



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

LA SANTÉ DES FEMMES AU CANADA : COMBLER LE FOSSÉ ENTRE LES GENRES

Rapport du Comité permanent de la Santé

L'honorable Hedy Fry, présidente

**NOVEMBRE 2025
45^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION**

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.

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 : www.noscommunes.ca

LA SANTÉ DES FEMMES AU CANADA : COMBLER LE FOSSÉ ENTRE LES GENRES

Rapport du Comité permanent de la santé

**La présidente
L'hon. Hedy Fry**

NOVEMBRE 2025

45^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

AVIS AU LECTEUR

Rapports de comités présentés à la Chambre des communes

C'est en déposant un rapport à la Chambre des communes qu'un comité rend publiques ses conclusions et recommandations sur un sujet particulier. Les rapports de fond portant sur une question particulière contiennent un sommaire des témoignages entendus, les recommandations formulées par le comité et les motifs à l'appui de ces recommandations.

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ

PRÉSIDENTE

L'hon. Hedy Fry

VICE-PRÉSIDENTS

Dan Mazier

Luc Thériault

MEMBRES

Burton Bailey

Maggie Chi

Doug Eyolfson

Helena Konanz

Marcus Powlowski

Sonia Sidhu

Matt Strauss

AUTRES DÉPUTÉS QUI ONT PARTICIPÉ

Andréanne Larouche

GREFFIÈRE DU COMITÉ

Catherine Ngando Edimo

BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Recherche et éducation

Kelly Farrah, analyste

Tu-Quynh Trinh, analyste

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ

44^E LÉGISLATURE – 1^{RE} SESSION

PRÉSIDENT

Sean Casey

VICE-PRÉSIDENTS

Stephen Ellis

Luc Thériault

MEMBRES

Todd Doherty

Laila Goodridge

Brendan Hanley

Peter Julian

Arielle Kayabaga

L'hon. Rob Moore

Yasir Naqvi

Marcus Powlowski

Sonia Sidhu

AUTRES DÉPUTÉS QUI ONT PARTICIPÉ

Jenica Atwin

Lisa Marie Barron

L'hon. Carolyn Bennett

Sylvie Bérubé

Élisabeth Brière

Colin Carrie

Don Davies

Anju Dhillon

Mona Fortier

Randall Garrison

Leah Gazan

Bernard Généreux
Lori Idlout
Gord Johns
Majid Jowhari
Robert Kitchen
Shelby Kramp-Neuman
Stephanie Kusie
Jenny Kwan
Andréanne Larouche
Wayne Long
Lindsay Mathysen
Heather McPherson
Jeremy Patzer
Pierre Paul-Hus
Rick Perkins
Anna Roberts
Joanne Thompson
Anita Vandenbeld
Karen Vecchio
Julie Vignola

GREFFIERS DU COMITÉ

Aimée Belmore
Sophia Nickel
Christine Sing
Patrick Williams

BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Recherche et éducation

Kelly Farrah, analyste
Tu-Quynh Trinh, analyste

LE COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ

a l'honneur de présenter son

DEUXIÈME RAPPORT

Conformément au mandat que lui confère l'article 108(2) du Règlement, le Comité a étudié la santé des femmes et a convenu de faire rapport de ce qui suit :

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	1
LISTE DES RECOMMANDATIONS	3
LA SANTÉ DES FEMMES AU CANADA : COMBLER LE FOSSÉ ENTRE LES GENRES	7
Introduction	7
Le fossé entre les genres en matière de santé : Un fil conducteur dans les témoignages	8
Sexe, genre et santé	9
Préjugés fondés sur le genre dans les soins de santé et la recherche médicale	11
Intersectionnalité et écart entre les genres	11
Conséquences des problèmes intersectoriels du système de santé sur l'écart entre les genres	12
Répercussions sur la société du fossé entre les genres en matière de santé	12
Principaux sujets	13
Endométriose et autres problèmes gynécologiques	13
Écarts en matière d'accès aux soins	14
Effets des préjugés fondés sur le genre	15
Financement de la recherche et des initiatives de sensibilisation	17
Le cancer chez les femmes	18
Obstacles à l'obtention de soins et besoins non comblés	19
Diminution de la consommation d'alcool et de l'usage du tabac	21
Dépistage du cancer du sein	24
Cancers gynécologiques	25
Financement	25
Accès aux soins et diffusion des connaissances	26
Éducation et sensibilisation	28

Prévention et dépistage précoce du cancer du col de l'utérus	29
Santé mentale des femmes	32
Santé mentale périnatale	33
Accès aux soins de santé mentale périnatale	34
Dépistage des problèmes de santé mentale périnatale	35
Traumatismes et santé mentale	37
Torture non étatique	37
Violence sexuelle	38
Recherche sur la santé des femmes	40
Disparité entre les genres et financement	40
Échange de données	42
L'incidence du genre sur l'effectif en santé	43
Investir dans les soins de santé pour les femmes	43
Conclusion	45
 ANNEXE A : LISTE DES TÉMOINS	 47
 ANNEXE B : LISTE DES MÉMOIRES	 51
 DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT	 55
 OPINION COMPLÉMENTAIRE DU PARTI CONSERVATEUR DU CANADA	 57
 OPINION COMPLÉMENTAIRE DU BLOC QUÉBÉCOIS	 61

SOMMAIRE

La santé des femmes, comparativement à celle des hommes, reçoit moins de financement, ne fait pas l'objet d'autant d'études et n'est pas aussi bien comprise. Par conséquent, les femmes sont plus susceptibles d'être sous diagnostiquées ou mal diagnostiquées et de recevoir des traitements inadaptés, ce qui entraîne des conséquences négatives sur leur état de santé. Le fossé persistant entre les genres dans les domaines des soins de santé et de la recherche nuisent aux femmes et coûtent cher à la société.

Le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes (le Comité) a mené une étude sur la santé des femmes axée sur quatre thèmes prioritaires :

- l'endométriose et d'autres problèmes gynécologiques;
- le cancer chez les femmes, notamment le dépistage du cancer du sein et d'autres cancers gynécologiques;
- la santé mentale des femmes, y compris la santé mentale périnatale et les répercussions des traumatismes sur la santé mentale;
- la recherche sur la santé des femmes.

Ces sujets sont distincts, mais ils ont des thèmes communs qui sous-tendent la question de l'iniquité entre les genres en matière de santé. Les témoignages recueillis pour cette étude ont souligné que le sexe et le genre peuvent influencer la santé à bien des égards. Par exemple, les différences physiques et physiologiques entre les sexes peuvent influencer la prévalence des maladies ainsi que l'innocuité et l'efficacité des traitements, tandis que les idées préconçues sur le genre et le corps des femmes peuvent avoir une incidence sur les soins prodigués. Le vécu des femmes en matière de santé est très varié. L'interaction du sexe et du genre avec d'autres facteurs comme la race, l'âge, l'orientation sexuelle et les handicaps peut créer des disparités dans les résultats en matière de santé entre différents groupes de femmes.

Conscient de l'importance de parvenir à l'équité entre les genres en matière de santé, le Comité a formulé 16 recommandations concernant les problèmes urgents liés à la santé des femmes. En mettant en œuvre ces recommandations, le gouvernement fédéral contribuera de façon concrète à l'amélioration du bien-être des femmes dans tout le pays et, ultimement, à l'élimination de l'iniquité entre les genres en matière de santé.

LISTE DES RECOMMANDATIONS

À l'issue de leurs délibérations, les comités peuvent faire des recommandations à la Chambre des communes ou au gouvernement et les inclure dans leurs rapports. Les recommandations relatives à la présente étude se trouvent énumérées ci-après.

Recommandation 1

Que le gouvernement du Canada établisse un plan d'action national sur l'endométriose en collaboration avec les provinces et les territoires, les gouvernements autochtones ainsi que des personnes atteintes d'endométriose, des médecins cliniciens et des chercheurs afin d'éliminer les lacunes et les obstacles qui nuisent à la sensibilisation, au diagnostic et au traitement de la maladie.

18

Recommandation 2

Que le gouvernement du Canada augmente le financement de la recherche favorisant l'innovation et la découverte en matière de diagnostic et de traitement de l'endométriose.

18

Recommandation 3

Que le gouvernement du Canada, en collaboration avec les provinces, les territoires et les gouvernements autochtones, examine diverses méthodes afin d'accroître la diffusion de messages de santé clairs, uniformes et complets sur les risques liés à la consommation d'alcool, par des canaux de communication multiples.

23

Recommandation 4

Que le gouvernement du Canada, en collaboration avec les provinces, les territoires et les gouvernements autochtones, examine diverses méthodes afin de réduire le taux de vapotage chez les jeunes femmes.

23

Recommandation 5

Que le gouvernement du Canada, en collaboration avec les provinces, les territoires et les gouvernements autochtones, se penche sur les moyens d'améliorer les programmes de sevrage, de communication de masse et de prévention chez les jeunes ainsi que d'autres programmes visant à réduire le tabagisme. 23

Recommandation 6

Que les Instituts de recherche en santé du Canada accordent un soutien financier ciblé à la recherche sur les cancers gynécologiques, en particulier les cancers de l'ovaire, de l'endomètre et du col de l'utérus, et veillent à ce que les fonds accordés soient proportionnels à la charge de morbidité de ces cancers. 26

Recommandation 7

Que le gouvernement du Canada, en collaboration avec les provinces, les territoires et les gouvernements autochtones, investisse dans la science de la mise en œuvre pour garantir la diffusion efficace des connaissances sur les progrès réalisés en matière de prévention, de diagnostic, de dépistage et de traitement des cancers gynécologiques partout au pays. 28

Recommandation 8

Que le gouvernement du Canada, en collaboration avec les provinces, les territoires et les gouvernements autochtones, lance des campagnes de sensibilisation nationales sur les cancers gynécologiques, y compris sur les signes précoces du cancer de l'ovaire et de l'endomètre. 29

Recommandation 9

Que le gouvernement du Canada, en collaboration avec les provinces, les territoires et les gouvernements autochtones, lance des campagnes de sensibilisation de la population, entre autres initiatives, afin de faire augmenter les taux de vaccination contre le virus du papillome humain (VPH) et de dépistage du cancer du col de l'utérus. 32

Recommandation 10

Que les lignes directrices sur le dépistage de la dépression périnatale du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs soient examinées par un groupe d'experts composé de divers intervenants et que le Groupe d'étude réévalue ses lignes directrices à la lumière des constatations de cet examen afin que la dépression périnatale puisse être détectée plus efficacement et qu'elle soit considérée comme une priorité en matière de santé publique.

36

Recommandation 11

Que le gouvernement du Canada déploie des efforts pour accroître la recherche afin de trouver des outils précis et fiables pour détecter les troubles d'anxiété périnatale et évaluer les incidences du dépistage en santé mentale sur les résultats en matière de santé mentale tant pour la dépression que pour l'anxiété périnatales.

36

Recommandation 12

Que le gouvernement du Canada étudie les exemples de pays étrangers en vue de mesurer les avantages de l'élaboration d'une stratégie nationale en matière de santé mentale périnatale.

37

Recommandation 13

Que le gouvernement du Canada, en collaboration avec les provinces, les territoires et les gouvernements autochtones, contribue à sensibiliser le public à l'anxiété périnatale.

37

Recommandation 14

Que le gouvernement du Canada collabore avec les provinces et les territoires afin d'augmenter le financement des centres d'aide aux victimes d'agression sexuelle.

39

Recommandation 15

Que le gouvernement du Canada s'efforce d'accroître les possibilités de recherche ciblée afin d'améliorer l'expérience des femmes atteintes de maladie mentale actuellement et de mettre au point des mesures de prévention et des remèdes pour les femmes de demain.

39

Recommandation 16

Que le gouvernement du Canada augmente le financement consacré à la recherche sur la santé des femmes, notamment par l'entremise de l'Initiative nationale de recherche sur la santé des femmes. Cette recherche devrait refléter la diversité des femmes au Canada, en particulier au sein des populations sous-représentées et moins bien desservies.

42



LA SANTÉ DES FEMMES AU CANADA : COMBLER LE FOSSÉ ENTRE LES GENRES

INTRODUCTION

Au Canada, il subsiste un écart persistant entre les genres sur le plan des soins de santé et de la recherche. Bien que les femmes composent la moitié de la population et que leurs besoins en matière de santé puissent différer considérablement de ceux des hommes, les soins de santé et la recherche sont systématiquement axés sur le corps de l'homme. La santé des femmes ne fait pas l'objet d'autant d'études que celle des hommes et elle n'est pas aussi bien comprise. Ainsi, les femmes sont plus susceptibles d'être sous-diagnostiquées ou mal diagnostiquées et de recevoir des traitements inadaptés, ce qui a des conséquences négatives sur leur état de santé.

L'étude des archives de 1994 à 2022 a révélé que le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes (le Comité) lui-même ne s'est pas penché sur la santé des femmes au cours de cette période de 28 ans. Le Comité a donc adopté la motion suivante le 16 mai 2022 :

Que, conformément à l'article 108(2) du Règlement, le comité entreprenne une étude sur la santé des femmes; que le comité fasse rapport à la Chambre de ses observations et de ses recommandations; et que, conformément à l'article 109 du Règlement, le comité demande au gouvernement de déposer une réponse globale à ce rapport¹.

Pendant la période du 27 novembre 2023 au 2 mai 2024, le Comité a tenu 8 réunions au cours desquelles il a entendu 43 témoins dans le cadre de son étude sur la santé des femmes. Parmi les témoins se trouvaient des professionnels de la santé, des groupes de défense des intérêts des patients, des universitaires et divers autres intervenants. Le Comité a également reçu 69 mémoires. Quatre sujets prioritaires ont été abordés dans le cadre de l'étude : l'endométriose et d'autres problèmes gynécologiques; le cancer chez les femmes; la santé mentale des femmes; la recherche sur la santé des femmes. Ces sujets sont distincts, mais ils ont des thèmes communs qui sous-tendent la question de l'iniquité entre les genres en matière de santé. La première partie du présent rapport expose ces thèmes afin de mettre en contexte les disparités entre les genres sur le plan de la santé. La deuxième partie résume les témoignages sur les quatre sujets principaux

1 Chambre des Communes, Comité permanent de la santé (HESA), [*Procès-verbal*](#), 16 mai 2022.



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

et présente les recommandations du Comité à l'intention du gouvernement fédéral afin de remédier aux préoccupations soulevées au cours de l'étude.

LE FOSSÉ ENTRE LES GENRES EN MATIÈRE DE SANTÉ : UN FIL CONDUCTEUR DANS LES TÉMOIGNAGES

Les témoignages et les mémoires ont mis en évidence une combinaison de facteurs complexes qui contribuent à creuser le fossé entre les genres en matière de santé, comme l'illustre la figure 1.

Figure 1 — Le fossé entre les genres en matière de santé



Source : Infographie préparée par la Bibliothèque du Parlement.

Sexe, genre et santé

Le sexe et le genre peuvent exercer une influence sur la santé à bien des égards. Les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) expliquent ainsi la distinction entre les deux notions :



Le terme **sexe** renvoie à un ensemble d'attributs biologiques retrouvés chez les humains et les animaux. Il est lié principalement à des caractéristiques physiques et physiologiques, par exemple les chromosomes, l'expression génique, les niveaux d'hormones et l'anatomie du système reproducteur. On décrit généralement le sexe en termes binaires, « femme » ou « homme », mais il existe des variations touchant les attributs biologiques définissant le sexe ainsi que l'expression de ces attributs.

Le terme **genre** renvoie aux rôles, aux comportements, aux expressions et aux identités que la société construit pour les hommes, les femmes, les filles, les garçons et personnes de divers sexes et de genre. Le genre influe sur la perception qu'ont les gens d'eux-mêmes et d'autrui, leur façon d'agir et d'interagir, ainsi que la répartition du pouvoir et des ressources dans la société. L'identité du genre n'est ni binaire (fille/femme, garçon/homme) ni statique. Elle se situe plutôt le long d'un continuum et peut évoluer au fil du temps².

