ces lacunes.

Enfin, le ministre a demandé à l'Agence de la santé publique du Canada d'accélérer le lancement de l'examen par des experts externes qui se pencheront sur les processus du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs et formulera des recommandations pour les améliorer afin que nous ne soyons pas confrontés à des problèmes similaires à l'avenir. C'est une mesure très importante que le ministre a prise. L'ASPC finance le Groupe d'étude, mais ne le dirige pas, pas plus que le ministre ne le fait. Nous devons nous assurer qu'en cas de problèmes systémiques liés au fonctionnement du Groupe d'étude, ce que nous constatons tous dans ce processus, nous ne les revivions plus.

À mon avis, la difficulté réside dans le fait que nous débattons d'une motion demandant au ministre de faire quelque chose qu'il n'est pas habilité à faire. Je pense que nous voulons tous aller de l'avant. Nous voulons nous assurer que, si c'est la volonté du Comité d'agir au moyen d'une motion simple, nous le faisons d'une manière responsable, dans le respect de la procédure.

• (1355)

Je suggère qu'au lieu d'employer le mot « ordonne » dans la motion, qui dit « que le ministre de la Santé ordonne au Groupe d'étude », nous employions le mot « demande ». Ce changement permettra au ministre de faire quelque chose qu'il est habilité à faire et dont il a déjà parlé, au lieu de lui demander de faire quelque chose qu'il n'est pas habilité à faire.

C'est un point très important. Cet enjeu est personnel pour tellement de Canadiens. Il est personnel pour les membres du Comité, moi y compris. Il ne s'agit pas d'un enjeu politique ou partisan. Nous devons nous assurer d'agir d'une manière qui convient au Comité afin que, comme on l'a dit — et je suis d'accord avec les députés — les Canadiennes savent que nous faisons notre travail de manière réfléchie et responsable en veillant à ce que leur santé soit la priorité.

Je vous remercie de votre attention.

• (1400)

Le président: Nous avons un sous-amendement visant à substituer le mot « demande » au mot « ordonne », tel qu'il figure dans l'amendement. Le sous-amendement est recevable.

Le débat porte sur le sous-amendement et la liste des intervenants est remise à zéro.

Monsieur Ellis, la parole est à vous.

M. Stephen Ellis: Je pense que c'est une mauvaise idée. Passons au vote.

Le président: M. Powlowski a levé la main.

Allez-y, monsieur Powlowski. Vous avez la parole.

M. Marcus Powlowski: Je m'exprime sur le sous-amendement de la motion initiale, mais je dois dire que je suis mécontent que mes amendements initiaux n'aient pas été adoptés. Je pense qu'ils représentaient un bon compromis.

Tel qu'elle est libellée, cette motion est essentiellement une tentative par un comité de parlementaires d'annuler la décision d'un groupe d'étude médical, bien qu'il s'agisse d'un groupe d'étude médical très imparfait, à mon avis, qui, j'en conviens, a pris la mauvaise décision. Je ne pense pas qu'il appartienne à un groupe de parlementaires élus d'essayer d'annuler la décision d'un groupe d'experts, tout comme il serait mal avisé pour nous de dire à des agriculteurs quels types de semences mettre en terre, de dire à des couvreurs quels types de tuiles poser sur leur toit ou de dire à des pilotes d'avion comment ils devraient piloter leurs avions.

Nous devrions reconnaître qu'il y a là un degré d'expertise que nous ne possédons pas. Nous donnons l'impression de leur dire comment ils devraient procéder, en leur ordonnant de revenir au point de départ et d'examiner les données probantes fondamentales. Nous ne sommes pas meilleurs qu'eux dans l'évaluation des données probantes, c'est pourquoi je n'aime pas la façon dont l'intention initiale est déformée. Je ne pense pas qu'il soit justifié d'essayer de dicter à un groupe d'experts ce qu'ils devraient ou ne devraient pas faire. Cela en vient à ressembler à un exercice politique.

Nous désapprouvons tous leur conclusion, mais la bonne façon de procéder serait de leur recommander vivement de reconsidérer leur position. Espérons qu'ils le fassent. Nous avons déjà pris d'autres mesures pour réexaminer la question. Si j'ai bien compris, nous avons également envisagé de revoir la constitution du groupe d'experts et la façon dont le Groupe d'étude prend ses décisions. Le ministre a déjà dit qu'il allait le faire.

Il aurait été de loin préférable de conserver l'amendement initial. Je pense que cela va trop loin. De nos jours, tout le monde est expert en tout, et tout le monde est expert en matière de données probantes. Nous devons tous prendre conscience qu'en tant que parlementaires, nous ne sommes pas des experts dans tous les domaines de la vie, et je pense que cet amendement va trop loin.

Le président: Merci, monsieur Powlowski.

