



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

45^e LÉGISLATURE, 1^{re} SESSION

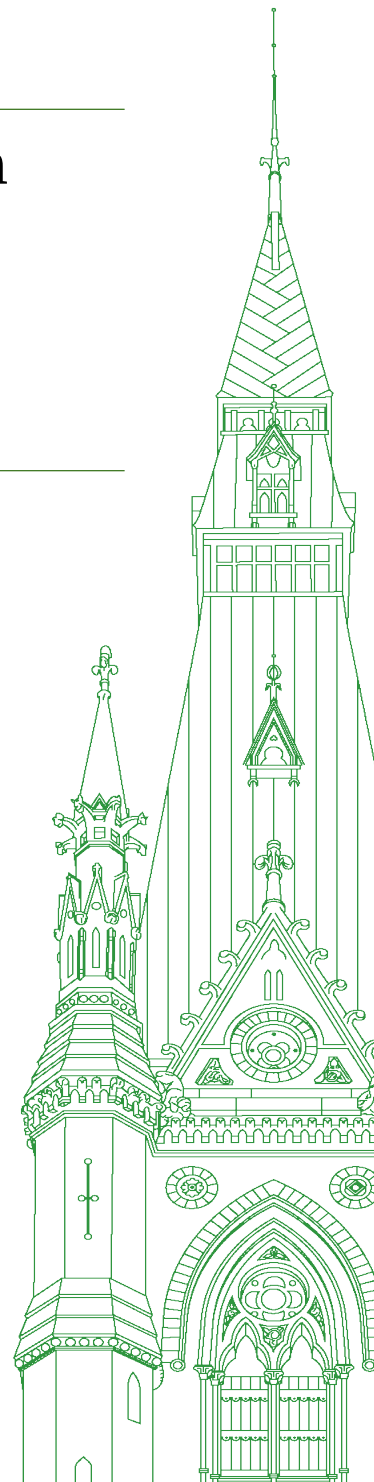
Comité permanent de la condition féminine

TÉMOIGNAGES

NUMÉRO 045

Le mardi 16 juin 2026

Présidente : Dominique Vien



Comité permanent de la condition féminine

Le mardi 16 juin 2026

• (1100)

[Français]

La présidente (Dominique Vien (Bellechasse—Les Etchamins—Lévis, PCC)): Je déclare la séance ouverte.

Je vous souhaite la bienvenue à la 45^e réunion du Comité permanent de la condition féminine. Conformément à l'article 108(2) du Règlement et à la motion adoptée par le Comité le mardi 27 janvier 2026, le Comité reprend l'étude des répercussions de la ménopause et de la périménopause sur le marché du travail.

La réunion d'aujourd'hui se déroule, comme d'habitude, en format hybride. Conformément au Règlement, les députés peuvent participer en personne ou encore au moyen de l'application Zoom. Pour garantir le bon déroulement de la réunion, j'aimerais transmettre certaines consignes aux témoins ainsi qu'à mes collègues députés.

Avant de prendre la parole, veuillez attendre que je vous nomme. Si vous participez à la réunion par vidéoconférence, vous devez appuyer sur l'icône du microphone pour activer votre micro.

Veuillez mettre votre micro en sourdine lorsque vous ne parlez pas. Si vous souhaitez prendre la parole, veuillez lever la main. Si vous utilisez l'application Zoom, vous devez activer la fonction « lever la main ».

En ce qui concerne l'interprétation, les personnes utilisant l'application Zoom doivent choisir, au bas de leur écran, entre le français, le français ou encore l'anglais. Les personnes qui sont dans la salle peuvent utiliser l'écouteur tout simplement et choisir le canal désiré. Je tiens à rappeler aux témoins que les membres du Comité peuvent poser leurs questions en français ou en anglais. Si vous avez besoin de l'interprétation, veuillez activer maintenant le mode préféré pour que nous puissions gagner du temps lors de nos délibérations.

Je vous rappelle que toutes les interventions des députés et des témoins doivent être adressées à la présidence, mais, comme je le dis toujours, pour ne pas briser le rythme des discussions entre les députés et les témoins, j'interviens très peu.

J'aimerais maintenant souhaiter la bienvenue aux témoins.

J'accueille avec beaucoup de plaisir la Dre Sylvie Demers, médecin de famille, à titre personnel.

Je suis aussi heureuse d'accueillir la Dre Shawna O'Hearn, directrice de la Menopause Society of Nova Scotia.

Bienvenue, tout le monde. Nous commencerons par les déclarations liminaires.

Docteure Demers, vous avez la parole pour cinq minutes.

Sylvie Demers (médecin de famille, à titre personnel): Merci, madame la présidente.

Je tiens d'abord à remercier le Comité permanent de la condition féminine de son invitation.

Je suis médecin de famille depuis 1998. Je suis également biologiste, et je détiens un doctorat de troisième cycle en médecine expérimentale. En janvier 2005, j'ai fondé une clinique ayant une expertise en hormonothérapie féminine, masculine et transgenre. Je suis probablement un des médecins canadiens ayant traité le plus grand nombre de femmes pour des enjeux reliés à la préménopause, la périménopause et la ménopause. Depuis 25 ans, je me bats pour que les femmes aient accès à une hormonothérapie sécuritaire et efficace, plus précisément, une hormonothérapie composée de l'estradiol 17-bêta transdermique et la progestérone, communément appelée l'hormonothérapie féminine bioidentique.

Je suis l'auteur de quatre livres, incluant des centaines d'articles scientifiques, et j'ai publié aux Éditions de l'Homme, dont le best-seller *Hormones au féminin: Repensez votre santé*. J'ai aussi analysé en détail les liens entre les hormones féminines et la vitamine D, le cholestérol, les maladies cardiovasculaires et le cancer du sein. J'ai agi en tant que médecin expert dans le célèbre documentaire *Loto-Méno*. *Loto-Méno* a permis de faire bénéficier les Québécoises depuis mai 2022 d'une couverture sans restriction de l'estradiol 17-bêta transdermique en gel, soit EstroGel, et la progestérone orale micronisée.