Certains problèmes de santé, comme l'endométriose et les cancers gynécologiques, sont de nature sexospécifique. D'autres, comme la sclérose en plaques, le cancer du sein et certains troubles de santé mentale, sont beaucoup plus fréquemment observés chez les femmes que chez les hommes. Les femmes sont également plus susceptibles d'être victimes d'actes de violence entre partenaires intimes et de subir des agressions sexuelles. De plus, les mêmes maladies peuvent affecter différemment les hommes et les femmes; les facteurs de risque ou les symptômes peuvent varier en fonction du sexe. Par exemple, les symptômes de crise cardiaque chez les femmes ne se manifestent pas de la même façon que chez les hommes et, par conséquent, ne sont pas toujours reconnus³.

Les différences physiques et physiologiques entre les sexes peuvent également avoir une incidence sur l'innocuité et l'efficacité des traitements. Les dispositifs médicaux, par exemple, sont souvent conçus en fonction du corps des hommes et ne conviennent donc pas forcément aux femmes. Les différences de ce type liées au sexe ou au genre sont très répandues. À ce sujet, une représentante de Santé Canada a fait la déclaration suivante :

Concernant les différences en matière de diagnostic, de traitement et d'identification des symptômes, il est difficile de trouver une maladie ou une affection qui ne serait pas touchée par ces circonstances. C'est pour cette raison que nous faisons des analyses comparatives entre les sexes et les genres dans tous nos travaux⁴.

2 Instituts de recherche en santé du Canada, [Qu'est-ce que le genre? Qu'est-ce que le sexe?](#).

3 HESA, [Témoignages](#), 27 novembre 2023, 1130 (Cindy Moriarty, directrice générale, Programmes de santé et initiatives stratégiques, ministère de la Santé).

4 HESA, [Témoignages](#), 27 novembre 2023, 1130 (Cindy Moriarty, directrice générale, Programmes de santé et initiatives stratégiques, ministère de la Santé).

Préjugés fondés sur le genre dans les soins de santé et la recherche médicale

Les préjugés fondés sur le genre qui subsistent dans le système de santé et la recherche médicale ont une incidence négative sur la santé des femmes. Le corps de l'homme est, encore aujourd'hui, utilisé par défaut en médecine et en recherche, et la recherche sur la santé des femmes est perpétuellement sous-financée. Ainsi, les professionnels de la santé doivent composer avec des connaissances limitées en ce qui concerne la santé des femmes. Ces lacunes sur le plan des connaissances contribuent à des erreurs de diagnostic, à une minimisation ou à une mauvaise compréhension des symptômes des femmes et à l'utilisation de traitements mal ciblés.

Les idées préconçues sur le genre et sur le corps des femmes peuvent également influencer la prestation des soins. Par exemple, les tabous entourant les menstruations et la banalisation des règles douloureuses contribuent à retarder les diagnostics pour les personnes atteintes d'endométriose⁵. Les taux de rémunération des chirurgiens démontrent aussi l'existence des préjugés fondés sur le genre dans les soins de santé. En effet, les chirurgiens qui pratiquent des interventions réservées généralement aux femmes, comme l'hystérectomie, sont moins bien rémunérés que ceux qui effectuent des interventions de nature comparable sur des hommes, comme l'ablation de la prostate⁶. Par ailleurs, les femmes qui travaillent dans le système de santé peuvent subir de la discrimination systémique, telle que la répartition inéquitable de la charge de travail entre les hommes et les femmes médecins, ce qui peut avoir une incidence négative sur leur santé mentale⁷.

Intersectionnalité et écart entre les genres

Le vécu des femmes en matière de santé est très varié. L'interaction du sexe et du genre avec d'autres facteurs comme la race, l'âge, l'orientation sexuelle et les handicaps peut créer des disparités dans les résultats en matière de santé entre différents groupes de femmes. À titre d'exemple, en plus de devoir composer avec les disparités entre les genres, les populations comme les femmes autochtones, les femmes racisées, les femmes à faible revenu et les personnes de diverses identités de genre sont aussi victimes de discrimination lors de leurs interactions avec le système de santé, ce qui

5 HESA, *Témoignages*, 29 novembre 2023, 1945, 2000 (D^{re} Catherine Allaire, coprésidente, EndoAct Canada).

6 HESA, *Témoignages*, 15 février 2024, 1155, 1220 (D^{re} Andrea Simpson, gynécologue obstétricienne, St. Michael's Hospital, Toronto, à titre personnel).

7 D^{re} Kathleen Ross, Association médicale canadienne, *Étude sur la santé des femmes*, mémoire soumis au comité HESA.



peut se traduire par des soins de qualité moindre⁸. L'un des mémoires soumis au Comité traite plus en détail de la manière dont la discrimination peut elle-même interagir avec d'autres facteurs, comme l'illustrent les expériences des femmes noires au Canada, dont la santé est affectée négativement par le racisme envers les Noirs⁹.

Conséquences des problèmes intersectoriels du système de santé sur l'écart entre les genres

Les problèmes qui touchent l'ensemble du système de santé, tels que les pénuries de main-d'œuvre et les difficultés d'accès aux soins de première ligne, ont des conséquences sur les personnes de tous les genres. Ces préoccupations sont susceptibles d'aggraver les problèmes de santé qui sont propres aux femmes et de creuser l'écart entre les genres. À titre d'exemple, il est généralement plus difficile d'obtenir des soins de santé en milieu rural qu'en milieu urbain. Ainsi, les femmes atteintes d'un cancer qui vivent en milieu rural peuvent être confrontées à des défis particuliers pour obtenir des services de soutien¹⁰ : elles peuvent, par exemple, avoir besoin d'une aide financière, de services de garde d'enfants ou d'un congé pour se rendre dans une clinique éloignée.

Répercussions sur la société du fossé entre les genres en matière de santé

Enfin, les disparités entre les genres en matière de santé entraînent des coûts importants pour la société. Le Comité a appris que, parmi les affections qui touchent les femmes de manière disproportionnée, l'endométriose et la sclérose en plaques coûtent à elles seules des milliards de dollars au Canada chaque année, notamment en raison des dépenses engagées par le système de santé et de la perte de productivité¹¹. Lorsque les femmes sont en meilleure santé, elles sont mieux placées pour participer à la vie professionnelle, ce qui permet d'accroître la productivité économique. C'est donc toute la société qui a intérêt à ce que l'écart entre les genres en matière de santé soit comblé.

8 HESA, *Témoignages*, 15 février 2024, 1105 (D^{re} Ambreen Sayani, scientifique, à titre personnel).

9 Bukola Salami et coll., *Améliorer la santé des femmes noires au Canada*, mémoire soumis au comité HESA, avril 2024.

10 HESA, *Témoignages*, 15 février 2024, 1105, 1215 (D^{re} Ghadeer Anan, oncologue médicale, à titre personnel).

11 HESA, *Témoignages*, 29 novembre 2023, 1945 (D^{re} Catherine Allaire, coprésidente, EndoAct Canada); HESA, *Témoignages*, 2 mai 2024, 1255 (Pamela Valentine, présidente et chef de la direction, SP Canada).

PRINCIPAUX SUJETS

Dans le cadre de la présente étude, le Comité a réuni de l'information sur quatre sujets principaux :

- l'endométriose et d'autres problèmes gynécologiques;
- le cancer chez les femmes, notamment le dépistage du cancer du sein et d'autres cancers gynécologiques;
- la santé mentale des femmes, y compris la santé mentale périnatale et les répercussions des traumatismes sur la santé mentale;
- la recherche sur la santé des femmes.

Endométriose et autres problèmes gynécologiques

Le Comité a appris qu'au Canada, on estime qu'au moins une femme sur dix en âge de procréer est atteinte d'endométriose¹². Ce problème chronique de santé reproductive « se produit lorsque des tissus semblables à l'endomètre forment des lésions, des kystes et des nodules profonds sur d'autres parties du corps comme les ovaires, les intestins et la vessie¹³ ». Le Comité a reçu des mémoires rédigés par des personnes souffrant d'endométriose, dans lesquels elles décrivent les répercussions importantes sur leur santé et leur bien-être de cette maladie¹⁴ qui est synonyme de perturbations menstruelles, de douleurs pelviennes et d'infertilité. Il arrive que les personnes atteintes doivent s'absenter de l'école ou du travail en raison de leurs symptômes, parmi lesquels figurent des douleurs d'une grande intensité. L'endométriose peut également perturber les fonctions sexuelles, urinaires et intestinales ainsi que la santé mentale. En outre, cette maladie représente un fardeau économique pour le système de soins de santé et la société en général : le coût de l'endométriose pour l'économie canadienne est estimé à 2,5 milliards de dollars par année, principalement en raison de la perte de productivité¹⁵.

12 HESA, *Témoignages*, 29 novembre 2023, 1945 (D^{re} Catherine Allaire, coprésidente, EndoAct Canada).

13 HESA, *Témoignages*, 29 novembre 2023, 1945 (D^{re} Catherine Allaire, coprésidente, EndoAct Canada).

14 Maggie Archibald, *Mon parcours lié à l'endométriose*, mémoire soumis au comité HESA; Tracey Lindeman, *Les conséquences de l'endométriose*, mémoire soumis au comité HESA.

15 HESA, *Témoignages*, 29 novembre 2023, 1945 (D^{re} Catherine Allaire, coprésidente, EndoAct Canada).



Écarts en matière d'accès aux soins

En dépit de la forte prévalence de l'endométriose et du fardeau qu'elle représente, au Canada, l'accès aux soins reste « déficient¹⁶ ». Le Comité a appris que le Canada est aussi en retard par rapport à d'autres pays au chapitre de la recherche, du diagnostic précoce et du traitement chirurgical¹⁷. Selon la D^{re} Catherine Allaire, coprésidente d'EndoAct Canada, les femmes attendent « en moyenne de 5 à 20 ans avant de recevoir un diagnostic¹⁸ ». Elles doivent ensuite attendre de 6 à 18 mois pour rencontrer un spécialiste après avoir reçu un diagnostic, et 6 à 24 mois encore pour une intervention chirurgicale¹⁹. Ces délais ont amené certaines personnes à se déplacer à l'étranger pour se faire soigner, ce qui entraîne des frais considérables. Certaines populations sont particulièrement touchées par les lacunes dans les soins de l'endométriose, notamment les personnes vivant dans des communautés rurales ou éloignées et les membres de groupes racisés. La D^{re} Elaine Jolly, professeure émérite au Département d'obstétrique et de gynécologie de l'Université d'Ottawa, estime que ces inégalités en matière d'accès sont attribuables, en partie, au faible nombre de centres d'excellence, lesquels sont situés dans les grands centres urbains²⁰.

Les témoignages et les mémoires ont aussi mis en lumière le manque de soins multidisciplinaires offerts aux personnes atteintes d'endométriose, notamment par les professionnels paramédicaux. La D^{re} Fiona Mattatall, obstétricienne et gynécologue, a déclaré que le traitement de la douleur chronique des patientes qui souffrent d'endométriose exige l'intervention d'équipes multidisciplinaires qui, sous maints aspects, sont très insuffisamment soutenues au Canada²¹. À titre d'exemple, les patientes ayant besoin d'une physiothérapie du plancher pelvien qui n'ont pas de régime d'assurance privé « doivent se contenter de chercher des vidéos sur YouTube²² ». Le D^r Andrew Zakhari et le D^r Dong Bach Nguyen, du Centre pour l'avancement de la recherche et des soins chirurgicaux au McGill University Health Centre, ont plaidé pour

16 HESA, *Témoignages*, 29 novembre 2023, 1945 (D^{re} Catherine Allaire, coprésidente, EndoAct Canada).

17 HESA, *Témoignages*, 29 novembre 2023, 1930 (D^{re} Elaine Jolly, professeure émérite, Département d'obstétrique et de gynécologie, Université d'Ottawa, à titre personnel).

18 HESA, *Témoignages*, 29 novembre 2023, 1945 (D^{re} Catherine Allaire, coprésidente, EndoAct Canada).

19 HESA, *Témoignages*, 29 novembre 2023, 1945 (D^{re} Catherine Allaire, coprésidente, EndoAct Canada).

20 HESA, *Témoignages*, 29 novembre 2023, 1930 (D^{re} Elaine Jolly, professeure émérite, Département d'obstétrique et de gynécologie, Université d'Ottawa, à titre personnel).

21 HESA, *Témoignages*, 29 novembre 2023, 1940 (D^{re} Fiona Mattatall, obstétricienne et gynécologue, à titre personnel).

22 HESA, *Témoignages*, 29 novembre 2023, 2050 (D^{re} Fiona Mattatall, obstétricienne et gynécologue, à titre personnel).

une augmentation du soutien accordé aux équipes de soins multidisciplinaires et, plus particulièrement, pour un financement public des services de physiothérapeutes, de nutritionnistes, de psychologues et d'infirmiers offerts par les centres spécialisés dans le traitement de l'endométriose²³.

Effets des préjugés fondés sur le genre

Les témoins entendus et les mémoires reçus ont mis en évidence la mesure dans laquelle les préjugés fondés sur le genre créent des obstacles à la prise en charge des personnes atteintes d'endométriose. La D^{re} Catherine Allaire a expliqué que ces préjugés sont bien ancrés et ne datent pas d'hier :

Historiquement, et encore aujourd'hui, les symptômes de l'endométriose ont été minimisés sous prétexte qu'ils vont de pair avec le fait d'être une femme ou d'avoir des règles difficiles. Cette façon de voir est profondément ancrée dans une tendance générale à banaliser la souffrance des femmes et à faire peu de cas des problèmes qui leur sont propres. C'est ce qui explique les diagnostics et les débuts de traitement tardifs, avec les conséquences négatives à l'avenant²⁴.

La D^{re} Allaire a aussi parlé des tabous qui « peuvent subsister quand vient le temps de parler des règles²⁵ ». Ces tabous contribuent à limiter la sensibilisation des femmes et des professionnels de la santé à l'endométriose, et ce manque de sensibilisation peut mener à des retards dans le diagnostic²⁶. De plus, il peut empêcher de nouveaux chercheurs de se lancer dans ce domaine pour étudier la maladie²⁷. Par conséquent, certains témoins ont plaidé pour des investissements dans des initiatives d'éducation et

23 HESA, *Témoignages*, 29 novembre 2023, 1950 (D^r Andrew Zakhari, codirecteur, Endométriose – Centre pour l'avancement de la recherche et des soins chirurgicaux, McGill University Health Centre); HESA, *Témoignages*, 29 novembre 2023, 2115 (D^r Dong Bach Nguyen, codirecteur, Endométriose – Centre pour l'avancement de la recherche et des soins chirurgicaux, McGill University Health Centre); D^r Andrew Zakhari et D^r Dong Bach Nguyen, Endométriose – Centre pour l'avancement de la recherche et des soins chirurgicaux, McGill University Health Centre, *Étude sur la santé des femmes – Endométriose et maladies gynécologiques*, mémoire soumis au comité HESA, 29 novembre 2023.

24 HESA, *Témoignages*, 29 novembre 2023, 1945 (D^{re} Catherine Allaire, coprésidente, EndoAct Canada).

25 HESA, *Témoignages*, 29 novembre 2023, 2000 (D^{re} Catherine Allaire, coprésidente, EndoAct Canada).

26 Kate Wahl, Katie Luciani et Liane Belland, EndoAct Canada, The Endometriosis Network Canada et Société canadienne pour l'avancement de l'excellence en gynécologie, *L'endométriose au Canada*, mémoire soumis au comité HESA.

27 HESA, *Témoignages*, 29 novembre 2023, 2015 (Kate Wahl, directrice exécutive, EndoAct Canada).



de sensibilisation des professionnels de la santé et de la population, particulièrement dans les écoles de médecine et les écoles secondaires²⁸.

Les témoins ont aussi dénoncé l'incidence des préjugés sexistes sur le financement, l'affectation des ressources et la sensibilisation à la santé des femmes. Selon la D^{re} Mattatall, la gynécologie ne bénéficie pas du même niveau de reconnaissance que l'obstétrique :

Trop souvent, la santé des femmes est réduite à la santé maternelle. [...] Il est difficile de faire entendre notre voix pour tout ce qui touche la santé des femmes qui ne sont pas enceintes, comme la contraception, les règles abondantes, la douleur pelvienne, la ménopause ou les prolapsus des organes pelviens²⁹.

L'une des conséquences de ce déséquilibre est l'accès inéquitable aux salles d'opération, qui entraîne un retard supplémentaire dans les interventions chirurgicales pour les patientes atteintes d'endométriose. Comme l'a expliqué la D^{re} Jolly, « [l']obstétrique est considérée comme prioritaire [en matière de financement], et il est difficile d'obtenir du temps en clinique et en salle d'opération [pour la gynécologie]³⁰ ».