Y a-t-il d'autres observations concernant le sous-amendement?

Comme il y en a pas, sommes-nous prêts à passer au vote sur le sous-amendement? Il consiste simplement à supprimer le mot « ordonne » dans l'amendement et à le remplacer par le mot « demande ».

Que ceux qui sont en faveur du sous-amendement veuillent bien lever la main. Ceux qui s'y opposent?

Un seul libéral a voté.

[Français]

M. Luc Thériault: Monsieur le président, il manquait des membres autour de la table lorsque vous avez procédé au vote.

[Traduction]

Le président: Je n'ai pas une vision claire des choses. On dirait que les gens ne sont pas attentifs.

Nous allons procéder à un vote par appel nominal sur le sous-amendement.

• (1405)

Il y a égalité, cinq voix contre cinq. La présidence vote pour le sous-amendement.

(Le sous-amendement est adopté par 6 voix contre 5. [Voir le Procès-verbal])

Le président: Nous discutons de l'amendement modifié. Il s'agit de l'amendement de Mme Zarrillo qui contient maintenant le mot « demande » au lieu de « ordonne ».

Y a-t-il un débat sur l'amendement modifié? Sinon, sommes-nous prêts à voter?

Un député: Procédez au vote.

Le président: Nous allons procéder à un vote par appel nominal, si vous voulez bien, sur l'amendement modifié.

[Français]

M. Luc Thériault: Monsieur le président, il semble y avoir une confusion entre la version anglaise et la version française. En français, nous nous entendons sur le terme « exhorter », mais nous ne nous entendons pas en anglais sur le terme « *exhort* ». J'ai du mal un peu à comprendre. Vous nous dites que nous allons remplacer le terme... Quel terme allons-nous remplacer?

Mme Laila Goodridge: Le mot « *exhort* » existe aussi en anglais, et c'est la même définition qu'en français.

M. Luc Thériault: D'accord.

[Traduction]

Mme Laila Goodridge: Monsieur le président, j'aimerais...

[Français]

M. Luc Thériault: C'est parce que nous avons voté contre le mot « *exhort* » en anglais.

Mme Laila Goodridge: Le mot « *urge* » n'a pas la même définition que le mot « *exhort* ».

M. Luc Thériault: D'accord.

Il y a des problèmes de... Je veux juste m'assurer que je vote sur la bonne chose.

Le président: D'accord.

Voulez-vous changer votre vote?

M. Luc Thériault: Je ne veux pas changer mon vote. Le terme « exhorter », tel que vous le dites et tel qu'il est traduit est, selon moi, le plus efficace, en l'occurrence. Toutefois, je comprends qu'il n'y a pas d'équivalent en anglais et que ça ne fait pas l'affaire.

Mme Laila Goodridge: Le mot « *exhort* » veut dire exactement la même chose que le mot « exhorter » en français.

M. Luc Thériault: D'accord.

[Traduction]

Le président: Peu importe la raison, pour que M. Thériault change son vote, il faut le consentement unanime du Comité.

Est-ce que M. Thériault a le consentement unanime du Comité pour changer...

[Français]

M. Luc Thériault: Je n'ai pas envie de modifier mon vote, monsieur le président. Vous appelez un autre vote, mais, avant de voter, j'aimerais qu'on apporte une explication et une clarification.

• (1410)

Le président: D'accord.

Je vous prie de m'excuser, monsieur Thériault, j'ai mal compris votre intervention. Ce que je comprends, c'est que, dans la traduction du sous-amendement, on n'utilise pas le mot « exhorter », mais un autre mot. Est-ce exact?

M. Luc Thériault: Non, ce n'est pas cela, mais vous pouvez continuer, monsieur le président. Je vais m'y retrouver.

Lorsque vous avez procédé au vote, vous avez dit le mot « exhorter ».

[Traduction]

Le président: Très bien.

[Français]

Quel serait le meilleur mot? Serait-ce « diriger »?

M. Luc Thériault: Monsieur le président, je n'essaie pas de trouver le meilleur mot, je dis simplement que le mot « exhorter » correspondait, en français, à ce que je voulais.

Le président: D'accord.

M. Luc Thériault: Maintenant, vous venez de demander un autre vote et je veux juste m'assurer de comprendre ce sur quoi je vote. Je ne modifie pas mon vote, mais vous venez de demander un autre vote, alors je veux m'assurer de savoir quel terme est utilisé en anglais et en français.

Le président: Le mot « *urge* » est traduit par le mot « exhorter ». Est-ce que cela convient?

M. Luc Thériault: Oui.

[Traduction]

Le président: Nous allons maintenant procéder à un vote par appel nominal sur l'amendement modifié.