L'aspect qui m'a le plus marquée concernant les femmes en périménopause et en ménopause est la banalisation de leur souffrance. Pourtant, les signes et symptômes de la périménopause et la ménopause, dus en majeure partie à la carence en estradiol et en progestérone, touchent tous les systèmes. Ils ne se limitent pas aux bouffées de chaleur, affectant environ 80 % des femmes. Contrairement aux bouffées de chaleur, qui peuvent diminuer, voire cesser avec le temps, plusieurs conséquences d'un déficit en hormones féminines vont trop souvent s'aggraver: problèmes articulaires, musculaires, ostéoporoses, athérosclérose, infarctus du myocarde, palpitations cardiaques, altérations métaboliques, syndrome génito-urinaire, troubles du sommeil, fatigue, symptômes anxio-dépressifs, troubles digestifs, pour ne nommer que ceux-là.

L'absence de traitement se traduit chez beaucoup de femmes par des arrêts de travail dus à un épuisement ou des douleurs chroniques. La précarité économique devient alors le lot de plusieurs femmes. L'hormonothérapie féminine est reconnue comme le traitement le plus efficace. Elle peut être bioidentique ou non bioidentique.

Malheureusement, à cause d'une certaine confusion entre ces deux types d'hormonothérapie par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, la SOGC, l'accès à l'hormonothérapie demeure très limité. D'abord, les risques scientifiquement démontrés de l'hormonothérapie sont dus aux estrogènes oraux ou non bio-identiques et, surtout, à la progestine, et non à l'estradiol 17-bêta transdermique combiné à la progestérone, soit l'hormonothérapie dite bioidentique. Aussi, sauf exception, la SOGC déconseille de prescrire l'hormonothérapie dans un but uniquement préventif, privant plusieurs femmes d'une médecine préventive.

De plus, la période de préménopause, où les cycles menstruels sont encore réguliers, n'est pas reconnue. C'est pourtant une période cruciale pouvant durer plus d'une décennie au cours de laquelle les femmes commencent à être surdiagnostiquées, surmédicamentées, surpsychiatisées et mises en invalidité. Contrairement aux idées reçues, la ménopause ne dure pas seulement une journée. La période de préménopause, de périménopause et de ménopause couvre environ la moitié de l'espérance de vie des femmes.

Il faut savoir que l'hormonothérapie de type estradiol 17-bêta transdermique combiné à la progestérone est le seul type d'hormonothérapie pouvant être dosée, permettant d'en potentialiser les nombreux bienfaits et d'en minimiser les risques. Ma façon de traiter les femmes est de plus en plus reconnue par de nombreux collègues que j'ai formés et est fortement demandée, voire exigée, par les femmes. Mon expérience montre que, bien prescrit, l'hormonothérapie permet de garder les femmes en milieu de travail plus longtemps.

• (1105)

La présidente: Docteure Demers, le temps est malheureusement écoulé.

Vous aurez certainement l'occasion, avec les collègues, de terminer vos remarques liminaires.

Docteure O'Hearn, vous avez la parole.

[Traduction]

Vous avez la parole pour cinq minutes.

Shawna O'Hearn (directrice, Menopause Society of Nova Scotia): Merci, madame la présidente, et merci aux membres du Comité de me donner l'occasion de m'exprimer sur cet important sujet.

Aujourd'hui, mes propos en tant que cofondatrice et directrice de la Menopause Society of Nova Scotia vont porter à la fois sur la santé, sur l'éducation et sur le leadership en milieu de travail. Dans le cadre de son travail, notre organisme s'est attaché à sensibiliser le public, à organiser chaque année l'Atlantic Menopause Show et à militer auprès du gouvernement de la Nouvelle-Écosse pour la création d'un centre d'excellence dédié à la ménopause.

À l'université Dalhousie, nous avons fait progresser le leadership en milieu de travail grâce à des groupes de soutien, des conférences, des formations destinées au personnel, et en nous associant à l'initiative « Menopause Works Here » par l'intermédiaire de la Menopause Society of Nova Scotia.

Une grande partie de la discussion sur la ménopause s'est, à juste titre, concentrée sur l'aspect médical et les options thérapeutiques, ce qui reste essentiel. Cependant, la ménopause n'est pas uniquement vécue comme un problème clinique; elle comporte également des dimensions biosociales et culturelles qui influencent la manière

dont les personnes vivent les symptômes, recherchent du soutien et continuent à s'investir dans leur travail. C'est pourquoi une approche holistique est indispensable. Il faut prendre en compte toutes les voix, tous les types de travail et tous les travailleurs.

La ménopause ne touche pas uniquement les femmes exerçant une profession de bureau. Elle touche des femmes travaillant dans tous les secteurs, notamment la santé, l'éducation, les métiers et la fabrication, ainsi que celles qui travaillent par quarts, qui fournissent des soins, qui travaillent à temps partiel et qui occupent des emplois précaires. Des mesures véritablement inclusives doivent refléter cette diversité.