28 HESA, [Témoignages](#), 29 novembre 2023, 1930 (D^{re} Elaine Jolly, professeure émérite, Département d'obstétrique et de gynécologie, Université d'Ottawa, à titre personnel); HESA, [Témoignages](#), 29 novembre 2023, 2000 (D^{re} Catherine Allaire, coprésidente, EndoAct Canada). Voir aussi Kate Wahl, Katie Luciani et Liane Belland, EndoAct Canada, The Endometriosis Network Canada et Société canadienne pour l'avancement de l'excellence en gynécologie, [L'endométriose au Canada](#), mémoire soumis au comité HESA.

29 HESA, [Témoignages](#), 29 novembre 2023, 1940 (D^{re} Fiona Mattatall, obstétricienne et gynécologue, à titre personnel).

30 HESA, [Témoignages](#), 29 novembre 2023, 1930 (D^{re} Elaine Jolly, professeure émérite, Département d'obstétrique et de gynécologie, Université d'Ottawa, à titre personnel).

Financement de la recherche et des initiatives de sensibilisation

Plusieurs témoins et divers mémoires ont réclamé des investissements dans la recherche sur l'endométriose³¹. En effet, le D^r Zakhari a souligné que la recherche consacrée à cette maladie est sous-financée, surtout par rapport à d'autres affections chroniques :

[E]n 2022, environ 4 \$ par patiente étaient consacrés annuellement à la recherche sur l'endométriose, contre 31 \$ par patient pour le diabète et 130 \$ pour la maladie de Crohn, qui touche moins de 1 % de la population³².

En septembre 2023, le ministre de la Santé a annoncé un financement de plus de 1,6 million de dollars « pour améliorer la sensibilisation à l'endométriose, accroître l'accès à des services de santé sexuelle et reproductive essentiels et réduire les obstacles d'accès aux soins par la mise en place de ressources destinées aux personnes vivant avec l'endométriose et aux professionnels de la santé³³ ». Dans l'ensemble, les témoins ont dit qu'il s'agissait d'un premier pas dans la bonne direction. Toutefois, ils estiment qu'il faudra davantage de fonds pour remédier aux écarts en matière de diagnostic et de traitement. Selon la D^{re} Allaire, « [l]e financement n'est peut-être pas encore suffisant, mais c'est certainement un début³⁴ ».

Plusieurs témoins ont demandé la création d'un plan d'action national sur l'endométriose³⁵ et ont indiqué que le Canada pourrait tirer parti des plans élaborés par des pays pairs tels que la France, l'Australie et le Danemark. Selon certains, il serait crucial de consulter

-
- 31 HESA, *Témoignages*, 29 novembre 2023, 1935 (D^{re} Elaine Jolly, professeure émérite, Département d'obstétrique et de gynécologie, Université d'Ottawa, à titre personnel); HESA, *Témoignages*, 29 novembre 2023, 1950 (D^r Andrew Zakhari, codirecteur, Endométriose – Centre pour l'avancement de la recherche et des soins chirurgicaux, McGill University Health Centre); Kate Wahl, Katie Luciani et Liane Belland, EndoAct Canada, The Endometriosis Network Canada et Société canadienne pour l'avancement de l'excellence en gynécologie, *L'endométriose au Canada*, mémoire soumis au comité HESA; D^r Andrew Zakhari et D^r Dong Bach Nguyen, Endométriose – Centre pour l'avancement de la recherche et des soins chirurgicaux, McGill University Health Centre, *Étude sur la santé des femmes – Endométriose et maladies gynécologiques*, mémoire soumis au comité HESA, 29 novembre 2023.
- 32 HESA, *Témoignages*, 29 novembre 2023, 1950 (D^r Andrew Zakhari, codirecteur, Endométriose – Centre pour l'avancement de la recherche et des soins chirurgicaux, McGill University Health Centre).
- 33 Santé Canada, *Le gouvernement du Canada renforce l'accès des personnes vivant avec l'endométriose aux services de santé sexuelle et reproductive*, 26 septembre 2023.
- 34 HESA, *Témoignages*, 29 novembre 2023, 2000 (D^{re} Catherine Allaire, coprésidente, EndoAct Canada).
- 35 Kate Wahl, Katie Luciani et Liane Belland, *L'endométriose au Canada*, mémoire soumis au comité HESA; HESA, *Témoignages*, 29 novembre 2023, 1950 (D^r Dong Bach Nguyen, docteur, Endométriose – Centre pour l'avancement de la recherche et des soins chirurgicaux, McGill University Health Centre); HESA, *Témoignages*, 29 novembre 2023, 1945 (Kate Wahl, directrice exécutive, EndoAct Canada); HESA, *Témoignages*, 29 novembre 2023, 1935 (D^{re} Elaine Jolly, professeure émérite, Département d'obstétrique et de gynécologie, Université d'Ottawa, à titre personnel).



d'abord des patientes et des experts en la matière afin de mieux comprendre les défis et les priorités actuels³⁶. Selon la D^{re} Jolly :

[I]l s'impose de mener sans tarder des recherches poussées sur l'endométriose et de prendre les décisions stratégiques nécessaires pour améliorer la prévention et offrir des soins et des traitements aux femmes atteintes de cette maladie chronique. Toutes les femmes ont le droit à une vie pleine et productive, sans souffrance³⁷.

Par conséquent, le Comité recommande :

Recommandation 1

Que le gouvernement du Canada établisse un plan d'action national sur l'endométriose en collaboration avec les provinces et les territoires, les gouvernements autochtones ainsi que des personnes atteintes d'endométriose, des médecins cliniciens et des chercheurs afin d'éliminer les lacunes et les obstacles qui nuisent à la sensibilisation, au diagnostic et au traitement de la maladie.

Recommandation 2

Que le gouvernement du Canada augmente le financement de la recherche favorisant l'innovation et la découverte en matière de diagnostic et de traitement de l'endométriose.

Le cancer chez les femmes

La Société canadienne du cancer indique que « [le] cancer touche différemment les hommes et les femmes³⁸ », notamment en raison des différences sur le plan biologique, des facteurs de risque ou des comportements liés à la santé. En moyenne, la probabilité de développer un cancer au cours de sa vie est similaire pour les hommes (45 %) et les

36 HESA, *Témoignages*, 29 novembre 2023, 2130 (D^r Andrew Zakhari, codirecteur, Endométriose – Centre pour l'avancement de la recherche et des soins chirurgicaux, McGill University Health Centre); HESA, *Témoignages*, 29 novembre 2023, 1945 (Kate Wahl, directrice exécutive, EndoAct Canada).

37 HESA, *Témoignages*, 29 novembre 2023, 1935 (D^{re} Elaine Jolly, professeure émérite, Département d'obstétrique et de gynécologie, Université d'Ottawa, à titre personnel).

38 Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer, en collaboration avec la Société canadienne du cancer, Statistique Canada et l'Agence de la santé publique du Canada, *Statistiques canadiennes sur le cancer*, novembre 2023.

femmes (44 %)³⁹. Toutefois, certains cancers sont sexospécifiques (comme les cancers gynécologiques), tandis que d'autres sont plus fréquemment diagnostiqués chez les femmes que chez les hommes (comme le cancer du sein et le cancer de la thyroïde)⁴⁰. Par ailleurs, les femmes jouent plus souvent le rôle d'aidantes et apportent « un soutien vital, non rémunéré, pratique, physique et émotionnel à leurs proches », y compris aux personnes atteintes d'un cancer⁴¹.

Les sections suivantes décrivent les problèmes fondés sur le genre soulevés par les témoins et dans les mémoires quant aux obstacles relatifs aux soins contre le cancer, à la prévention du cancer, au dépistage du cancer du sein et aux cancers gynécologiques.

Obstacles à l'obtention de soins et besoins non comblés

Plusieurs témoins ont fait observer que les femmes au Canada doivent composer avec des lacunes et des inégalités dans l'accès à la prévention, au diagnostic, au dépistage et au traitement efficaces des cancers. Les difficultés qu'éprouvent les patientes à obtenir des soins contre le cancer affectent de manière disproportionnée les groupes marginalisés et sous-représentés, tels que les peuples autochtones, les communautés racisées, les personnes à faible revenu, les personnes de diverses identités de genre, les femmes vivant avec l'obésité et les résidentes de zones rurales ou éloignées. Ces difficultés d'accès ont une incidence négative sur l'état de santé. La D^{re} Ambreen Sayani, scientifique, a expliqué que « le risque de mourir d'un cancer n'est pas le même pour toutes les femmes. La vie ou la mort des personnes cancéreuses dépend souvent de facteurs tels que le racisme, le sexisme, le capacitisme, le classisme et l'âgisme, qui peuvent être déterminants⁴² ». Elle a formulé plusieurs recommandations, y compris quant à la diversification de la main-d'œuvre dans le domaine de la santé et l'augmentation de l'offre de soins adaptés aux préférences culturelles et linguistiques des patients.

Certains témoins ont attiré l'attention du Comité sur les iniquités en matière d'accès aux soins contre le cancer attribuables à l'emplacement géographique. À titre d'exemple, la D^{re} Ghadeer Anan, oncologue médicale, a expliqué que les femmes atteintes de cancer

39 Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer, en collaboration avec la Société canadienne du cancer, Statistique Canada et l'Agence de la santé publique du Canada, [Statistiques canadiennes sur le cancer](#), novembre 2023.

40 Darren R. Brenner et coll., pour le Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer « [Projected estimates of cancer in Canada in 2024](#) », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 196, n° 18, 13 mai 2024.

41 HESA, [Témoignages](#), 15 février 2024, 1120 (Helena Sonea, directrice, Défense de l'intérêt public, Société canadienne du cancer).

42 HESA, [Témoignages](#), 15 février 2024, 1105 (D^{re} Ambreen Sayani, scientifique, à titre personnel).



qui vivent en région rurale, pendant leur traitement, ont un accès limité à des mesures de soutien comme de l'hébergement et des services de garde d'enfants, ainsi qu'à de la physiothérapie et à des soins de santé mentale. Elle a fait la déclaration suivante :

Le problème n'est pas d'avoir accès à la chirurgie, à la chimiothérapie ou à la radiothérapie, mais d'avoir accès à un soutien supplémentaire, qui est tout aussi important. [...] C'est à ce moment-là que le fait de vivre en milieu urbain ou en milieu rural change la donne⁴³.

Les conséquences d'un manque de soutien adéquat sont importantes, comme l'a expliqué la D^{re} Anan :

Je vois de plus en plus de femmes qui ne peuvent pas reprendre leur travail et une vie normale à la fin de leur traitement. Elles doivent même demander des prestations d'invalidité en raison des effets à long terme du traitement, des effets dont on ne s'occupe pas adéquatement à cause du manque de ressources dans les régions rurales⁴⁴.

Des témoins ont demandé une plus grande équité en matière de soins de santé partout au Canada. Pour reprendre les mots de la D^{re} Jessica McAlpine, professeure et chef de la Division de l'oncologie gynécologique à l'Université de la Colombie-Britannique : « Il est urgent de corriger la situation actuelle, où la qualité des soins que l'on reçoit dépend de la région dans laquelle la maladie est diagnostiquée. Il est urgent de soigner toutes les Canadiennes de façon équitable⁴⁵. » Certains témoins ont notamment recommandé que les femmes atteintes d'un cancer bénéficient de davantage de mesures de soutien financier, telles que des services de garde d'enfants et de l'hébergement gratuit, pour celles qui doivent se déplacer en vue de recevoir des soins, ainsi que la prolongation des prestations d'assurance-emploi afin de refléter la durée réelle du traitement⁴⁶.

Les témoins ont aussi plaidé pour un accès plus équitable aux analyses génétiques. Certains ont expliqué que, bien que les tests génétiques pour repérer les personnes qui courent un risque élevé de cancer du sein ou de l'ovaire présentent des avantages

43 HESA, *Témoignages*, 15 février 2024, 1105 (D^{re} Ghadeer Anan, oncologue médicale, à titre personnel).

44 HESA, *Témoignages*, 15 février 2024, 1105 (D^{re} Ghadeer Anan, oncologue médicale, à titre personnel).

45 HESA, *Témoignages*, 12 février 2024, 1610 (D^{re} Jessica McAlpine, professeure et chef de division, Division de l'oncologie gynécologique, University of British Columbia, à titre personnel).

46 HESA, *Témoignages*, 15 février 2024, 1140 (D^{re} Ambreen Sayani, scientifique, à titre personnel); HESA, *Témoignages*, 15 février 2024, 1150, 1240 (D^{re} Ghadeer Anan, oncologue médicale, à titre personnel).

potentiels, l'accès à ces tests n'est pas équitable pour toutes les femmes au Canada⁴⁷. Tania Vrionis, directrice générale, Cancer de l'ovaire Canada, a indiqué, par exemple, qu'il y a des variations régionales des critères et des temps d'attente et que certains groupes racisés ou ethniques étaient moins susceptibles d'être aiguillés vers des tests génétiques et plus susceptibles de recevoir des résultats de tests génétiques non concluants⁴⁸.

Diminution de la consommation d'alcool et de l'usage du tabac

Des représentants de la Société canadienne du cancer ont plaidé pour un réexamen des politiques du gouvernement en matière de contrôle de l'alcool et du tabac afin d'aider à prévenir le cancer chez les femmes. En 2024, les prévisions de cancer du poumon étaient légèrement plus élevées chez les femmes que chez les hommes (avec des taux d'incidence respectifs de 64,9 et 63,4 pour 100 000 personnes)⁴⁹. Bien que le nombre de décès attribuables au cancer du poumon soit à la baisse, celui-ci est encore la première cause de mortalité par cancer chez les femmes (24 % de tous les décès découlant d'un cancer)⁵⁰. Le Comité a appris qu'au Canada, 72 % des cas de cancer du poumon et 30 % de tous les décès par cancer sont dus au tabagisme⁵¹. En outre, 16 types de cancer chez les femmes sont liés au tabagisme, dont le cancer du col de l'utérus et le cancer de l'ovaire⁵². Par conséquent, la Société canadienne du cancer a recommandé l'adoption d'une stratégie globale visant à réduire le tabagisme chez les femmes et les jeunes filles. Cette stratégie comprendrait des mesures comme l'augmentation des taxes sur les produits du tabac, le recouvrement auprès des compagnies de tabac et de vapotage des

-
- 47 HESA, *Témoignages*, 6 décembre 2023, 1950 (Jacques Simard, professeur titulaire, Département de médecine moléculaire, Université Laval, à titre personnel); HESA, *Témoignages*, 6 décembre 2023, 2010 (Dr Steven Narod, scientifique principal, à titre personnel); HESA, *Témoignages*, 12 février 2024, 1615 (Tania Vrionis, directrice générale, Cancer de l'ovaire Canada).
- 48 HESA, *Témoignages*, 12 février 2024, 1615 (Tania Vrionis, directrice générale, Cancer de l'ovaire Canada).
- 49 Darren R. Brenner et coll., pour le Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer, « [Projected estimates of cancer in Canada in 2024](#) », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 196, n° 18, 13 mai 2024.
- 50 Darren R. Brenner et coll., pour le Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer, « [Projected estimates of cancer in Canada in 2024](#) », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 196, n° 18, 13 mai 2024.
- 51 HESA, *Témoignages*, 15 février 2024, 1120 (Helena Sonea, directrice, Défense de l'intérêt public, Société canadienne du cancer).
- 52 HESA, *Témoignages*, 15 février 2024, 1215 (Rob Cunningham, analyste principal des politiques, Société canadienne du cancer).



coûts de la stratégie canadienne sur le tabac, la réduction du vapotage chez les jeunes ainsi que l'interdiction des arômes dans tous les produits du tabac et de vapotage⁵³.