[Français]

M. Luc Thériault: Monsieur le président, pourriez-vous au moins relire l'amendement avant que nous votions?

Le président: Voici l'amendement modifié:

[Traduction]

Elle a proposé que la motion soit modifiée par adjonction des mots « et comme la plupart des témoins », après les mots « par les lignes directrices du Groupe d'étude » et par adjonction, après les mots « contribuer à sauver des vies », de ce qui suit: « que le ministre de la Santé ordonne au Groupe d'étude de retourner à la planche à dessin et de revoir les lignes directrices en fonction des données scientifiques les plus récentes; et que l'Agence de la santé publique du Canada dépose devant le Comité les paramètres donnés au Groupe d'étude pour mettre à jour les lignes directrices sur le dépistage du cancer du sein ».

Avons-nous bien compris ce sur quoi nous votons? C'est l'amendement modifié.

(L'amendement modifié est adopté par 10 voix contre 0.)

Le président: Nous discutons maintenant de la motion principale modifiée. Y a-t-il un débat sur la motion?

Sommes-nous prêts à voter? Pensez-vous que nous puissions procéder à un vote à main levée?

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

Le président: M. Ellis souhaite présenter une motion qui, je pense, ne prêterait pas à controverse.

Allez-y, monsieur Ellis.

● (1415)

M. Stephen Ellis: Je propose une motion d'ajournement.

(La motion est adoptée.)

Le président: La séance est levée.

Publié en conformité de l'autorité
du Président de la Chambre des communes

PERMISSION DU PRÉSIDENT

Les délibérations de la Chambre des communes et de ses comités sont mises à la disposition du public pour mieux le renseigner. La Chambre conserve néanmoins son privilège parlementaire de contrôler la publication et la diffusion des délibérations et elle possède tous les droits d'auteur sur celles-ci.

Il est permis de reproduire les délibérations de la Chambre et de ses comités, en tout ou en partie, sur n'importe quel support, pourvu que la reproduction soit exacte et qu'elle ne soit pas présentée comme version officielle. Il n'est toutefois pas permis de reproduire, de distribuer ou d'utiliser les délibérations à des fins commerciales visant la réalisation d'un profit financier. Toute reproduction ou utilisation non permise ou non formellement autorisée peut être considérée comme une violation du droit d'auteur aux termes de la Loi sur le droit d'auteur. Une autorisation formelle peut être obtenue sur présentation d'une demande écrite au Bureau du Président de la Chambre des communes.

La reproduction conforme à la présente permission ne constitue pas une publication sous l'autorité de la Chambre. Le privilège absolu qui s'applique aux délibérations de la Chambre ne s'étend pas aux reproductions permises. Lorsqu'une reproduction comprend des mémoires présentés à un comité de la Chambre, il peut être nécessaire d'obtenir de leurs auteurs l'autorisation de les reproduire, conformément à la Loi sur le droit d'auteur.

La présente permission ne porte pas atteinte aux privilèges, pouvoirs, immunités et droits de la Chambre et de ses comités. Il est entendu que cette permission ne touche pas l'interdiction de contester ou de mettre en cause les délibérations de la Chambre devant les tribunaux ou autrement. La Chambre conserve le droit et le privilège de déclarer l'utilisateur coupable d'outrage au Parlement lorsque la reproduction ou l'utilisation n'est pas conforme à la présente permission.

Aussi disponible sur le site Web de la Chambre des communes à l'adresse suivante :
<https://www.noscommunes.ca>

Published under the authority of the Speaker of
the House of Commons

SPEAKER'S PERMISSION

The proceedings of the House of Commons and its committees are hereby made available to provide greater public access. The parliamentary privilege of the House of Commons to control the publication and broadcast of the proceedings of the House of Commons and its committees is nonetheless reserved. All copyrights therein are also reserved.

Reproduction of the proceedings of the House of Commons and its committees, in whole or in part and in any medium, is hereby permitted provided that the reproduction is accurate and is not presented as official. This permission does not extend to reproduction, distribution or use for commercial purpose of financial gain. Reproduction or use outside this permission or without authorization may be treated as copyright infringement in accordance with the Copyright Act. Authorization may be obtained on written application to the Office of the Speaker of the House of Commons.

Reproduction in accordance with this permission does not constitute publication under the authority of the House of Commons. The absolute privilege that applies to the proceedings of the House of Commons does not extend to these permitted reproductions. Where a reproduction includes briefs to a committee of the House of Commons, authorization for reproduction may be required from the authors in accordance with the Copyright Act.

Nothing in this permission abrogates or derogates from the privileges, powers, immunities and rights of the House of Commons and its committees. For greater certainty, this permission does not affect the prohibition against impeaching or questioning the proceedings of the House of Commons in courts or otherwise. The House of Commons retains the right and privilege to find users in contempt of Parliament if a reproduction or use is not in accordance with this permission.

Also available on the House of Commons website at the following address: <https://www.ourcommons.ca>