La ménopause est une étape naturelle de la vie, mais pour beaucoup de femmes, elle s'accompagne de symptômes qui ont des répercussions sur le travail. Pour certaines, l'impact est minime; pour d'autres, ce changement a une incidence sur l'assiduité, le rendement, la confiance en soi et l'avancement professionnel. La ménopause étant un sujet tabou dont on ne parle pas, de nombreuses employées préfèrent souffrir en silence plutôt que de demander de l'aide. Les solutions en milieu de travail peuvent être simples, efficaces et peu coûteuses. Les employeurs peuvent offrir une certaine souplesse pour les rendez-vous médicaux et améliorer l'accès aux espaces de repos. Ils peuvent enseigner aux gestionnaires à réagir avec respect et sans gêne. Ils peuvent procéder à un examen des politiques relatives aux congés de maladie, aux mesures d'accommodement et au travail par quarts, afin que la ménopause soit prise en compte dans la planification des ressources humaines. Lorsque les milieux de travail prennent en compte la ménopause, les femmes restent en meilleure santé, conservent leur emploi et demeurent productives. Des milieux de travail bienveillants contribuent à réduire le stress inutile et à maintenir en poste les employées qualifiées à une époque où les organisations peinent à recruter et à conserver du personnel expérimenté.

Ce n'est pas seulement une question de compassion. C'est aussi une question de maintien des effectifs, d'équité et de bonnes pratiques organisationnelles. Nous avons besoin d'une politique inclusive en matière de ménopause, tant dans son libellé que dans sa mise en œuvre, qui respecte les expériences des personnes trans, non binaires et intersexuées, et qui garantit que la voix des Autochtones, des personnes noires et des personnes racisées est au cœur de solutions fondées sur le respect de la culture. J'exhorte le Comité à recommander l'élaboration d'une stratégie nationale de recherche sur la ménopause. Cela est d'autant plus important que le financement au Canada de la recherche consacrée à la santé des femmes atteint seulement 7 %. Il subsiste d'importantes lacunes dans les données concernant la prévalence, l'impact sur le milieu de travail, les mesures d'accommodement, l'accès aux traitements et l'expérience des différentes populations. Une stratégie fédérale pourrait contribuer à combler ces lacunes et garantir que la ménopause soit étudiée sous l'angle de l'aspect médical, de l'emploi, de l'équité et des politiques sociales.

J'appelle le Canada à agir sur trois fronts: la sensibilisation du public, les mesures en milieu de travail et la recherche. Nous avons besoin d'un cadre national sur les milieux de travail adaptés à la ménopause et d'une stratégie de recherche coordonnée qui reflète le rôle du gouvernement fédéral dans la promotion de l'éducation, la mise en avant des données scientifiques, le développement des connaissances et le soutien à l'innovation. Ensemble, ces mesures permettraient de garantir que la ménopause soit considérée comme un enjeu de santé publique majeur ayant des répercussions sur la santé, le travail et la participation économique. Le Canada dispose de l'expertise et du leadership nécessaires pour réduire la stigmatisation liée à la ménopause dans les milieux de travail. Ce qui nous manque, ce sont les données scientifiques.

Le gouvernement fédéral est particulièrement bien placé pour prendre les devants en établissant des normes nationales, en finançant la recherche et en fournissant aux employeurs des outils et des conseils. Nous avons besoin d'une approche globale en ce qui a trait à la ménopause en milieu de travail. En passant à l'action, nous pouvons maintenant en poste les employées expérimentées, promouvoir l'équité et créer des milieux de travail où les femmes s'épanouissent, de leur entrée en fonction jusqu'à la retraite.

Je vous remercie beaucoup. Je serai ravie de discuter avec vous et de répondre à vos questions.

• (1110)

[Français]

La présidente: Je vous remercie toutes les deux de nous avoir présenté vos déclarations d'ouverture et de nous avoir fait part de vos réflexions.

Nous allons commencer la période de questions avec les députés, plus précisément avec notre collègue Mme Goodridge.

Madame Goodridge, vous avez la parole pour six minutes.

Laila Goodridge (Fort McMurray—Cold Lake, PCC): Merci, madame la présidente.

Je remercie les témoins d'être ici aujourd'hui.

Docteure Demers, je vais commencer par vous.

Si une personne présentant des symptômes de périménopause se rend à votre clinique, quels sont les gestes que vous posez en premier? Que faites-vous?

Sylvie Demers: Un médecin de famille doit toujours faire l'historique médical complet. Il faut regarder tous les aspects. Qu'on parle de la préménopause, de la périménopause ou de la ménopause, ça touche tous les systèmes.

Lorsqu'une femme a des douleurs musculaires, ce peut être d'origine hormonale, d'origine non hormonale ou mixte. Il faut d'abord faire un diagnostic différentiel. Si on en arrive à un diagnostic de périménopause, par exemple, le traitement que j'utilise est l'hormonothérapie féminine bio-identique. C'est aussi simple que ça.

Laila Goodridge: Si je comprends bien, au Québec, l'hormonothérapie de remplacement bio-identique est gratuite.

Sylvie Demers: Oui.

Laila Goodridge: Est-ce qu'il y a d'autres provinces du Canada qui ont une politique similaire?

Sylvie Demers: Je ne suis pas assez certaine pour répondre à votre question. Je pense que c'est le cas à certains endroits. Je ne suis pas la meilleure personne pour répondre à votre question.

Laila Goodridge: Je comprends.

Je sais que les gens qui choisissent la thérapie hormonale ont souvent des questions à propos de l'impact que ça pourrait avoir. Je pense au cancer du sein, par exemple.

Est-ce que la recherche démontre qu'il y a des répercussions?

Sylvie Demers: C'est la grande question. La question liée aux contre-indications est très importante. Comme je l'ai expliqué dans mon allocution, il y a beaucoup de contre-indications quant à l'hormonothérapie. Un de mes combats, c'est de dire qu'il y a aussi beaucoup de répercussions au fait de ne pas prendre d'hormones. Soit dit en passant, je ne me bats pas pour les femmes qui ne veulent pas prendre d'hormones. C'est leur choix, et je le respecte énormément. Je ne me bats pas pour les femmes qui veulent en prendre, mais pour celles à qui on refuse d'en prescrire.