Les témoins ont aussi fait état de préoccupations quant à la consommation d'alcool et au risque de cancer chez les femmes qui y est associé. En effet, la consommation d'alcool est liée à au moins neuf types de cancer, dont le cancer du sein⁵⁴. Les femmes pourraient être plus vulnérables aux dangers que présente l'alcool en raison de facteurs biologiques et sociaux⁵⁵. Pourtant, selon Ciana van Dusen, gestionnaire de la défense de l'intérêt public à la Société canadienne du cancer, environ 40 % de la population ignore que la consommation d'alcool est associée à une augmentation du risque de cancer⁵⁶. Par ailleurs, en 2019, environ une femme sur cinq âgée de 15 à 54 ans a déclaré consommer plus de six verres standard d'alcool par semaine, alors qu'un tel niveau de consommation a des répercussions à long terme sur la santé⁵⁷. L'Association pour la santé publique du Québec a affirmé que les campagnes publicitaires ciblent parfois directement les femmes et peuvent contribuer à influencer l'adoption d'habitudes de consommation fondées sur des stéréotypes associés au genre⁵⁸.

Les témoins ont proposé au Comité diverses stratégies que le gouvernement fédéral pourrait mettre en œuvre afin de lutter contre les méfaits de la consommation d'alcool chez les femmes, comme la mise en place de campagnes d'éducation et de

53 HESA, *Témoignages*, 15 février 2024, 1120 (Helena Sonea, directrice, Défense de l'intérêt public, Société canadienne du cancer); Helena Sonea, Société canadienne du cancer, *Étude sur la santé des femmes*, mémoire soumis au comité HESA, mars 2024.

54 Helena Sonea, Société canadienne du cancer, *Étude sur la santé des femmes*, mémoire soumis au comité HESA, mars 2024.

55 Gabrielle Desjardins et Kim Brière-Charest, Association pour la santé publique du Québec, *Consommation d'alcool au féminin : Réduire l'impact de l'alcool sur la santé des femmes*, mémoire soumis au comité HESA, 14 mars 2024; Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, *Mémoire sur la santé des femmes*, mémoire soumis au comité HESA, octobre 2022.

56 HESA, *Témoignages*, 15 février 2024, 1125 (Ciana Van Dusen, gestionnaire de la défense de l'intérêt public, Prévention, Société canadienne du cancer).

57 HESA, *Témoignages*, 15 février 2024, 1125 (Ciana Van Dusen, gestionnaire de la défense de l'intérêt public, Prévention, Société canadienne du cancer).

58 Gabrielle Desjardins et Kim Brière-Charest, Association pour la santé publique du Québec, *Consommation d'alcool au féminin : Réduire l'impact de l'alcool sur la santé des femmes*, mémoire soumis au comité HESA, 14 mars 2024.

sensibilisation⁵⁹, l'imposition d'un étiquetage obligatoire sur tous les produits alcoolisés⁶⁰, les restrictions sur la publicité et la commandite associées à l'alcool⁶¹, les obligations de déclaration pour les sociétés d'alcool⁶², ainsi que la mise en œuvre de l'augmentation prévue de 4,7 % du droit d'accise fédéral sur l'alcool, afin d'aider à compenser les coûts sociaux causés par ces produits⁶³.

Par conséquent, le Comité recommande :

Recommandation 3

Que le gouvernement du Canada, en collaboration avec les provinces, les territoires et les gouvernements autochtones, examine diverses méthodes afin d'accroître la diffusion de messages de santé clairs, uniformes et complets sur les risques liés à la consommation d'alcool, par des canaux de communication multiples.

Recommandation 4

Que le gouvernement du Canada, en collaboration avec les provinces, les territoires et les gouvernements autochtones, examine diverses méthodes afin de réduire le taux de vapotage chez les jeunes femmes.

Recommandation 5

Que le gouvernement du Canada, en collaboration avec les provinces, les territoires et les gouvernements autochtones, se penche sur les moyens d'améliorer les programmes de sevrage, de communication de masse et de prévention chez les jeunes ainsi que d'autres programmes visant à réduire le tabagisme.

59 Gabrielle Desjardins et Kim Brière-Charest, Association pour la santé publique du Québec, *Consommation d'alcool au féminin : Réduire l'impact de l'alcool sur la santé des femmes*, mémoire soumis au comité HESA, 14 mars 2024; Helena Sonea, Société canadienne du cancer, *Étude sur la santé des femmes*, mémoire soumis au comité HESA, mars 2024.

60 Helena Sonea, Société canadienne du cancer, *Étude sur la santé des femmes*, mémoire soumis au comité HESA, mars 2024.

61 Association pour la santé publique du Québec, *Consommation d'alcool au féminin : Réduire l'impact de l'alcool sur la santé des femmes*, mémoire soumis au comité HESA, 14 mars 2024; Helena Sonea, Société canadienne du cancer, *Étude sur la santé des femmes*, mémoire soumis au comité HESA, mars 2024.

62 Helena Sonea, Société canadienne du cancer, *Étude sur la santé des femmes*, mémoire soumis au comité HESA, mars 2024.

63 HESA, *Témoignages*, 15 février 2024, 1125 (Ciana Van Dusen, gestionnaire de la défense de l'intérêt public, Prévention, Société canadienne du cancer).



Dépistage du cancer du sein

Les témoins et les mémoires ont souligné l'importance du dépistage précoce du cancer du sein. Au Canada, une femme sur huit recevra un diagnostic de cancer du sein au cours de sa vie⁶⁴. Le dépistage à l'aide de mammographies (rayons X à faible dose du sein) permet de détecter ce type de cancer avant l'apparition de symptômes. Selon Cancer du sein Canada, on peut recourir à des traitements moins invasifs et obtenir de meilleurs résultats lorsque le cancer du sein est diagnostiqué à un stade précoce⁶⁵.

Des témoins ont fait part de leurs préoccupations concernant les lignes directrices nationales de 2018 sur le dépistage du cancer du sein publiées par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (le Groupe d'étude) et, plus particulièrement, concernant sa décision de ne pas recommander le dépistage systématique du cancer du sein chez les femmes dans la quarantaine⁶⁶.

En mai 2024, le Groupe d'étude a publié une version provisoire de ses nouvelles lignes directrices. Celles-ci ont été critiquées par des groupes de défense d'intérêts comme Dense Breasts Canada, Cancer du sein Canada et la Société canadienne du cancer⁶⁷. Le Comité a mené une étude distincte axée sur les lignes directrices en matière de dépistage du cancer du sein au Canada et a présenté un premier rapport sur la question à la Chambre des communes le 19 juin 2024⁶⁸. Pour obtenir plus de détails et de recommandations sur le dépistage du cancer du sein, veuillez consulter le rapport final du Comité, intitulé [Sauver plus de vies : Amélioration des lignes directrices, de l'accès et des résultats concernant le dépistage du cancer du sein](#)⁶⁹.

64 Société canadienne du cancer, [Statistiques sur le cancer du sein](#), mai 2024.

65 Cancer du sein Canada, [Étude sur la santé des femmes](#), mémoire soumis au comité HESA, 25 mars 2024.

66 HESA, [Témoignages](#), 6 décembre 2023, 1955 (D^{re} Anna N. Wilkinson, docteure en médecine, à titre personnel); HESA, [Témoignages](#), 6 décembre 2023, 2000 (D^{re} Paula Gordon, docteure, Dense Breasts Canada); HESA, [Témoignages](#), 6 décembre 2023, 2005 (Jennie Dale, cofondatrice et directrice exécutive, Dense Breasts Canada).

67 Dense Breasts Canada, [Concerns about the 2024 draft breast screening guidelines](#); Cancer du sein du Canada, [New national breast cancer screening guidelines lack patient voice, clarity and distinction between screening and diagnosis](#), 30 mai 2024 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT]; Société canadienne du cancer, [Les nouvelles lignes directrices nationales sur le dépistage du cancer du sein ratent leur cible](#), 30 mai 2024.

68 HESA, [Lignes directrices sur le dépistage du cancer du sein](#), Vingtième rapport, 1^{re} Session, 44^e législature, juin 2024.

69 HESA, [Sauver plus de vies : Amélioration des lignes directrices, de l'accès et des résultats concernant le dépistage du cancer du sein](#), Vingt-troisième rapport, 1^{re} Session, 44^e législature, décembre 2024.

Cancers gynécologiques

L'expression « cancers gynécologiques » désigne les cancers du col de l'utérus, de l'endomètre, de la vulve, du vagin et des ovaires. Ensemble, ces cancers sont responsables de 10 % des décès par cancer chez les femmes⁷⁰. Ces cancers ont des effets dévastateurs sur les femmes au Canada, comme en font foi les extraits suivants des témoignages :

- « Le cancer de l'endomètre est le quatrième cancer le plus courant chez les femmes. Environ 8 500 Canadiennes reçoivent un tel diagnostic chaque année. L'incidence du cancer de l'endomètre est en hausse depuis plus de 10 ans⁷¹. »
- « Chaque jour, au Canada, on diagnostique un cancer de l'ovaire chez huit femmes, et 75 % d'entre elles sont déjà à un stade avancé. Le taux de survie du cancer de l'ovaire au bout de cinq ans n'est que de 44 %. Quatre de ces huit femmes diagnostiquées aujourd'hui ne seront plus avec nous dans cinq ans. Il n'y a pas de test de dépistage. Il n'y a pas de test diagnostique définitif. Il existe peu d'options de traitement. Les femmes méritent mieux⁷². »
- « [Un rapport publié en novembre 2023] indique que le cancer du col de l'utérus est celui qui croît le plus rapidement chez les femmes et que son incidence augmente à un taux de 3,7 % par année depuis 2015. Franchement, cela me scandalise, parce qu'au Canada, les femmes devraient avoir accès à des stratégies efficaces de prévention du cancer du col de l'utérus⁷³. »

Les témoignages et les mémoires ont fait ressortir des problèmes précis liés aux cancers gynécologiques, à savoir le financement, l'accès aux soins et la diffusion des connaissances, ainsi que la prévention et le dépistage précoce du cancer du col de l'utérus.

Financement

En dépit de la charge de morbidité qui leur est associée, les cancers gynécologiques font l'objet d'un financement relativement moins important que les autres cancers. Par

70 HESA, *Témoignages*, 12 février 2024, 1605 (Gillian Hanley, professeure agrégée, Département d'obstétrique et de gynécologie, University of British Columbia, à titre personnel).

71 HESA, *Témoignages*, 15 février 2024, 1110 (D^{re} Andrea Simpson, gynécologue obstétricienne, St. Michael's Hospital, Toronto, à titre personnel).

72 HESA, *Témoignages*, 12 février 2024, 1615 (Tania Vrionis, directrice générale, Cancer de l'ovaire Canada).

73 HESA, *Témoignages*, 12 février 2024, 1620 (D^{re} Shannon Salvador, présidente-élue, The Society of Gynecologic Oncology of Canada).



exemple, selon la D^{re} Shannon Salvador, présidente élue de la Society of Gynecologic Oncology of Canada, il est « rare⁷⁴ » que des fonds soient consacrés expressément à la recherche sur le cancer de l'endomètre. Elle a décrit en ces termes l'influence des préjugés fondés sur le genre sur cette iniquité en matière de financement :

Depuis toujours, les cancers qui affectent seulement les femmes sont écartés des modèles traditionnels de soins anticancéreux. On a donc créé, dans les années 1970, la sous-spécialité de l'oncologie gynécologique pour soigner les femmes atteintes de cancers des trompes de Fallope, de l'ovaire, de l'utérus, du col de l'utérus, de la vulve et du placenta. Malheureusement, depuis longtemps et encore à l'heure actuelle, ces cancers sont souvent considérés comme des problèmes de femmes. Le financement des soins cliniques et de la recherche n'a pas suivi le rythme d'autres cancers plus courants, comme le cancer colorectal, le cancer du sein et le cancer des poumons⁷⁵.

Pour rétablir un certain équilibre, des témoins ont recommandé une augmentation du financement de la recherche sur les cancers gynécologiques qui refléterait la charge de morbidité de ce type de cancer, en plus d'un soutien réservé à la mise en pratique des résultats de la recherche. Tania Vrionis a parlé des résultats positifs obtenus grâce aux investissements consacrés à la recherche sur le cancer de l'ovaire accordés par le gouvernement du Canada en 2019. Elle est d'avis que le gouvernement doit poursuivre et accroître « ses investissements dans la recherche canadienne sur cette maladie, qui est novatrice, hautement ciblée et exhaustive⁷⁶ ».

Par conséquent, le Comité recommande :

Recommandation 6

Que les Instituts de recherche en santé du Canada accordent un soutien financier ciblé à la recherche sur les cancers gynécologiques, en particulier les cancers de l'ovaire, de l'endomètre et du col de l'utérus, et veillent à ce que les fonds accordés soient proportionnels à la charge de morbidité de ces cancers.

Accès aux soins et diffusion des connaissances

L'accès aux soins peut varier en fonction de facteurs géographiques, socioéconomiques et autres. Même lorsque les chercheurs découvrent des traitements ou des mesures de

74 HESA, *Témoignages*, 12 février 2024, 1620 (D^{re} Shannon Salvador, présidente-élue, The Society of Gynecologic Oncology of Canada).

75 HESA, *Témoignages*, 12 février 2024, 1620 (D^{re} Shannon Salvador, présidente-élue, The Society of Gynecologic Oncology of Canada).

76 HESA, *Témoignages*, 12 février 2024, 1620 (Tania Vrionis, directrice générale, Cancer de l'ovaire Canada).

prévention efficaces contre les cancers gynécologiques, il arrive que ceux-ci ne soient pas accessibles en pleine égalité à toutes les femmes au Canada. La D^{re} Andrea Simpson, gynécologue obstétricienne au St. Michael's Hospital, a expliqué que la chirurgie robotique pourrait atténuer les obstacles qui nuisent au traitement chirurgical du cancer de l'endomètre chez les patientes vivant avec l'obésité. Malheureusement, ce type d'intervention n'est pas offert de façon équitable partout au pays⁷⁷. En outre, la D^{re} Jessica McAlpine a fait la description d'un système de classification moléculaire mis au point par des chercheurs canadiens afin d'orienter la gestion clinique des patientes atteintes d'un cancer de l'endomètre. Bien que l'Organisation mondiale de la Santé ait adopté ce système, les tests moléculaires ne sont pas offerts aux patientes de toutes les régions du Canada⁷⁸. La D^{re} McAlpine a donc plaidé pour une augmentation du financement afin que ces tests puissent être déployés de façon équitable partout au pays.

Dans le même ordre d'idées, les premières recherches effectuées au Canada ont permis de démontrer qu'il est sécuritaire, réaliste et efficace de recourir à la salpingectomie opportuniste pour prévenir le cancer de l'ovaire⁷⁹. Cette pratique, qui consiste à retirer les trompes de Fallope d'une patiente qui doit déjà subir une autre chirurgie abdominale, est maintenant recommandée dans plusieurs pays à l'échelle mondiale. Toutefois, au Canada, la salpingectomie opportuniste est pratiquée avec une fréquence très variable à l'extérieur de la Colombie-Britannique. Selon Gillian Hanley, professeure agrégée au Département d'obstétrique et de gynécologie de l'Université de la Colombie-Britannique, le recours limité à cette pratique constitue une occasion ratée d'empêcher le développement du cancer de l'ovaire. Elle estime que si l'on avait pratiqué une salpingectomie opportuniste sur chacune des 80 000 Canadiennes ayant subi une ligature des trompes ou une hystérectomie sans ablation des trompes de Fallope entre 2017 et 2020, ce sont 1 000 cas de cancer de l'ovaire qui auraient pu être évités⁸⁰. M^{me} Hanley a affirmé qu'il faut investir davantage dans la science de la mise en œuvre afin de mieux faire connaître des percées telles que la salpingectomie opportuniste.

D'autres témoins ont indiqué qu'un meilleur accès aux soins pourrait passer par une rémunération accrue des hôpitaux et des chirurgiens qui pratiquent des chirurgies

77 HESA, *Témoignages*, 15 février 2024, 1110 (D^{re} Andrea Simpson, gynécologue obstétricienne, St. Michael's Hospital, Toronto, à titre personnel).

78 HESA, *Témoignages*, 12 février 2024, 1610 (D^{re} Jessica McAlpine, professeure et chef de division, Division de l'oncologie gynécologique, University of British Columbia, à titre personnel).

79 HESA, *Témoignages*, 12 février 2024, 1605 (Gillian Hanley, professeure agrégée, Département d'obstétrique et de gynécologie, University of British Columbia, à titre personnel).