Dans mon livre *Hormones au féminin: repensez votre santé*, je parle notamment du cancer du sein. Vous imaginez bien que, à la suite de la parution du livre, j'ai reçu beaucoup de femmes qui avaient eu un cancer du sein et à qui on refusait de prescrire des hormones. Personnellement, je le leur en prescrivais.

Mon combat, c'est beaucoup de défaire tous les mythes et tous les dogmes médicaux entourant les contre-indications liées à une hormonothérapie différente des hormones que nous produisons.

• (1115)

Laila Goodridge: Merci beaucoup.

[Traduction]

Docteure O'Hearn, comment cela se passerait-il pour une patiente en Nouvelle-Écosse si vous deviez lui prescrire, par exemple, un traitement hormonal substitutif?

Shawna O'Hearn: Je ne suis pas médecin. Je tiens à le souligner.

Laila Goodridge: Pardonnez-moi.

Shawna O'Hearn: La discussion serait très similaire à celle décrite par la Dre Demers. La patiente discuterait avec son médecin de famille en vue de trouver la solution la mieux adaptée à sa situation.

Laila Goodridge: Que révèle la recherche à propos des interactions? Comment les femmes s'y prennent-elles pour obtenir du soutien pendant la périménopause et la ménopause? Ce n'est pas un sujet dont on parle souvent dans la société.

Shawna O'Hearn: Je crois qu'il faut d'abord souligner que c'est un domaine qui, nous le savons, est peu étudié, peu documenté et peu discuté. Je suis une ergothérapeute, mais je pense que la Dre Demers pourra parler de l'expérience dans le milieu de la médecine familiale.

Les professionnels de la santé reçoivent une formation limitée sur la ménopause. Nous menons beaucoup d'études à ce sujet pour mieux comprendre le contenu enseigné, repérer les lacunes et trouver des moyens de les combler.

[Français]

Laila Goodridge: Docteure Demers, je sais que très peu de médecins de famille sont des femmes. Personnellement, je n'ai jamais eu de femme médecin.

Pensez-vous que, en tant que femme, vous avez l'occasion d'offrir une différente perspective à cet égard et de promouvoir les bénéfices du traitement pour la périménopause et la ménopause?

Sylvie Demers: Je pense qu'il y a énormément de femmes médecins au Québec. D'ailleurs, elles sont très largement majoritaires dans les nouvelles cohortes québécoises. Personnellement, j'enseigne à énormément de femmes qui veulent devenir médecins de famille ou infirmières praticiennes. Ce qui se passe actuellement au Québec est vraiment assez incroyable.

Je dois dire que c'est la même chose à l'échelle mondiale, pas seulement au Royaume-Uni. Nous l'avons vu l'an passé, à une réunion du groupe d'experts du Secrétariat américain aux produits alimentaires et pharmaceutiques, ou FDA. Il y avait une dizaine d'experts en hormonothérapie provenant de différentes disciplines. Il pouvait s'agir de chirurgiens orthopédiques, d'internistes, de cardiologues, de gynécologues ou d'urologues. Ceux-ci disaient justement que la situation relevait davantage de dogmes médicaux que de données probantes. On a vraiment fait peur aux femmes en interprétant mal l'étude de la Women Health Initiative, ou WHI, qui est d'ailleurs une excellente étude.

Le problème, ce n'est pas l'étude, c'est qu'on l'a surinterprétée ou mal interprétée, ce qui a eu des conséquences désastreuses chez les femmes. On a assisté à une espèce de régression spectaculaire des droits des femmes.

La présidente: Merci, docteur Demers.

Madame Goodridge, je vous remercie de cet échange.

Docteur Demers, vous aurez certainement l'occasion de reparler de cette étude avec la prochaine députée qui prendra la parole ou avec une autre députée.

Madame Tesser Derksen, vous avez la parole pour six minutes.

[Traduction]

Kristina Tesser Derksen (Milton-Est—Halton Hills-Sud, Lib.): Merci beaucoup, madame la présidente.

Je remercie beaucoup les témoins d'être des nôtres aujourd'hui.

Je siège à ce comité depuis relativement peu de temps et, en tant que femme d'un certain âge, je suis très heureuse que nous parlions de cette question. Je me souviens de la ménopause de ma mère et du désarroi que suscitaient les symptômes et les changements que nous observions chez elle. Étant infirmière, elle en subissait les effets non seulement dans sa vie familiale, mais aussi dans sa vie professionnelle. Je me réjouis donc que nous ayons cette discussion.

Ma première question s'adresse à Mme O'Hearn. J'aimerais parler un peu de ce qui se passe dans le milieu de travail. Permettez-moi de citer une statistique de la Fondation canadienne de la ménopause: 67 % des travailleuses n'osent pas parler de leurs symptômes de ménopause à leur supérieur, même si 32 % affirment que ces symptômes ont eu des répercussions négatives sur leur rendement au travail.

La semaine dernière, nous avons entendu le témoignage d'une cadre qui nous a parlé de son expérience de la ménopause dans le milieu des grandes entreprises. Son témoignage m'a amenée à me questionner sur la culture organisationnelle et sur ce qui se passe concrètement dans les milieux de travail. Je ne parle pas tant des politiques — puisqu'un employeur peut très bien instaurer toutes les politiques nécessaires —, mais plutôt de la culture organisation-

nelle qui façonne les réactions des gestionnaires et le degré d'aisance des employées à aborder ces questions avec leur supérieur.

Dans cette optique, j'aimerais que vous nous parliez un peu de ce que vos recherches et votre expérience révèlent sur la culture organisationnelle en milieu de travail.

• (1120)

Shawna O'Hearn: Merci beaucoup.

C'est une question très importante, qui touche à certains aspects essentiels du milieu de travail.