80 HESA, *Témoignages*, 12 février 2024, 1605 (Gillian Hanley, professeure agrégée, Département d'obstétrique et de gynécologie, University of British Columbia, à titre personnel).



complexes afin de traiter des cancers gynécologiques⁸¹ et par la création de cliniques d'accès rapide pour simplifier la pose de diagnostics⁸². La Society of Gynecologic Oncology of Canada a également mentionné que la pénurie de main-d'œuvre en oncologie gynécologique constitue un obstacle à l'accès aux soins et a réclamé davantage de possibilités de formation⁸³. La D^{re} Salvador a expliqué que l'oncologie gynécologique se distingue de toutes les autres spécialités de la chirurgie du cancer par son approche globale, puisque « [l]e diagnostic, la chirurgie, les traitements systémiques, la surveillance et les soins palliatifs sont tous effectués par un seul médecin⁸⁴ ».

Par conséquent, le Comité recommande :

Recommandation 7

Que le gouvernement du Canada, en collaboration avec les provinces, les territoires et les gouvernements autochtones, investisse dans la science de la mise en œuvre pour garantir la diffusion efficace des connaissances sur les progrès réalisés en matière de prévention, de diagnostic, de dépistage et de traitement des cancers gynécologiques partout au pays.

Éducation et sensibilisation

Le Comité a appris que les fournisseurs de soins de santé et la population n'ont pas une bonne connaissance des symptômes de certains cancers gynécologiques. En effet, il est difficile de poser un diagnostic de cancer de l'ovaire puisque ses symptômes sont vagues et non spécifiques. Comme les soins primaires jouent un rôle de premier plan dans le processus de diagnostic, l'incapacité des fournisseurs à reconnaître les symptômes et à exiger les bons tests représente un obstacle au diagnostic⁸⁵. Par conséquent, Cancer de l'ovaire Canada a recommandé que les fournisseurs de soins primaires reçoivent de la

81 HESA, *Témoignages*, 15 février 2024, 1115 (D^{re} Andrea Simpson, gynécologue obstétricienne, St. Michael's Hospital, Toronto, à titre personnel).

82 HESA, *Témoignages*, 15 février 2024, 1200 (D^{re} Andrea Simpson, gynécologue obstétricienne, St. Michael's Hospital, Toronto, à titre personnel).

83 D^{re} Shannon Salvador, Society of Gynecologic Oncology of Canada, *Étude sur la santé des femmes – Cancers féminins*, mémoire soumis au comité HESA, 12 février 2024; HESA, *Témoignages*, 12 février 2024, 1620 (D^{re} Shannon Salvador, présidente élue, Society of Gynecologic Oncology of Canada).

84 HESA, *Témoignages*, 12 février 2024, 1620 (D^{re} Shannon Salvador, présidente-élue, The Society of Gynecologic Oncology of Canada).

85 HESA, *Témoignages*, 12 février 2024, 1620 (Valérie Dinh, directrice régionale, Québec, Cancer de l'ovaire Canada).

formation et du soutien pour les aider à repérer les symptômes du cancer de l’ovaire et à prendre les mesures qui s’imposent⁸⁶.

En ce qui concerne le cancer de l’endomètre, la D^{re} Andrea Simpson a souligné la nécessité de sensibiliser davantage le public aux signes précoces de la maladie. Ces signes, qui comprennent des « saignements utérins anormaux, tels que des règles abondantes ou irrégulières, ou [des] saignements vaginaux après la ménopause⁸⁷ », ne sont pas bien connus de la population. La D^{re} Simpson a proposé que des informations sur les saignements anormaux soient intégrées à un programme normalisé sur les troubles menstruels dans les écoles secondaires.

Recommandation 8

Que le gouvernement du Canada, en collaboration avec les provinces, les territoires et les gouvernements autochtones, lance des campagnes de sensibilisation nationales sur les cancers gynécologiques, y compris sur les signes précoces du cancer de l’ovaire et de l’endomètre.

Prévention et dépistage précoce du cancer du col de l’utérus

Le cancer du col de l’utérus est le seul des cancers gynécologiques pour lequel il est possible d’effectuer un test de dépistage précoce, avant même l’apparition de symptômes. La plupart des provinces et des territoires disposent d’un programme organisé de dépistage du cancer du col de l’utérus et certains proposent un dépistage opportuniste, selon les besoins, par l’intermédiaire des prestataires de soins primaires⁸⁸. Il est également possible de prévenir le cancer du col de l’utérus grâce à la vaccination contre le virus du papillome humain (VPH). Certaines souches de VPH sont associées à un risque élevé de cancer du col de l’utérus; les vaccins qui protègent contre l’infection par ces souches peuvent ainsi contribuer à la prévention du cancer du col de l’utérus. L’ensemble des provinces et des territoires offrent des programmes de vaccination contre le VPH en milieu scolaire⁸⁹.

86 Tania Vrionis, Cancer de l’ovaire Canada, *Étude sur la santé des femmes*, mémoire soumis au comité HESA, 25 janvier 2024.

87 HESA, *Témoignages*, 15 février 2024, 1110 (D^{re} Andrea Simpson, gynécologue obstétricienne, St. Michael’s Hospital, Toronto, à titre personnel).

88 Partenariat canadien contre le cancer, *Dépistage du cancer du col de l’utérus au Canada : 2021–2022*.

89 Partenariat canadien contre le cancer, *Politiques de vaccination contre le VPH*.



Compte tenu de la disponibilité de ces mesures de prévention, l'Organisation mondiale de la Santé a lancé un appel universel à l'élimination du cancer du col de l'utérus⁹⁰. Dans cette optique, le Partenariat canadien contre le cancer a établi trois priorités pour le Canada : améliorer les taux de vaccination contre le VPH; mettre en œuvre le test de détection du VPH comme méthode de dépistage primaire; améliorer le suivi des résultats de dépistage anormaux⁹¹. En 2019, le gouvernement fédéral a annoncé un investissement de 10 millions de dollars dans la recherche pour éliminer le cancer du col de l'utérus⁹². Cette enveloppe a servi à financer la recherche sur la vaccination contre le VPH et les méthodes de dépistage.

Malheureusement, le Comité a appris que le Canada est en retard sur son objectif en matière d'élimination du cancer du col de l'utérus. En réalité, la prévalence de ce cancer est en hausse au pays, comme l'a souligné Ciana Van Dusen :

Après avoir connu une baisse de son incidence pendant 30 ans, le cancer du col de l'utérus est maintenant le cancer dont le nombre de cas grimpe le plus vite chez les femmes, la plupart des cas étant observés chez des personnes de moins de 50 ans. Cette hausse s'explique par une diminution de la participation au dépistage et à la vaccination contre le virus du papillome humain, ou VPH⁹³.

Par ailleurs, la D^{re} Salvador a évoqué des iniquités sur le plan de l'accès au dépistage du cancer du col de l'utérus :

[N]os populations les plus vulnérables se trouvent à des endroits qui n'ont pas encore de programmes de dépistage organisés à l'échelle de la province ou qui n'ont pas encore facilement accès à des professionnels de la santé qui offrent un dépistage. Cela entraîne des disparités de la détection et du traitement des lésions cervicales précancéreuses⁹⁴.

La D^{re} Salvador et la Society of Gynecologic Oncology of Canada ont suggéré diverses mesures que pourrait prendre le gouvernement du Canada afin d'inverser la tendance à la hausse des taux de cancer du col de l'utérus et de faciliter l'accès au dépistage. Elles proposent notamment de sensibiliser la population à la vaccination contre le VPH,

90 Organisation mondiale de la Santé, *Initiative pour l'élimination du cancer du col de l'utérus*.

91 Partenariat canadien contre le cancer, *Plan d'action pour l'élimination du cancer du col de l'utérus au Canada 2020-2030*.

92 Instituts de recherche en santé du Canada, *Le gouvernement du Canada injecte 10 millions de dollars dans la recherche pour éliminer le cancer du col de l'utérus*, 4 juin 2019.

93 HESA, *Témoignages*, 15 février 2024, 1120 (Ciana Van Dusen, gestionnaire de la défense de l'intérêt public, Prévention, Société canadienne du cancer).

94 HESA, *Témoignages*, 12 février 2024, 1620 (D^{re} Shannon Salvador, présidente-élue, The Society of Gynecologic Oncology of Canada).

d'améliorer l'accès aux professionnels des soins de santé primaires qui offrent le dépistage et d'accroître l'accès à l'autodépistage du VPH⁹⁵.

Le Comité a appris que le test de détection du VPH présente des avantages comparativement au test Pap. Le test de détection du VPH est jugé plus efficace pour le dépistage du cancer du col de l'utérus et pourrait réduire certains obstacles qui nuisent aux efforts de dépistage puisqu'il s'agit d'une mesure d'autodépistage que les patientes peuvent effectuer à la maison⁹⁶. Notamment, ce test peut faciliter l'accès au dépistage auprès des femmes qui habitent dans des régions rurales et éloignées, qui n'ont pas de fournisseur de soins de première ligne ou qui ont des antécédents de traumatismes⁹⁷. En 2021, toutes les administrations du Canada utilisaient le test Pap comme méthode de dépistage primaire, mais bon nombre d'entre elles comptent faire la transition vers les tests de détection du VPH⁹⁸.

Des témoins ont mis en lumière les obstacles qui nuisent au déploiement de l'autodépistage. Selon Ciana Van Dusen, « les écouvillons utilisés pour le test de dépistage du VPH portent une mention selon laquelle le test doit être effectué par un ou une professionnel de la santé⁹⁹ », ce qui limite leur utilisation dans le contexte de tests à effectuer à la maison. Par ailleurs, la D^{re} Anna N. Wilkinson a affirmé que les lignes directrices sur le dépistage du cancer du col de l'utérus publiées en 2013 par le Groupe d'étude freinent le déploiement des tests de détection du VPH :

La dernière mise à jour des lignes directrices sur le dépistage du cancer du col de l'utérus remonte à 10 ans. Entretemps, le monde entier est passé au dépistage basé sur le VPH. C'est là où nous devrions en être. Or, nous sommes menottés par les anciennes lignes directrices d'il y a 10 ans¹⁰⁰.

95 D^{re} Shannon Salvador, Society of Gynecologic Oncology of Canada, *Étude sur la santé des femmes – Cancers féminins*, mémoire présenté au comité HESA, 12 février 2024; HESA, *Témoignages*, 12 février 2024, 1620 (D^{re} Shannon Salvador, présidente-élue, Society of Gynecologic Oncology of Canada).

96 HESA, *Témoignages*, 15 février 2024, 1120 (Ciana Van Dusen, gestionnaire de la défense de l'intérêt public, Prévention, Société canadienne du cancer).

97 HESA, *Témoignages*, 12 février 2024, 1655 (D^{re} Jessica McAlpine, professeure et chef de division, Division de l'oncologie gynécologique, University of British Columbia, à titre personnel).

98 Partenariat canadien contre le cancer, *Dépistage du cancer du col de l'utérus au Canada : 2021–2022*.

99 HESA, *Témoignages*, 15 février 2024, 1120 (Ciana Van Dusen, gestionnaire de la défense de l'intérêt public, Prévention, Société canadienne du cancer).

100 HESA, *Témoignages*, 6 décembre 2023, 2035 (D^{re} Anna N. Wilkinson, docteure en médecine, à titre personnel).



D'après le Groupe d'étude, les nouvelles lignes directrices seront publiées en 2025¹⁰¹.

Par conséquent, le Comité recommande :

Recommandation 9

Que le gouvernement du Canada, en collaboration avec les provinces, les territoires et les gouvernements autochtones, lance des campagnes de sensibilisation de la population, entre autres initiatives, afin de faire augmenter les taux de vaccination contre le virus du papillome humain (VPH) et de dépistage du cancer du col de l'utérus.

Santé mentale des femmes

Les femmes sont touchées de façon disproportionnée par certains problèmes de santé mentale, comme l'anxiété et la dépression, et ont des besoins particuliers sur le plan de la santé mentale. À titre d'exemple, les problèmes d'humeur peuvent varier en fonction du cycle menstruel et nécessitent des traitements ou des médicaments adaptés. De plus, les problèmes de santé mentale périnatale peuvent nécessiter des décisions de traitement différentes au cours de la grossesse et de l'allaitement¹⁰². En outre, les femmes sont plus susceptibles de subir des abus et des agressions, ce qui augmente leur risque de développer certains troubles de santé mentale. La pauvreté, l'isolement après avoir immigré et le stress lié au fait d'être un aidant peuvent aussi accroître le risque de problèmes de santé mentale chez les femmes et les empêcher de recevoir les soins dont elles ont besoin¹⁰³. De manière plus générale, la santé mentale des femmes a des répercussions sur non seulement leur propre bien-être, mais aussi celui de leur famille et de leurs enfants¹⁰⁴. Les renseignements sur la santé mentale des femmes recueillis dans le contexte de la présente étude sont axés sur deux volets : la santé mentale périnatale ainsi que les traumatismes et la santé mentale.

101 Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, *Cancer du col de l'utérus (mise à jour)*.

102 HESA, *Témoignages*, 8 avril 2024, 1600 (D^{re} Simone Vigod, professeure, University of Toronto, et directrice, Département de psychiatrie, Women's College Hospital, à titre personnel).

103 HESA, *Témoignages*, 8 avril 2024, 1600 (D^{re} Simone Vigod, professeure, University of Toronto, et directrice, Département de psychiatrie, Women's College Hospital, à titre personnel).

104 HESA, *Témoignages*, 8 avril 2024, 1600 (D^{re} Simone Vigod, professeure, University of Toronto, et directrice, Département de psychiatrie, Women's College Hospital, à titre personnel).

Santé mentale périnatale

Les témoins ont expliqué au Comité que la santé mentale périnatale devrait être une priorité en matière de santé publique¹⁰⁵. Ils ont insisté sur la forte prévalence des troubles de santé mentale périnatale et sur les conséquences néfastes de ceux-ci tant sur la santé de la mère que sur celle de l'enfant. La période périnatale correspond à la période qui s'étend de la conception jusqu'à 12 mois après l'accouchement. Les troubles de santé mentale périnatale, comme la dépression et l'anxiété, font partie des complications les plus courantes de l'accouchement et touchent jusqu'à 20 % des personnes pendant la grossesse et la période postnatale¹⁰⁶. En outre, le suicide est l'une des principales causes de décès maternel dans les pays à revenu élevé. Les groupes marginalisés et sous-représentés sont touchés de façon disproportionnée par ces problèmes de santé mentale périnatale¹⁰⁷. La dépression et l'anxiété maternelles affectent le bien-être des parents, certes, mais elles ont aussi des conséquences sur les enfants. Chez l'enfant, ces troubles de santé mentale sont associés à un risque accru de naissance prématurée, de faible poids à la naissance, de difficultés sociales, émotionnelles et comportementales, et de problèmes de santé mentale à l'adolescence et à l'âge adulte¹⁰⁸.

Nichole Fairbrother, professeure clinicienne agrégée au Département de médecine familiale de l'Université de la Colombie-Britannique, a parlé de problèmes de santé mentale de la période postnatale qui sont moins bien connus, comme les pensées post-partum liées à la maltraitance du nourrisson ainsi que l'anxiété périnatale et le trouble obsessionnel-compulsif. Elle a expliqué au Comité que les pensées non désirées et intrusives liées au fait de blesser un nourrisson sont chose courante. Ses recherches lui ont permis de constater que ces pensées

105 HESA, *Témoignages*, 8 avril 2024, 1540 (Tina Montreuil, professeure agrégée et scientifique, Étude sur le bien-être anténatal de Montréal, Alliance québécoise pour la santé mentale périnatale).

106 HESA, *Témoignages*, 8 avril 2024, 1540 (Tina Montreuil, professeure agrégée et scientifique, Étude sur le bien-être anténatal de Montréal, Alliance québécoise pour la santé mentale périnatale).

107 HESA, *Témoignages*, 8 avril 2024, 1535 (Catriona Hippman, boursière de recherche postdoctorale, BC Reproductive Mental Health Program, BC Women's Hospital and Health Centre, à titre personnel); HESA, *Témoignages*, 8 avril 2024, 1540 (Tina Montreuil, professeure agrégée et scientifique, Étude sur le bien-être anténatal de Montréal, Alliance québécoise pour la santé mentale périnatale).

108 HESA, *Témoignages*, 8 avril 2024, 1540 (Tina Montreuil, professeure agrégée et scientifique, Étude sur le bien-être anténatal de Montréal, Alliance québécoise pour la santé mentale périnatale).



ne sont pas associées à un risque accru de violence envers le nourrisson. Elles sont toutefois liées à une détresse importante et à un risque accru de problèmes de santé mentale, les plus communs étant le trouble obsessionnel compulsif et la dépression¹⁰⁹.