Les données issues de mes propres recherches vont dans le même sens. J'ai examiné la situation dans différentes professions du secteur de la santé, et les constats sont très semblables. L'un des éléments les plus importants concerne la formation. Si nous voulons créer des milieux de travail adaptés à la ménopause, nous devons offrir la formation nécessaire à nos gestionnaires. Ce sont eux qui sont en première ligne et qui reçoivent toute l'information. Nous devons leur faciliter la tâche.

Pour reprendre l'exemple que j'ai mentionné dans ma déclaration préliminaire, à l'Université Dalhousie, certaines initiatives de formation sont déjà en cours. Cela dit, cette formation ne devrait pas s'adresser uniquement aux femmes; elle doit être offerte à l'ensemble du personnel, y compris aux hommes et aux jeunes employés. Il nous faut des alliés en milieu de travail, aux côtés des personnes qui vivent cette transition. La formation est donc essentielle.

Il faut aussi mettre en place des réseaux de soutien. Les données probantes montrent à quel point les groupes de soutien sont importants en milieu de travail pour que les personnes ne se sentent pas seules. On éprouve un sentiment de légitimité quand on peut faire part de son vécu. C'est ce que j'entends sans cesse de la part des participantes à notre groupe de soutien et à ceux que j'ai dirigés à l'échelle nationale. Pouvoir parler de son expérience est primordial.

Le troisième point — et nous pourrions y revenir plus tard — concerne les régimes d'avantages sociaux. Les données probantes révèlent que, dans beaucoup de milieux de travail, un employé sur quatre n'est pas au courant des avantages sociaux mis à sa disposition. Si on ne connaît pas les avantages sociaux auxquels on a droit, comment peut-on s'en prévaloir? Même chez les personnes qui savent qu'elles bénéficient d'une couverture, les ressources offertes en matière de ménopause restent souvent méconnues. Pour en revenir à la formation, les gestionnaires doivent être formés non seulement sur la ménopause, mais aussi sur les mesures de soutien en milieu de travail, afin de cerner les lacunes et de faire valoir les améliorations nécessaires.

Kristina Tesser Derksen: Merci.

Étant donné que certaines de ces initiatives relèvent davantage de la compétence provinciale, pouvez-vous nous parler de votre expérience régionale à l'échelle du Canada? Avez-vous observé des différences d'une province à l'autre, d'une région à l'autre, ou entre les régions urbaines et rurales?

Shawna O'Hearn: Des travaux sont en cours à l'échelle provinciale. De nombreuses administrations cherchent à mieux comprendre cette question, à amorcer le dialogue et à lutter contre le silence et la stigmatisation entourant la ménopause en milieu de travail. On commence donc à ouvrir la discussion et à créer des conditions propices aux échanges.

Bon nombre des administrations reconnaissent qu'il n'existe pas de solution unique. Il faudra adopter une approche à plusieurs volets, ce qui demande du temps. Cette démarche devra être élaborée en collaboration avec les employés. Il est vraiment important d'ouvrir le dialogue et de mettre en place les ressources nécessaires.

Enfin, il y a aussi le leadership en milieu de travail. Bien souvent, les personnes qui assument ce rôle le font à titre bénévole. Qui sont ces bénévoles? Ce sont généralement des femmes. Cette responsabilité devient alors une forme de travail invisible au sein de l'organisation. Il ne suffit donc pas de lancer la discussion; il faut aussi reconnaître et mettre en valeur la contribution des personnes qui mènent ces initiatives, tout en leur offrant le soutien nécessaire, afin que cela ne devienne pas une charge de travail supplémentaire pour les employés, en particulier les femmes.

Kristina Tesser Derksen: Merci.

Vous avez également mentionné à plusieurs reprises, tout comme la Dre Demers, le manque d'information permettant d'éclaircir les politiques et les pratiques exemplaires. Il s'agit vraiment d'une question de collecte de données et de la façon dont nous les interprétons. En effet, les données constituent le point de départ: elles permettent de repérer les problèmes et d'en évaluer les effets sur les personnes. Est-ce exact?

Pourriez-vous nous dire où en est la collecte de données à l'échelle nationale? L'une ou l'autre d'entre vous peut répondre à cette question.

Docteure Demers, voulez-vous commencer?

• (1125)

[Français]

Sylvie Demers: En fait, c'est peut-être un peu bizarre ce que je vais dire, mais je trouve qu'il y a quand même pas mal de données. C'est juste qu'il faut les chercher.

La présidente: Excusez-moi, madame Demers, ça tombe toujours sur vous. Le temps de parole est écoulé. Ne vous sentez pas visée.

Madame Larouche, vous avez la parole pour six minutes.

Andréanne Larouche (Shefford, BQ): Merci, madame la présidente.

Je voulais vous poser d'autres questions.

D'abord, je remercie beaucoup Mmes Demers et O'Hearn d'être avec nous aujourd'hui.

Je vais commencer par vous, madame Demers.

Madame Demers, c'est intéressant de vous entendre dire ça, parce que nous avons l'impression qu'on manque de données. En fait, c'est ce que nous entendons dire parfois.

Vous dites que le problème n'est pas là. Selon vous, on a des données, mais il faut les chercher.

Je vous laisserais compléter votre réponse.

Où peut-on trouver les données?

Sylvie Demers: En fait, quand j'ai écrit sur les hormones au féminin, je pensais qu'il n'y avait pas beaucoup de données. J'ai été surprise de constater que beaucoup de chercheurs sont dans l'ombre. Je parle du point de vue des médecins, et non de données financières, entre autres choses. Je parle sur le plan médical.