M^{me} Fairbrother a ajouté que la méconnaissance de ce phénomène dans la population et chez les fournisseurs de soins de santé pose problème : elle peut nourrir la détresse des parents et faire en sorte que l'on recourt inutilement aux services de protection de l'enfance. En outre, en raison des traumatismes historiques et des préjugés persistants, les parents autochtones risquent d'être plus réticents à révéler leurs pensées intrusives liées à la maltraitance du nourrisson et plus susceptibles d'être victimes de discrimination s'ils osent en parler¹¹⁰.

Accès aux soins de santé mentale périnatale

Le Comité a appris qu'il existe des lacunes importantes sur le plan de l'accès aux soins, malgré la prévalence des problèmes de santé mentale périnatale. Le D^r Ryan Van Lieshout, professeur agrégé au Département de psychiatrie et de neurosciences de l'Université McMaster, a dit au Comité que « seulement 1 femme enceinte ou en post-partum sur 10 peut avoir accès à des soins fondés sur des données probantes dans notre pays¹¹¹ ». Le D^r Van Lieshout a énuméré certaines des circonstances qui font qu'il est difficile d'obtenir des soins :

- les connaissances relativement limitées que possèdent les médecins de première ligne à ce sujet, notamment en ce qui concerne l'innocuité des médicaments pendant la grossesse et l'allaitement;
- le manque d'accès à des psychothérapies fondées sur des données probantes, causé principalement par le manque de fournisseurs de soins de santé¹¹².

109 HESA, *Témoignages*, 11 avril 2024, 1110 (Nichole Fairbrother, professeure agrégée de clinique, Département de médecine familiale, University of British Columbia, à titre personnel).

110 HESA, *Témoignages*, 11 avril 2024, 1155 (Nichole Fairbrother, professeure agrégée de clinique, Département de médecine familiale, University of British Columbia, à titre personnel). Voir aussi Nichole Fairbrother et coll., University of British Columbia Perinatal Anxiety Research Laboratory, *Lien entre les pensées de maltraitance à l'égard du nourrisson et la sécurité et la santé mentale du nourrisson*, mémoire soumis au comité HESA, 30 avril 2024.

111 HESA, *Témoignages*, 8 avril 2024, 1555 (D^r Ryan Van Lieshout, professeur agrégé, Département de psychiatrie et de neurosciences comportementales, McMaster University, à titre personnel).

112 HESA, *Témoignages*, 8 avril 2024, 1555 (D^r Ryan Van Lieshout, professeur agrégé, Département de psychiatrie et de neurosciences comportementales, McMaster University, à titre personnel).

Les témoins ont formulé différentes suggestions pour accroître l'accès à des soins de santé mentale périnatale au Canada, dont la création d'une stratégie nationale en matière de santé mentale périnatale (comme celles qui ont été adoptées en Australie et au Royaume-Uni)¹¹³ et des formations qui permettraient au personnel infirmier en santé publique ou à des pairs rétablis d'offrir des interventions psychothérapeutiques¹¹⁴. En outre, le D^r Van Lieshout a recommandé l'élaboration de protocoles de soins structurés à l'échelle nationale, c'est-à-dire « des systèmes intégrés qui englobent la détection des problèmes de santé mentale, l'orientation des patients vers les bonnes ressources au bon moment et la prestation d'un traitement et d'un suivi¹¹⁵ ». Il a évoqué les efforts continus déployés par le Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments afin de préparer des lignes directrices nationales pour les problèmes de santé mentale périnatale, lesquelles pourraient servir à orienter la création de protocoles de soins et à éduquer les prestataires de soins de première ligne.

Dépistage des problèmes de santé mentale périnatale

Certains témoins ont exprimé des préoccupations quant à l'accès limité, au Canada, à des mesures de détection précoce de la dépression et de l'anxiété maternelles. Tina Montreuil, à titre de représentante de l'Alliance québécoise pour la santé mentale périnatale, a plaidé pour un dépistage systématique des problèmes de santé mentale pendant la grossesse. Elle a expliqué que celui-ci pourrait améliorer le dépistage précoce des problèmes de santé mentale en période postnatale et elle a parlé des retombées économiques positives qu'un tel dépistage permettrait d'obtenir. D'après ses recherches, le Canada éponge des pertes d'environ 6,7 milliards de dollars chaque année en raison de l'absence de dépistage systématique¹¹⁶.

113 HESA, *Témoignages*, 8 avril 2024, 1655, 1730 (Catriona Hippman, boursière de recherche postdoctorale, BC Reproductive Mental Health Program, BC Women's Hospital and Health Centre, à titre personnel); HESA, *Témoignages*, 11 avril 2024, 1250 (Liisa Galea, scientifique principale et titulaire de la chaire Treliving en santé mentale des femmes, Centre de toxicomanie et de santé mentale).

114 HESA, *Témoignages*, 8 avril 2024, 1555 (D^r Ryan Van Lieshout, professeur agrégé, Département de psychiatrie et de neurosciences comportementales, McMaster University, à titre personnel).

115 HESA, *Témoignages*, 8 avril 2024, 1555 (D^r Ryan Van Lieshout, professeur agrégé, Département de psychiatrie et de neurosciences comportementales, McMaster University, à titre personnel). Voir aussi : D^r Ryan Van Lieshout, *La santé mentale en contexte périnatal*, mémoire soumis au comité HESA.

116 HESA, *Témoignages*, 8 avril 2024, 1545 (Tina Montreuil, professeure agrégée et scientifique, Étude sur le bien-être anténatal de Montréal, Alliance québécoise pour la santé mentale périnatale). Voir aussi : Tina Montreuil, Alliance québécoise pour la santé mentale périnatale, *Soins proactifs centrés sur la famille et tenant compte des traumatismes dans un contexte de santé mentale périnatale*, mémoire soumis au comité HESA, 13 avril 2023.



Catriona Hippman et d'autres membres du BC Reproductive Mental Health Program ont réclamé une révision immédiate de la ligne directrice du Groupe d'étude concernant le dépistage de la dépression périnatale. Elles estiment que la recommandation selon laquelle il n'est pas nécessaire de recourir au dépistage normalisé universel va à l'encontre des données probantes qui démontrent le bien-fondé du dépistage universel. De plus, de leur avis, elle augmente le risque de ne pas déceler certains cas et perpétue les inégalités en matière de santé en obligeant les femmes à se battre pour obtenir des soins. M^{me} Hippman estime que la ligne directrice accorde davantage d'importance aux préoccupations relatives aux éventuels méfaits plutôt qu'aux avantages documentés et aux points de vue des patientes¹¹⁷.

De son côté, Nichole Fairbrother a affirmé qu'il faut effectuer davantage de recherche afin de trouver des outils de dépistage précis et fiables pour les troubles d'anxiété périnatale et d'évaluer l'incidence d'un tel dépistage sur l'évolution de la santé mentale des patientes atteintes de dépression et d'anxiété périnatales¹¹⁸.

Par conséquent, le Comité recommande :

Recommandation 10

Que les lignes directrices sur le dépistage de la dépression périnatale du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs soient examinées par un groupe d'experts composé de divers intervenants et que le Groupe d'étude réévalue ses lignes directrices à la lumière des constatations de cet examen afin que la dépression périnatale puisse être détectée plus efficacement et qu'elle soit considérée comme une priorité en matière de santé publique.

Recommandation 11

Que le gouvernement du Canada déploie des efforts pour accroître la recherche afin de trouver des outils précis et fiables pour détecter les troubles d'anxiété périnatale et évaluer les incidences du dépistage en santé mentale sur les résultats en matière de santé mentale tant pour la dépression que pour l'anxiété périnatales.

117 HESA, *Témoignages*, 8 avril 2024, 1535 (Catriona Hippman, boursière de recherche postdoctorale, BC Reproductive Mental Health Program, BC Women's Hospital and Health Centre, à titre personnel); Catriona Hippman et coll., BC Reproductive Mental Health Program, *Dépistage de la dépression périnatale au Canada*, mémoire soumis au comité HESA, 3 octobre 2023.

118 HESA, *Témoignages*, 11 avril 2024, 1110 (Nichole Fairbrother, professeure agrégée de clinique, Département de médecine familiale, University of British Columbia, à titre personnel).

Recommandation 12

Que le gouvernement du Canada étudie les exemples de pays étrangers en vue de mesurer les avantages de l'élaboration d'une stratégie nationale en matière de santé mentale périnatale.

Recommandation 13

Que le gouvernement du Canada, en collaboration avec les provinces, les territoires et les gouvernements autochtones, contribue à sensibiliser le public à l'anxiété périnatale.

Traumatismes et santé mentale

Les femmes sont touchées de manière disproportionnée par les violences et les agressions physiques, psychologiques et sexuelles. Par conséquent, elles présentent un risque accru de souffrir de problèmes de santé mentale qui peuvent découler d'un traumatisme, comme la dépression, l'anxiété et le trouble de stress post-traumatique (TSPT). Plus de la moitié des femmes qui sont atteintes d'une maladie mentale ont déclaré avoir subi un traumatisme antérieur¹¹⁹. La nécessité d'améliorer l'accès, pour les femmes qui ont subi des violences, y compris des tortures non étatiques et des violences sexuelles, à des services qui tiennent compte des traumatismes vécus est l'un des thèmes qui sont ressortis des témoignages.

Torture non étatique

Linda MacDonald et Jeanne Sarson, cofondatrices de Persons Against Non-State Torture, estiment qu'il y a une distinction à faire entre « mauvais traitements » et « torture ». Ainsi, Linda MacDonald a expliqué que l'expression « torture non étatique » désigne :

la torture qui se produit dans la sphère domestique ou privée, à l'intérieur de la famille, de même que dans le cadre de la traite de personnes, de la prostitution, de l'exploitation pornographique et des groupes et gangs violents. [...]

Le Conseil de sécurité des Nations unies définit les acteurs non étatiques comme étant des individus ou des entités « n'agissant pas sous l'autorité ou la tutelle » d'un État¹²⁰.

119 HESA, *Témoignages*, 8 avril 2024, 1600 (D^{re} Simone Vigod, professeure, University of Toronto, et directrice, Département de psychiatrie, Women's College Hospital, à titre personnel).

120 HESA, *Témoignages*, 11 avril 2024, 1125 (Linda MacDonald, co-fondatrice, Persons Against Non-State Torture).



Jeanne Sarson a fait état de certaines des répercussions profondes que la torture peut avoir. Par exemple, il arrive que les victimes aient recours à la dissociation (elles se déconnectent mentalement de leurs pensées, de leurs sentiments et de leur identité). Elles peuvent aussi perdre des sens, comme la capacité de voir les couleurs. Enfin, certaines peuvent avoir recours à l'automutilation ou l'automédication comme stratégies d'adaptation¹²¹. Toutefois, le Comité a appris que les femmes qui ont été torturées ne reçoivent souvent pas de soins de santé mentale adéquats, en partie parce que les réactions normales à la torture peuvent être interprétées à tort comme des troubles mentaux¹²².

L'organisme Persons Against Non-State Torture a demandé au gouvernement du Canada de bien vouloir considérer comme « crime de torture » la torture perpétrée par des acteurs non étatiques; reconnaître les « soins adaptés au traumatisme et à la persécution pour les victimes de torture non étatique »; veiller à inclure la torture non étatique dans la sensibilisation à la violence envers les femmes¹²³. D'après Jeanne Sarson :

Chez les femmes, il ne peut y avoir de guérison mentale quand l'injustice sociopolitique les déshumanise en les considérant comme des personnes n'ayant pas le droit de dire la vérité, quand elles ne sont pas traitées avec dignité, quand elles ne sont pas crues et quand elles ne sont pas protégées contre la torture non étatique¹²⁴.

Violence sexuelle

Certains témoins ont expliqué au Comité qu'il existe un lien entre les violences sexuelles, le TSPT et d'autres troubles de santé mentale. En effet, les personnes ayant subi une agression sexuelle peuvent développer, en plus d'un TSPT, d'autres problèmes de santé mentale, comme un trouble d'anxiété généralisé, un trouble dépressif majeur, des idées suicidaires, des comportements d'automutilation, des troubles de l'alimentation ou un trouble obsessionnel-compulsif. Les femmes qui survivent à une agression sexuelle sont plus susceptibles que les hommes ayant vécu des événements semblables de développer un TSPT, et leurs symptômes risquent davantage de durer plus longtemps¹²⁵. Dans le cas

121 HESA, *Témoignages*, 11 avril 2024, 1135 (Jeanne Sarson, co-fondatrice, Persons Against Non-State Torture).

122 HESA, *Témoignages*, 11 avril 2024, 1125 (Linda MacDonald, co-fondatrice, Persons Against Non-State Torture).

123 HESA, *Témoignages*, 11 avril 2024, 1130 (Jeanne Sarson, co-fondatrice, Persons Against Non-State Torture); Jeanne Sarson et Linda MacDonald, Persons Against Non-State Torture, *Étude sur la santé des femmes : Santé mentale*, mémoire soumis au comité HESA, 31 mars 2024.

124 HESA, *Témoignages*, 11 avril 2024, 1130 (Jeanne Sarson, co-fondatrice, Persons Against Non-State Torture).

125 HESA, *Témoignages*, 11 avril 2024, 1120 (Jocelyn Enright, coordonnatrice, Engagement communautaire, communications et collecte de fonds, Kawartha Sexual Assault Centre).

des femmes issues de communautés marginalisées, comme les communautés LGBTQ+, les personnes racisées, les peuples autochtones et les personnes handicapées, les répercussions des violences subies se conjuguent à la discrimination et peuvent exacerber les écarts sur le plan de la santé¹²⁶.

Les témoins ont souligné l'importance de prévoir un financement de base suffisant pour la prestation de services qui tiennent compte des traumatismes et le fonctionnement de centres d'aide aux victimes d'agression sexuelle, en particulier ceux qui accueillent les filles. À titre d'exemple, le Kawartha Sexual Assault Centre ne dispose d'aucun financement pour soutenir les personnes de moins de 16 ans ayant subi des agressions. Jocelyn Enright, coordonnatrice au Kawartha Sexual Assault Centre, a fait observer que les personnes qui ont été victimes d'agressions sexuelles pendant leur enfance courent un risque plus élevé d'être à nouveau victimes d'agressions sexuelles plus tard dans leur vie et qu'une intervention rapide permettrait d'en atténuer les effets sur leur santé mentale. Elle a plaidé pour une augmentation des investissements dans les services qui tiennent compte des traumatismes et les initiatives de prévention, ce qui inclut l'éducation des garçons au sujet de la violence fondée sur le genre, ainsi qu'une augmentation du financement de base des centres d'aide aux victimes d'agressions sexuelles. Si les centres pouvaient compter sur des fonds additionnels, ils pourraient offrir plus que « le strict minimum [sous forme de] solutions de fortune aux femmes, souvent longtemps après que le mal a été fait » et tirer profit du « pouvoir de la prévention dans la création d'un changement durable¹²⁷ ».

Par conséquent, le Comité recommande :

Recommandation 14

Que le gouvernement du Canada collabore avec les provinces et les territoires afin d'augmenter le financement des centres d'aide aux victimes d'agression sexuelle.

Recommandation 15

Que le gouvernement du Canada s'efforce d'accroître les possibilités de recherche ciblée afin d'améliorer l'expérience des femmes atteintes de maladie mentale actuellement et de mettre au point des mesures de prévention et des remèdes pour les femmes de demain.

126 Jennifer Dunn, London Abused Women's Centre, *Violence envers les femmes et les filles*, mémoire soumis au comité HESA, 15 avril 2024.

127 HESA, *Témoignages*, 11 avril 2024, 1120 (Jocelyn Enright, coordonnatrice, Engagement communautaire, communications et collecte de fonds, Kawartha Sexual Assault Centre).



Recherche sur la santé des femmes

Les témoignages concernant la recherche sur la santé des femmes ont mis en lumière trois sujets principaux : la disparité entre les genres et le financement, l'échange de données, ainsi que l'incidence du genre sur l'effectif en santé.