C'est sûr que c'est mon point de vue. Je trouve qu'il y a beaucoup de données. C'est pour cette raison que j'ai écrit quatre livres. Il y a des centaines de références scientifiques. Avant de réinventer la roue, il faut regarder ce que les chercheurs ont observé depuis des dizaines d'années. Il y a quand même beaucoup de choses. On part donc de ça et on va plus loin. Je suis surprise de constater qu'il y en a quand même beaucoup.

Évidemment, je pense qu'un des points très importants, c'est de changer un peu la façon de voir la préménopause, la péri-ménopause et la ménopause. Il faut regarder cela sous un autre angle, parce que ça touche tous les systèmes.

Ça prend donc une façon d'investir. Je trouve qu'il faut investir beaucoup en première ligne, c'est-à-dire les médecins de famille et les infirmières praticiennes, que ce soit par des investissements en recherche ou selon ce qui se passe. Souvent, ça a été fait de façon un peu disparate, mais, quand on met tout ensemble, je pense qu'on a un point de vue très différent.

Andréanne Larouche: D'accord.

Selon ce que je comprends, vous dites que ce n'est pas le manque de données qui pose un problème, c'est d'essayer de rassembler tout ça, d'avoir un meilleur...

Sylvie Demers: On s'entend pour dire que c'est toujours agréable d'avoir plus de données. Je trouve qu'il y en a déjà beaucoup du côté médical, peut-être pas du point de vue...

Andréanne Larouche: Pourriez-vous me dire où le bât blesse? Est-ce dû à un manque d'information?

Sylvie Demers: Je vais vous donner mon point de vue en fonction de ma paire de lunettes.

Je dirais qu'il y a trois principales raisons. La première est en lien avec le fonctionnement de la médecine. Quand on fait des recommandations, on travaille de façon très isolée.

On a beaucoup regroupé les problèmes de santé des femmes en gynécologie et en obstétrique, ce qui était tout à fait justifié parce qu'on pensait que les hormones féminines étaient liées seulement à la reproduction. Les recommandations seront donc majoritairement faites, mais pas exclusivement, par des obstétriciens-gynécologues. Ils sont excellents. Le problème n'est pas là. Ils sont essentiels, et ils doivent faire partie, si on veut, de la discussion.

Cependant, il n'y a pas le point de vue selon lequel il faut intégrer les connaissances. Le problème, c'est l'intégration des connaissances. Il faut les intégrer, parce que beaucoup de chercheurs se sont penchés sur les hormones féminines, soit des cardiologues, des neurologues, des psychiatres, des médecins de famille ou des urologues.

Bien sûr, il y a de la place pour la recherche afin d'améliorer les soins en hormonothérapie. Toutefois, je pense aussi que le travail devrait être fait en tenant en compte de ce qui se fait en première ligne. Quand on a un problème, comme une tendinite de l'épaule, qui est lié à la préménopause, à la péri-ménopause ou à la ménopause, on va voir son médecin de famille. Or, il ne saura pas si cela est lié à un problème hormonal. Si on souffre d'ostéoporose ou de dépression, qui va-t-on voir? Son médecin de famille.

Il faut une expertise en médecine de première ligne, parce que ce sont les médecins qui reçoivent les femmes, dans l'ensemble. Il faut aussi qu'ils s'allient avec tous les professionnels. Pour l'avoir fait, je peux vous dire que nous avons ainsi beaucoup moins besoin de consultations en spécialité médicale. Les spécialistes adorent ça, parce qu'ils ont devant eux des problèmes purs, et non pas des problèmes dus aux hormones. Quand le problème est dû aux hormones, ils ne le savent pas trop.

Je vais vous donner un exemple, mais je pourrais vous en donner plusieurs.

Les patientes qui sont en préménopause ont souvent des palpitations cardiaques. On ne sait pas si c'est dû au manque de progestérone. On ne le sait pas. On ne l'apprend pas. On ne l'envoie pas en gynécologie, mais plutôt en cardiologie. Le cardiologue fait un examen approfondi, mais il conclut qu'il s'agit de palpitations bénignes. On ne sait pas trop quoi faire avec ça.

C'est comme ça pour énormément de femmes ayant des problèmes de santé et qui arrivent à la préménopause, alors que les cycles sont encore réguliers. Le gros du problème est là, d'après moi. En tout cas, c'est ce que j'ai vu. Ça m'a sauté en plein visage. C'est facile et simple.

• (1130)

Andréanne Larouche: D'accord.

Je retiens que, si nous avons une recommandation à retenir, elle concernerait l'intégration des connaissances.

Sylvie Demers: Il s'agirait d'intégrer les connaissances actuelles, et non pas de refaire la roue. Il y a un paquet d'articles scientifiques qui existent. Or, la recherche est toujours appropriée, évidemment.

Andréanne Larouche: C'est parfait.

J'entends beaucoup dire qu'il faut passer par ce qui se fait en première ligne.

Sylvie Demers: Il le faut. C'est obligatoire, sinon on ne s'en sort pas. Je le répète, on ne s'en sort pas.

Andréanne Larouche: Il me reste moins d'une minute, alors je vais poursuivre rapidement.

On parle d'intégrer les connaissances, mais aussi de faire connaître la situation et de démystifier certains mythes. Vous avez dit avoir collaboré au documentaire *Loto-Méno*. Mon médecin de famille est une femme, mais, auparavant, c'était un homme. Il était très ouvert aux questions liées à la santé féminine. Nous sommes des précurseurs, au Québec, notamment grâce au documentaire *Loto-Méno*.

Qu'est-ce qui a changé?

Sylvie Demers: On sait maintenant que les hormones féminines jouent un rôle dans tous les systèmes. On apprend toujours aux femmes à voir le côté sombre de la féminité, mais il y a un côté tellement lumineux. Ces hormones jouent un rôle dans tous les systèmes, et c'est pour cette raison que ça va si mal quand quelque chose commence à se dérégler. Nous sommes complexes, nous les femmes.