Disparité entre les genres et financement

L'écart entre les hommes et les femmes en matière de recherche médicale est une préoccupation qui a été évoquée à maintes reprises tout au long des témoignages. Pour reprendre les mots de Liisa Galea, scientifique principale et titulaire de la chaire Treliving en santé mentale des femmes du Centre de toxicomanie et de santé mentale, « [l]a recherche sur la santé des femmes a été sous-évaluée, sous-étudiée et sous-financée¹²⁸ ». Certains témoins ont donné des exemples afin d'illustrer la rareté des recherches sur la santé des femmes. Par exemple, bien que les trois quarts des personnes atteintes de sclérose en plaques soient des femmes, un examen de la littérature a permis de constater que très peu d'études sur cette maladie (environ 350 sur plus de 100 000) abordaient des questions propres à la santé des femmes¹²⁹. Les études qui traitaient de la santé des femmes étaient limitées à d'autres égards : elles ne prenaient pas en compte la durée de vie ou la diversité des femmes (la majorité des participantes étaient blanches), la plupart se concentraient sur la grossesse, et peu traitaient de la ménopause.

Des représentants du gouvernement ont fait part au Comité des mesures prises par le gouvernement fédéral pour combler les lacunes dans la recherche sur la santé des femmes, dont l'Initiative nationale de recherche sur la santé des femmes¹³⁰ ainsi que les politiques des IRSC visant à promouvoir l'intégration des questions de sexe et de genre dans la recherche. Tammy Clifford, présidente intérimaire des IRSC, a notamment indiqué que le sexe et le genre sont pris en compte dans plus de 90 % des propositions de recherche en santé. Cette tendance serait attribuable aux efforts déployés par cet organisme de financement au cours des 10 dernières années¹³¹. Certains témoins ont néanmoins insisté sur le fait qu'il y a encore à faire pour atteindre la parité dans le

128 HESA, *Témoignages*, 11 avril 2024, 1115 (Liisa Galea, scientifique principale et titulaire de la chaire Treliving en santé mentale des femmes, Centre de toxicomanie et de santé mentale).

129 HESA, *Témoignages*, 2 mai 2024, 1245 (D^{re} Ruth Ann Marrie, professeure, Département de médecine, Max Rady College of Medicine, University of Manitoba, à titre personnel).

130 HESA, *Témoignages*, 27 novembre 2024, 1110 (Angela Kaida, directrice scientifique, Institut de la santé des femmes et des hommes, Instituts de recherche en santé du Canada).

131 HESA, *Témoignages*, 27 novembre 2023, 1110 (Tammy Clifford, présidente intérimaire, Instituts de recherche en santé du Canada).

domaine de la recherche en santé au Canada. M^{me} Galea a expliqué que le taux de 90 % énoncé par les IRSC repose sur une simple case à cocher et que la proportion réelle des recherches axées sur la santé des femmes ayant obtenu des subventions est beaucoup plus faible. Selon une analyse de plus de 8 000 subventions canadiennes accordées entre 2009 et 2020, moins de 6 % de celles-ci ont servi à financer la recherche sur la santé des femmes, et ce pourcentage tombe à 4,4 % si l'on exclut les travaux portant sur le cancer du sein chez la femme¹³².

La disparité entre les genres en matière de recherche médicale se traduit par une méconnaissance du vécu unique des femmes sur le plan de la santé et de ses différences par rapport au vécu des hommes. Ces lacunes entraînent à leur tour des difficultés quand vient le temps de poser un diagnostic et de traiter des maladies chez les femmes. Par exemple, une étude a révélé que pour un très grand nombre de maladies, les femmes sont diagnostiquées plus de trois ans plus tard que les hommes¹³³. Pour remédier à cette inégalité, les témoins ont réclamé un financement ciblé de la recherche sur la santé des femmes, y compris dans les domaines des cancers gynécologiques, du cancer du sein, de l'endométriose, de la ménopause, de la santé mentale des femmes et de la sclérose en plaques. M^{me} Galea a recommandé l'établissement d'« un financement protégé et réservé pour la santé des femmes en général » afin de garantir le financement et d'encourager la recherche multidisciplinaire¹³⁴. De telles subventions pourraient déboucher sur des avancées déterminantes pour la santé des femmes. La D^{re} Deborah Money a donné l'exemple d'un essai « audacieux » qui a permis de conclure qu'un des premiers médicaments contre le VIH pouvait être utilisé pendant la grossesse afin de prévenir la transmission de ce virus de la mère au nourrisson¹³⁵, tandis que Pamela Valentine, présidente et chef de la direction de SP Canada, a fait l'éloge d'une recherche marquante qui a établi un lien entre le virus Epstein-Barr et l'apparition de la sclérose en plaques¹³⁶.

132 HESA, *Témoignages*, 11 avril 2024, 1115, 1140 (Liisa Galea, scientifique principale et titulaire de la chaire Treliving en santé mentale des femmes, Centre de toxicomanie et de santé mentale). Voir aussi : Tori N. Stranges et coll., « [Are we moving the dial? Canadian health research funding trends for women's health, 2S/LGBTQ + health, sex, or gender considerations](#) », *Biology of Sex Differences*, vol. 14, 15 juin 2023 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].

133 HESA, *Témoignages*, 11 avril 2024, 1115 (Liisa Galea, scientifique principale et titulaire de la chaire Treliving en santé mentale des femmes, Centre de toxicomanie et de santé mentale).

134 HESA, *Témoignages*, 11 avril 2024, 1140 (Liisa Galea, scientifique principale et titulaire de la chaire Treliving en santé mentale des femmes, Centre de toxicomanie et de santé mentale).

135 HESA, *Témoignages*, 2 mai 2024, 1250 (D^{re} Deborah Money, professeure et directrice, Département d'obstétrique et de gynécologie, University of British Columbia, à titre personnel).

136 HESA, *Témoignages*, 2 mai 2024, 1255 (Pamela Valentine, présidente et chef de la direction, SP Canada). Voir aussi : Benjamin Davis, Société canadienne de la sclérose en plaques (SP), *Étude sur la santé des femmes*, mémoire soumis au comité HESA, 9 septembre 2022.



Les témoins ont également souligné l'importance d'évaluer non seulement la nature de recherche financée, mais aussi les types de chercheurs qui reçoivent des fonds et la manière dont les sommes sont distribuées. Certains ont insisté sur la nécessité de soutenir adéquatement les stagiaires et les chercheurs en début et en milieu de carrière, faisant observer que les chercheuses ont tendance à donner la priorité aux sujets qui concernent les femmes¹³⁷.

Par conséquent, le Comité recommande :

Recommandation 16

Que le gouvernement du Canada augmente le financement consacré à la recherche sur la santé des femmes, notamment par l'entremise de l'Initiative nationale de recherche sur la santé des femmes. Cette recherche devrait refléter la diversité des femmes au Canada, en particulier au sein des populations sous-représentées et moins bien desservies.

Échange de données

Plusieurs témoins ont évoqué des obstacles législatifs ou réglementaires qui freinent l'échange de données entre les provinces et les territoires et qui constituent, à leurs yeux, une entrave à la recherche sur la santé des femmes. À ce sujet, la D^{re} Ruth Ann Marrie, professeure au Département de médecine de l'Université du Manitoba, a décrit la nature complexe et chronophage des processus administratifs en matière de collecte de données :

[J]'ai dû obtenir 13 approbations réglementaires pour mener une étude dans une province. Cela augmente les coûts et réduit la productivité par rapport aux sommes investies dans la recherche, en plus de limiter notre capacité de prendre des mesures pertinentes à l'échelle nationale¹³⁸.

La D^{re} Money a aussi déploré le fait qu'il est très difficile de dresser un portrait national et précis des problèmes de santé qui touchent les femmes, délimité en fonction de facteurs tels que la géographie, l'origine culturelle ou raciale, ou la langue maternelle, lorsqu'il n'est pas possible de relier les données des différentes administrations. Elle a indiqué que la législation constitue le principal obstacle à cet égard et a affirmé devant

137 HESA, *Témoignages*, 2 mai 2024, 1315 (D^{re} Deborah Money, professeure et directrice, Département d'obstétrique et de gynécologie, University of British Columbia, à titre personnel); HESA, *Témoignages*, 2 mai 2024, 1320 (D^{re} Ruth Ann Marrie, professeure, Département de médecine, Max Rady College of Medicine, University of Manitoba, à titre personnel).

138 HESA, *Témoignages*, 2 mai 2024, 1325 (D^{re} Ruth Ann Marrie, professeure, Département de médecine, Max Rady College of Medicine, University of Manitoba, à titre personnel).

le Comité que « [n]ous n'avons pas le droit d'échanger des données sans des ententes extrêmement compliquées¹³⁹ ». Par conséquent, elle appuie la création d'une approche nationale coordonnée en matière d'échange de données.

L'incidence du genre sur l'effectif en santé

D'après Neeru Gupta, professeure au Département de sociologie de l'Université du Nouveau-Brunswick, il faut étudier davantage les femmes qui travaillent dans le domaine de la santé afin de combler l'écart entre les genres. Selon elle, l'expérience des femmes prestataires de soins est sous-étudiée et sous-estimée¹⁴⁰. Malgré le fait que quatre prestataires de soins de santé sur cinq sont des femmes, les recherches sur l'effectif en santé ne comportent généralement pas d'analyse comparative entre les sexes. M^{me} Gupta a recommandé d'intensifier cette recherche en mettant l'accent sur plusieurs domaines importants, notamment la ségrégation professionnelle fondée sur le genre, les milieux de travail sécuritaires pour les femmes et le salaire des femmes dans le domaine de la santé¹⁴¹. Dans un mémoire présenté au Comité, la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers a recommandé que l'on étudie les effets des quarts de nuit sur la santé. Elle y a aussi fait part de préoccupations au sujet de la violence en milieu de travail, des problèmes de santé mentale et de l'épuisement parmi les membres du personnel infirmier, qui est essentiellement composé de femmes¹⁴².

INVESTIR DANS LES SOINS DE SANTÉ POUR LES FEMMES

Les témoignages ont souvent fait état du sous-financement des soins de santé destinés aux femmes. Par exemple, certains ont réclamé plus d'investissements dans :

139 HESA, *Témoignages*, 2 mai 2024, 1325 (D^{re} Deborah Money, professeure et directrice, Département d'obstétrique et de gynécologie, University of British Columbia, à titre personnel).

140 HESA, *Témoignages*, 2 mai 2024, 1240 (Neeru Gupta, professeure titulaire, Département de sociologie, University of New Brunswick, à titre personnel). Voir aussi : Neeru Gupta, *Pour qu'on cesse de négliger la recherche sur la santé des femmes, il faut cesser de négliger les femmes dans la recherche sur les effectifs en santé*, mémoire soumis au comité HESA, mai 2024.

141 HESA, *Témoignages*, 2 mai 2024, 1310 (Neeru Gupta, professeure titulaire, Département de sociologie, University of New Brunswick, à titre personnel).

142 Linda Silas, Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers, *Étude sur la santé des femmes*, mémoire soumis au comité HESA.



- l'accès à des professionnels paramédicaux, tels que des physiothérapeutes, des nutritionnistes et des psychologues, afin de garantir aux femmes une prise en charge complète de l'endométriose¹⁴³;
- la formation des professionnels de santé spécialisés dans les cancers gynécologiques¹⁴⁴;
- la prévention et la détection précoce du cancer, qui reçoivent actuellement moins de financement que d'autres volets du système de soins contre le cancer¹⁴⁵;
- la possibilité de recourir à la chirurgie robotique, notamment en raison de son utilité pour faciliter les interventions chirurgicales chez les femmes vivant avec l'obésité¹⁴⁶;
- l'accès aux soins de santé mentale périnatale, notamment à la thérapie par la conversation fondée sur des données probantes¹⁴⁷;
- l'accès aux soins de santé mentale pour les personnes ayant survécu à une agression sexuelle¹⁴⁸.

De plus, dans un mémoire présenté conjointement, la Société canadienne pour l'avancement de l'excellence en gynécologie, EndoAct Canada et le Réseau canadien de l'endométriose ont recommandé que les ententes de transfert de fonds intègrent des

143 HESA, [Témoignages](#), 29 novembre 2023, 1950 (D^r Andrew Zakhari, codirecteur, Endométriose – Centre pour l'avancement de la recherche et des soins chirurgicaux, McGill University Health Centre).

144 HESA, [Témoignages](#), 12 février 2024, 1620 (D^{re} Shannon Salvador, présidente élue, The Society of Gynecologic Oncology of Canada).

145 HESA, [Témoignages](#), 15 février 2024, 1220 (D^{re} Ambreen Sayani, scientifique, à titre personnel).

146 HESA, [Témoignages](#), 15 février 2024, 1115 (D^{re} Andrea Simpson, gynécologue obstétricienne, St. Michael's Hospital, Toronto, à titre personnel).

147 HESA, [Témoignages](#), 11 avril 2024, 1245 (Nichole Fairbrother, professeure agrégée de clinique, Département de médecine familiale, University of British Columbia, à titre personnel).

148 HESA, [Témoignages](#), 11 avril 2024, 1120 (Jocelyn Enright, coordonnatrice, Engagement communautaire, communications et collecte de fonds, Kawartha Sexual Assault Centre).

dispositions relatives à l'endométriose, notamment afin d'améliorer l'accès à des soins chirurgicaux et multidisciplinaires spécialisés¹⁴⁹.

CONCLUSION

La moitié de la population du pays est directement touchée par les problèmes de santé des femmes. Or, le vécu et les besoins des femmes en matière de santé ont été sous-étudiés et sous-estimés par le passé et le sont encore aujourd'hui, tant et si bien qu'un fossé sépare les hommes et les femmes sur le plan de la santé. Ce fossé est dangereux pour les femmes et pour l'ensemble de la société. Les témoignages et les mémoires qui ont été recueillis dans le cadre de la présente étude démontrent l'importance d'atteindre l'équité entre les genres dans le domaine de la santé. Dans le présent rapport, le Comité a formulé des recommandations visant à résoudre des problèmes urgents dans quatre domaines clés pour la santé des femmes : l'endométriose, le cancer, la santé mentale et la recherche en santé. Ces recommandations visent à améliorer le bien-être des femmes dans tout le pays et, ultimement, à combler l'écart entre les genres en matière de santé.

149 Kate Wahl, Katie Luciani et Liane Belland au nom de la Société canadienne pour l'avancement de l'excellence gynécologique (CanSAGE), EndoAct Canada et le Réseau de l'endométriose du Canada, *L'endométriose au Canada*, mémoire présenté au comité HESA.

ANNEXE A : LISTE DES TÉMOINS

Le tableau ci-dessous présente les témoins qui ont comparu devant le Comité lors des réunions se rapportant au présent rapport. Les transcriptions de toutes les séances publiques reliées à ce rapport sont affichées sur la [page Web du Comité sur cette étude](#).