La présidente: Merci, madame Demers.

Madame Roberts, vous avez la parole pour cinq minutes.

[Traduction]

Anna Roberts (King—Vaughan, PCC): Merci, madame la présidente.

Je remercie les témoins de leur présence.

Docteure Demers, vous avez parlé de la nécessité de faire l'historique médical complet. Des recherches ont-elles été menées sur les interactions avec d'autres médicaments? Par exemple, si une femme prend déjà un médicament donné, sait-on si celui-ci peut avoir un effet positif ou négatif sur l'hormonothérapie, ou inversement? Je pense notamment aux anticoagulants: on recommande aux personnes qui en prennent d'éviter certains fruits, comme les ananas, parce qu'ils peuvent contrecarrer l'effet du médicament.

Y a-t-il des preuves ou des études à ce sujet?

[Français]

Sylvie Demers: En fait, personnellement, j'utilise des cahiers d'observation. Pendant plusieurs années, j'ai noté les médicaments que les femmes prenaient, leur dosage et les conséquences. C'est ainsi que j'en suis venue à établir une liste de médicaments et d'interactions ainsi que des conséquences sur l'efficacité et le dosage. Je suis une personne qui mesure les choses.

Quand on enseigne aux médecins, aux infirmières praticiennes, aux infirmières cliniciennes ou aux pharmaciens, on leur apprend comment prescrire l'hormonothérapie avec art et science. Il faut tenir compte de ce que les patientes prennent comme médicaments, évidemment.

Mon obsession, si j'ose le dire ainsi, c'est d'offrir aux femmes l'hormonothérapie la plus sécuritaire et la plus efficace possible. Tout interagit avec les médicaments, que ce soit nos habitudes de vie ou la manière de prendre les hormones, entre autres choses.

C'est complexe, mais ça doit rester l'objectif du médecin. Il faut que les médecins soient formés. Ce n'est pas si compliqué que ça, mais il y a quand même des précautions à prendre. Par exemple, pour une personne à qui on a prescrit des hormones thyroïdiennes ou pour une personne souffrant de diabète de type 1, il faut tenir compte de tout. C'est le rôle des médecins de famille et des infirmières praticiennes d'avoir une vue globale et d'intégrer les connaissances. Le corps humain est complexe.

[Traduction]

Anna Roberts: À votre avis, les femmes médecins sont-elles mieux placées que leurs collègues masculins pour traiter cette question, ou est-ce plutôt l'inverse?

[Français]

Sylvie Demers: Actuellement, notre formation est assurément très teintée par l'approche patriarcale. On apprend aux étudiants que, les hormones féminines, ça donne du trouble et le cancer. C'est encore un peu la manière de voir les choses. On parle toujours négativement des hormones.

Pour ma part, j'essaie de faire changer les choses, parce qu'il y a toujours deux côtés à une médaille. Les hormones féminines, ce ne sont pas des hormones qui donnent ou qui nourrissent le cancer; ce sont des bonnes hormones.

On a tout mélangé, et il y a de la confusion. Les stéréotypes sont encore très sexistes. On est encore très patriarcal. La testostérone, je la prescris aux hommes, aux femmes transgenres, aux hommes transgenres et aux femmes biologiques. Je suis donc bien placée pour voir les préjugés des gens. C'est tellement évident que ça saute en plein au visage.

Il faut changer la perception selon laquelle les femmes sont mal faites — pauvres femmes. Ce n'est pas vrai. Il y a beaucoup d'avantages à être une femme. Quand on est en ménopause et qu'on ne va pas bien, c'est parce qu'on perd ses bonnes hormones. On peut traiter ça facilement en donnant le bon dosage d'hormones. En général, les femmes se portent bien par la suite.

• (1135)

[Traduction]

Anna Roberts: Je sais que les connaissances dans ce domaine ont évolué. Je me souviens d'être allée voir mon médecin lorsque j'étais en ménopause. À l'époque, on nous disait qu'une femme qui commençait l'hormonothérapie devait la poursuivre indéfiniment. Je crois comprendre que ce n'est plus le cas. Aujourd'hui, on recommande une durée de cinq ans. Est-ce exact?

[Français]

Sylvie Demers: Ce sont des mythes, des dogmes. Quand on a fixé la période de cinq ou dix ans, on ne s'est pas du tout basé sur la science. Maintenant, ça a beaucoup changé.

Au Québec, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux s'est aussi penché là-dessus. Il a produit un rapport en octobre 2024. Il n'y a plus d'âge pour prendre des hormones. C'est vraiment le choix des femmes. L'Institut n'avait pas comme mandat de se prononcer sur le côté préventif de l'hormonothérapie, mais il va peut-être le faire dans l'avenir. Il s'était penché sur la manière de soulager les symptômes, et il s'était limité à certains aspects. Cela dit, il n'y a plus d'âge pour prendre des hormones.

Je serai brève, mais, ce qui est intéressant, c'est qu'il y a deux points extrêmement positifs. L'Institut reconnaît que l'hormonothérapie que je privilégie depuis 25 ans, soit l'estradiol 17β transdermique associé à de la progestérone micronisée, c'est le traitement de premier choix. Ça fait longtemps que c'est reconnu à Toronto, dans les protocoles pour les femmes transgenres. Ce l'était en 2019. Ça s'en vient pour les femmes. Il reconnaît aussi que...

La présidente: Madame Demers, il y a beaucoup de choses à dire à ce sujet, il n'y a pas de doute là-dessus. Je vous demande de nous faire parvenir par écrit le deuxième élément dont vous vouliez nous parler. Peut-être qu'une autre de mes collègues vous le demandera.

Madame Nathan, vous avez la parole pour cinq minutes.

[Traduction]

Juanita Nathan (Pickering—Brooklin, Lib.): Merci, madame la présidente.