44^e législature – 1^{re} session

Organismes et individus	Date	Réunion
Agence de la santé publique du Canada Annie Comtois, directrice exécutive, Centre de prévention des maladies chroniques et de l'équité en santé Shannon Hurley, directrice générale associée, Centre de la santé mentale et du bien-être Mark Nafekh, directeur général, Centre pour la promotion de la santé	2023/11/27	91
Instituts de recherche en santé du Canada Tammy Clifford, présidente par intérim Angela Kaida, directrice scientifique, Institut de la santé des femmes et des hommes	2023/11/27	91
Ministère de la Santé Ed Morgan, directeur général, Direction des politiques, de la planification et des affaires internationales Cindy Moriarty, directrice générale, Programmes de santé et initiatives stratégiques Suki Wong, directrice générale, Direction de la santé mentale	2023/11/27	91
À titre personnel Dre Elaine Jolly, professeure émérite, Département d'obstétrique et de gynécologie, Université d'Ottawa Dre Fiona Mattatall, obstétricienne et gynécologue	2023/11/29	92

Organismes et individus	Date	Réunion
Centre universitaire de santé McGill Dr Dong Bach Nguyen, docteur, Endométriose - Centre pour l'avancement de la recherche et des soins chirurgicaux Dr Andrew Zakhari, docteur, Endométriose - Centre pour l'avancement de la recherche et des soins chirurgicaux	2023/11/29	92
EndoAct Canada Dre Catherine Allaire, coprésidente Kate Wahl, directrice exécutive	2023/11/29	92
À titre personnel Dr Steven Narod, scientifique principal Jacques Simard, professeur titulaire, Département de médecine moléculaire, Université Laval Dre Anna N. Wilkinson, docteur en médecine	2023/12/06	94
Dense Breasts Canada Jennie Dale, cofondatrice et directrice exécutive Dre Paula Gordon, docteur	2023/12/06	94
À titre personnel Gillian Hanley, professeure agrégée, Département d'obstétrique et de gynécologie, University of British Columbia Dre Jessica McAlpine, professeure et chef de division, Division de l'oncologie gynécologique, University of British Columbia	2024/02/12	101
Cancer de l'ovaire Canada Valérie Dinh, directrice régionale, Québec Tania Vrionis, directrice générale	2024/02/12	101
The Society of Gynecologic Oncology of Canada Dre Shannon Salvador, présidente élue	2024/02/12	101
À titre personnel Dre Ghadeer Anan, oncologue médicale Dre Ambreen Sayani, scientifique Dre Andrea Simpson, gynécologue obstétricienne, St. Michael's Hospital, Toronto	2024/02/15	103

Organismes et individus	Date	Réunion
Société canadienne du cancer Rob Cunningham, analyste principal des politiques Helena Sonea, directrice, Défense de l'intérêt public Ciana Van Dusen, gestionnaire de la défense de l'intérêt public, Prévention	2024/02/15	103
À titre personnel Catriona Hippman, boursière de recherche postdoctorale BC Reproductive Mental Health Program, BC Women's Hospital and Health Centre Dr Ryan Van Lieshout, professeur agrégé, Département de psychiatrie et de neurosciences comportementales, McMaster University Dre Simone Vigod, professeure et directrice, Département de psychiatrie, University of Toronto, Women's College Hospital	2024/04/08	108
Alliance québécoise pour la santé mentale périnatale Tina Montreuil, professeure agrégée et scientifique, Étude sur le bien-être anténatal de Montréal	2024/04/08	108
À titre personnel Nichole Fairbrother, professeure agrégée de clinique, Département de médecine familiale, University of British Columbia	2024/04/11	109
Centre de toxicomanie et de santé mentale Liisa Galea, scientifique principale, Chaire Treveling Family, Santé mentale des femmes	2024/04/11	109
Kawartha Sexual Assault Centre Jocelyn Enright, coordonnatrice, Engagement communautaire, communications et collecte de fonds	2024/04/11	109
Persons Against Non-State Torture Linda MacDonald, co-fondatrice Jeanne Sarson, co-fondatrice	2024/04/11	109

Organismes et individus	Date	Réunion
À titre personnel Neeru Gupta, professeure titulaire, Département de sociologie, University of New Brunswick Dre Ruth Ann Marrie, professeure, Département de médecine générale, Max Rady College of Medicine, University of Manitoba Dre Deborah Money, professeure et directrice, Département d'obstétrique et de gynécologie, University of British Columbia	2024/05/02	113
SP Canada Pamela Valentine, présidente et chef de la direction	2024/05/02	113

ANNEXE B : LISTE DES MÉMOIRES

Ce qui suit est une liste alphabétique des organisations et des personnes qui ont présenté au Comité des mémoires reliés au présent rapport. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter la [page Web du Comité sur cette étude](#).

44^e législature – 1^{re} session

Action Canada pour la santé et les droits sexuels
Alliance pour la justice de genre dans la migration
Alliance québécoise pour la santé mentale périnatale
Amodu, Oluwakemi
Appavoo, Shushiela
Archibald, Maggie
Association canadienne de physiothérapie
Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux
Association chiropratique canadienne
Association médicale canadienne
Association pour la santé publique du Québec
Bailey, Paul
BC Coalition of Experiential Communities
BC Reproductive Mental Health Program
Beautycounter
BGC Canada
Borgfjord, Jennifer
Bridge2Future
Cancer de l'ovaire Canada
Cancer du sein du Canada
Caswell, Cathy
Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances

Centre de toxicomanie et de santé mentale
Centre universitaire de santé McGill
Collaboratif canadien pour la prévention des mortinaissances
Dale, Jennie
Edmonton Zone Medical Staff Association
Égale Canada
EndoAct Canada
Environmental Defence Canada
Étude sur le bien-être anténatal de Montréal
Farber, Shira
Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers
Fédération des Kinésiologues du Québec
Fertility Matters Canada
Filate, Woganee
Fondation Canadienne de la Ménopause
Fondation des maladies du coeur et de l'AVC du Canada
Fondation Olo
Fonds d'action et d'éducation juridique pour les femmes
Gordon, Paula
Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs
Gupta, Neeru
Hanley, Gillian
Hart, Gaynor
Holland, Carolyn
Holness de Hiller, Ariadne
Hologic
Huntsman, David
King, Regine
Kraft, Rosilene
Kwadrans, Natalie

Ladha, Tehseen
Leader, Arthur
Lehman, Jeanne
Les Droits au Féminin
Lindeman, Tracey
London Abused Women's Centre
Louis-Bayliss, Amy
Manitoba Interdisciplinary Lactation Center
McAlpine, Jessica
McKinstry, Nancy
McTeer, Maureen
Muslim Advisory Council of Canada
Northern Birthwork Collective
Olson, Marj
Olukotun, Mary
Ordre des diététistes-nutritionnistes du Québec
Organon
Ospina, Maria Beatriz
Persons Against Non-State Torture
Poole, Nancy
Power Stones Jewelry
Regroupement Les Sages-femmes du Québec
Regroupement pour la Valorisation de la Paternité
Renzaho, Andre
Research and Education for Solutions to Violence and Abuse
Réseau des Centres de Ressources Périnatales du Québec
Richter, Solina
Salami, Bukola
Sandhu, Manvir
Seely, Jean

Sekyi-Otu, Ato
Shaw, Sarah Naomi
Slight, Annie
Société Alzheimer du Canada
Société canadienne de ménopause
Société canadienne du cancer
Société canadienne de la sclérose en plaques
Société canadienne pour l'avancement de l'excellence en gynécologie
Société de l'arthrite du Canada
Société des obstétriciens et gynécologues du Canada
SP Canada
Stuart, Gavin
The Endometriosis Network Canada
The Society of Gynecologic Oncology of Canada
Tremblay Dionne, Érick
Tunde-Byass, Modupe
University of British Columbia Perinatal Anxiety Research Laboratory
Van Lieshout, Ryan
Wellington, Craig
Wilcox, Sherry
Wilkinson, Anna
Woo, Michelle
Yaffe, Martin

DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT

Conformément à l'article 109 du Règlement, le Comité demande au gouvernement de déposer une réponse globale au présent rapport.

Un exemplaire des *procès-verbaux* pertinents (réunions n^{os} 4 et 6) de la 45^e législature, 1^{re} session et (réunions n^{os} 91, 92, 94, 101, 103, 108, 109, 113 et 124) de la 44^e législature, 1^{re} session est déposé.

Respectueusement soumis,

La présidente,
L'hon. Hedy Fry

Opinion complémentaire du Parti conservateur du Canada

Les députés conservateurs membres du Comité permanent de la santé remercient les témoins qui ont comparu devant le Comité dans le cadre de son étude sur la santé des femmes. Leur témoignage a permis de mettre en lumière des questions importantes qui ont une incidence sur la santé des femmes au Canada.

Si nous appuyons le contenu du rapport et ses recommandations, nous craignons que celui-ci ne reflète pas l'entière réalité des enjeux importants que les membres du Comité ont exprimés en étudiant le sujet.

Dans notre rapport supplémentaire, nous mettons en exergue trois des principaux domaines auxquels, à notre avis, ils ne tiennent pas suffisamment compte. Citons en exemple la pénurie de professionnels de la santé, la hausse de la criminalité et de la violence à l'égard des femmes, ainsi que le défaut de ce gouvernement de produire des résultats significatifs.

La pénurie de médecins, d'infirmiers et de professionnels de la santé

Environ 6,5 millions de Canadiens n'ont pas de médecin de famille, et les femmes se voient refuser l'accès en temps opportun à des soins et à des traitements importants déterminés dans le cadre de l'étude. Dans le rapport, on n'établit pas suffisamment de liens entre les résultats pour la santé des femmes et la pénurie de professionnels de la santé au Canada. Cette pénurie de médecins, d'infirmiers et de prestataires de soins de santé limite gravement la capacité des femmes d'avoir accès à une évaluation, à un diagnostic et à une intervention chirurgicale.

La D^{re} Jessica McAlpine a parlé d'une crise. Dans le cadre de son témoignage, elle a dit : « Il y a aussi une crise, dont beaucoup de membres ont déjà parlé, qui est causée par la pénurie de médecins de famille¹. »

Les conservateurs croient que la pénurie a pour seule cause l'incapacité du gouvernement libéral de délivrer des licences aux médecins formés à l'étranger, y compris aux Canadiens ayant fait leurs études de médecine à l'étranger, pour que ceux-ci puissent traiter des patients. D'après le Collège des médecins et chirurgiens du Canada, au moins 13 000 médecins formés à l'étranger et se trouvant actuellement au Canada ne travaillent pas comme médecins. De plus, selon une séance d'information présentée au ministre de la Santé par Santé Canada, il existe actuellement au moins 80 000 professionnels de la santé au Canada ne travaillant pas dans leur domaine.

Les conservateurs pensent que les politiques d'immigration doivent s'harmoniser avec la capacité du système de soins de santé du Canada, et qu'il faudrait aider les médecins qualifiés

¹ HESA, *Témoignages*, 12 février 2024, 1720 (D^{re} Jessica McAlpine, professeure et chef de division, Division de l'oncologie gynécologique à l'Université de la Colombie-Britannique, à titre personnel.)

formés à l'étranger qui se trouvent déjà au Canada à obtenir leur permis d'exercice ainsi qu'à traiter des patients. Ne rien proposer pour s'attaquer aux obstacles imposés par les organismes de réglementation et de délivrance des permis d'exercice qui empêchent des professionnels qualifiés de travailler, c'est ne pas répondre aux besoins des femmes en matière de santé.

Les conservateurs exhortent le gouvernement fédéral à faire preuve de leadership national en mettant en œuvre un processus normalisé de reconnaissance des compétences, en plus de normes nationales d'autorisation d'exercice, afin de remédier à la pénurie de main-d'œuvre qui limite les soins de santé prodigués aux Canadiennes.

La criminalité

Les membres du Comité ont entendu des témoignages sur les répercussions qu'ont les crimes sur la santé physique et mentale des femmes. Il s'agissait de violences ciblées, d'agressions sexuelles et de violence conjugale. Depuis 2015, les crimes violents ont augmenté de 55 %, il y a eu une hausse du nombre total d'agressions sexuelles de 76 %, et le nombre de femmes victimes de violence conjugale s'est accru de 38,6 %. Cette hausse alarmante de la criminalité entraîne des conséquences importantes pour la santé des femmes au Canada.

Des témoins ont prié le gouvernement d'alourdir les peines en cas de crimes violents. Par exemple, des représentants de l'organisation Persons Against Non-State Torture ont souligné que le *Code criminel* actuel constituait une « injustice » pour les victimes et déshumanisait les femmes en ne reconnaissant pas la gravité des actes de violence et de torture auxquelles celles-ci sont confrontées².

Les conservateurs estiment que les politiques laxistes du gouvernement libéral en matière de criminalité, comme celles des projets de loi C-5 et C-75 de la 44^e législature, ont mené à l'augmentation de la criminalité, notamment en ce qui concerne les récidivistes violents. Les femmes sont victimes de violence conjugale de manière disproportionnée. Nous pressons donc le gouvernement d'abroger les lois sur la remise en liberté, qui permettent aux récidivistes violents de mettre en danger la vie de femmes pendant qu'ils sont en liberté sous caution au lieu de purger des peines en prison. Les conservateurs pensent que des mesures supplémentaires doivent être prises pour permettre de protéger les femmes contre la violence. Nous encourageons vivement le gouvernement à prendre des mesures sévères contre la criminalité afin de protéger le bien-être, la santé et les conditions de vie des femmes partout au Canada.

De plus, les conservateurs croient qu'il est urgent de prendre des mesures pour faire face à la montée alarmante des agressions contre les travailleurs de la santé. Selon la Fédération

² HESA, [Témoignages](#), 11 avril 2024, 1135 (M^{me} Linda MacDonald, cofondatrice, Persons Against Non-State Torture)

canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers, au Manitoba, 812 demandes d'indemnisation de travailleurs ont été acceptées en 2024 pour des infirmiers victimes d'agression et d'actes de violence, comparativement à 298 en 2015. En Colombie-Britannique, 507 demandes d'indemnisation liées à des actes de violence ont été acceptées en 2024 pour des employés, comparativement à 344 en 2016. Aucune personne ne devrait craindre la violence lorsqu'elle prodigue des soins.

C'est pourquoi les conservateurs appuient l'ajout au *Code criminel* de dispositions permettant d'exiger des tribunaux qu'ils considèrent les voies de fait contre un professionnel de la santé ou un premier répondant comme circonstance aggravante lors de la détermination de la peine.

L'incapacité de produire des résultats

Certains témoins se sont dits préoccupés du fait que le gouvernement libéral ne concrétise pas sa promesse liée à la santé des femmes, malgré plus de 10 ans au pouvoir. Par exemple, des représentants de Dense Breasts Canada ont déclaré qu'il n'avait pas tenu en temps opportun ses promesses électorales sur le plan de la santé des femmes. « Au cours de la campagne électorale, les libéraux s'étaient engagés à bonifier les lignes directrices, et après les élections ils ne l'ont pas fait », a déclaré M^{me} Jennie Dale au sujet des lignes directrices de dépistage du cancer du sein³.

Les conservateurs estiment que le gouvernement actuel continue de faire trop de promesses en matière de politiques qui visent à faciliter la santé des femmes partout au Canada et de ne pas les tenir. Nous le pressons donc de respecter ses promesses et d'en mesurer les résultats afin de contribuer à améliorer leur santé.

³ HESA, [Témoignages](#), 6 décembre 2023, 2005 (M^{me} Jennie Dale, cofondatrice et directrice exécutive de Dense Breasts Canada)

Rapport complémentaire: Étude sur la santé des femmes

Comité de la santé

Position du Bloc Québécois

Le Bloc Québécois souhaite réaffirmer son soutien aux recommandations visant à améliorer la santé des femmes au Canada, notamment en matière de recherche, de prévention, de sensibilisation et de dépistage. Plusieurs propositions du rapport rejoignent les préoccupations largement exprimées par les groupes de terrain et les spécialistes entendus au cours de l'étude, particulièrement dans les domaines de l'endométriose, des cancers gynécologiques, de la santé périnatale et de la santé mentale.

Cependant, le Bloc Québécois considère essentiel de rappeler que toute amélioration durable des services de santé pour les femmes doit passer par un renforcement structurel du financement en santé, et ce, dans le respect absolu des compétences du Québec et des provinces.

À cet égard, le Bloc estime que le financement en santé demeure insuffisant, et l'ajout de conditions ou de balises fédérales aux transferts ne peut qu'alourdir la mise en œuvre des solutions nécessaires sur le terrain.

Le Québec et les provinces sont les mieux placés pour déterminer leurs priorités de santé, organiser leurs réseaux de services, financer les programmes qui répondent aux besoins de leur population et adapter leurs interventions selon leurs réalités démographiques, sociales et territoriales. Québec, les provinces et les gouvernements autochtones connaissent leurs défis mieux que quiconque. Le fédéral doit jouer son rôle de soutien financier, non celui de planificateur central.

Ainsi, le Bloc Québécois recommande que le rapport final précise clairement que : Les transferts en santé doivent être augmentés de manière significative, récurrente et surtout sans conditions. C'est la seule manière de permettre aux provinces, et particulièrement au Québec, d'améliorer efficacement l'accès aux soins, de réduire les listes d'attente et de mettre en place des services adaptés aux femmes, notamment pour les enjeux d'endométriose, de dépistage, de santé mentale périnatale et de soutien aux victimes de violence sexuelle.

Bien que le fédéral puisse jouer un rôle utile dans le financement de la recherche et la diffusion de l'information, il ne doit pas se substituer aux instances responsables de la prestation des soins.

Le Bloc Québécois demeure donc attaché à l'idée qu'un véritable progrès en santé passe avant tout par :

- un respect total des compétences,
- des transferts accrus,

- et la liberté pour le Québec et les provinces d'utiliser ces ressources selon leurs priorités nationales.