Ma première question s'adresse à la Dre Demers.

Les témoignages que nous avons entendus montrent que la ménopause n'est pas simplement une question de santé. Nous en avons longuement parlé. C'est aussi une question de travail, de sécurité économique et d'égalité entre les sexes. De nombreuses femmes ont raconté avoir passé des années à tenter de comprendre des symptômes qui touchaient tous les aspects de leur vie, y compris leur capacité à travailler. Certaines ont dit avoir réduit leurs heures de tra-

vail, renoncé à des occasions professionnelles ou carrément quitté leur emploi avant d'obtenir le soutien nécessaire, parce qu'elles ne comprenaient pas ce qui leur arrivait.

D'après votre expérience clinique, en quoi les lacunes sur le plan du diagnostic de la ménopause, de l'accès aux traitements et de la formation des médecins nuisent-elles à la capacité des femmes de rester sur le marché du travail? Quelles réformes du système de santé permettraient le plus d'améliorer tant la santé que la sécurité économique des femmes?

[Français]

Sylvie Demers: En fait, c'est très simple. On trouve la cause, puis on la traite.

Prenons l'exemple des hommes qui sont traités pour l'andropause. Je vais juste vous illustrer l'espèce de disparité qui existe. Les hommes vont souvent avoir une diminution du taux de testostérone, de l'ordre du double ou du triple, et c'est à ce moment-là qu'on va les traiter. C'est une indication de traitement. Il n'y a pas de limite de temps. Ils peuvent commencer à n'importe quel âge, et ils peuvent continuer le traitement toute leur vie. C'est leur décision. On va faire le dosage des hormones bio-identiques.

Dans le cas des femmes, ça devient bien compliqué. On en discute, puis on en discute de nouveau pour déterminer s'il est pertinent de les traiter. Chez les femmes, cependant, ce n'est pas une diminution du double ou du triple de leur taux hormonal, c'est de l'ordre de 20 fois moins. Les conséquences sont donc beaucoup plus sévères chez les femmes que chez les hommes. De la même façon que chez les hommes, on peut donner aux femmes leurs propres hormones, des hormones bio-identiques, et les doser. C'est très simple. C'est juste trop simple. C'est ce qu'il faut comprendre.

Je suis contente, parce qu'en 2025, une belle étude du Royaume-Uni reposait sur la même approche, avec très peu de différences. C'est quelque chose que je ne connaissais pas. Je pense que c'est un groupe de médecins de première ligne qui a publié un article dans la revue *Menopause* à ce sujet. Ils arrivent à des résultats semblables aux miens. Ils arrivent à peu près aux mêmes conclusions. On sait qu'en science, sur le plan de la validité, tout part de l'observation. Il faut que les résultats soient reproductibles. Ça fait longtemps que je fais de la formation. J'ai formé des centaines de médecins et des centaines d'infirmières praticiennes. On le voit. C'est facile à traiter.

D'ailleurs, en ce qui concerne les femmes transgenres, les recommandations qu'on a reçues sont simples. On prescrit toujours de l'estradiol 17β aux femmes transgenres. Ça fait longtemps qu'on le fait. On ne prescrirait jamais d'estrogènes conjugués. Selon le protocole qui est en place à Toronto actuellement, on dit à toutes les femmes transgenres de plus de 40 ans qu'on va leur donner de l'estradiol par timbre transdermique, parce que c'est plus sécuritaire. Ici, on s'obstine encore.

De plus, s'il y a des facteurs de risque cardiovasculaire chez une femme de moins de 40 ans, on lui donne des doses par voie transdermique. On va établir le dosage. On établit le dosage chez les femmes transgenres. On établit le dosage chez les hommes transgenres. On établit le dosage chez les hommes, mais, lorsqu'il s'agit des femmes, tout à coup, ça devient bien compliqué. Pourquoi?

• (1140)

[Traduction]

Juanita Nathan: Merci.

Vous formez actuellement d'autres médecins et, en tant que femme, vous pouvez enrichir cet enseignement d'une perspective qui vous est propre.

[Français]

Sylvie Demers: Je peux leur apporter beaucoup de points de vue.

[Traduction]

Juanita Nathan: Normalement, les médecins reçoivent-ils tous une formation sur ce sujet dans le cadre de leurs études?

[Français]

Sylvie Demers: Non.

[Traduction]

Juanita Nathan: De nombreux médecins sont des hommes, y compris le mien. Je sais que certaines de mes collègues ont déjà posé la question. Ce sujet est-il réellement enseigné, ou est-ce qu'on y consacre seulement un cours avant de passer à autre chose? Comment l'enseigne-t-on concrètement?

[Français]

Sylvie Demers: En juillet 2002, on a vu arriver l'étude de la Women's Health Initiative. Je me souviens de tout. J'étais à mon bureau, et je prescrivais de l'estradiol 17β par voie transdermique et de la progestérone depuis un an déjà, sur la base de données probantes. Beaucoup de chercheurs trouvaient qu'on ne prescrivait pas le bon type d'hormonothérapie aux femmes. Donc, ce n'est rien de nouveau. On trouvait même que c'était plus sécuritaire.

Quand est arrivée cette étude, tout a vraiment cessé du jour au lendemain. Tout à coup, la peur s'est installée. Il n'y avait plus d'évolution. C'était une perte de mémoire collective. Vraiment, ce qu'on savait, on ne le savait plus. C'est ça qui est arrivé, et on recommence...

La présidente: Merci, docteure Demers.

Vous aurez probablement l'occasion d'en dire un peu plus sur cette étude plus tard.

Madame Roberts, vous avez la parole pour cinq minutes.

[Traduction]

Anna Roberts: Merci.

[Français]

La présidente: Pardonnez-moi, madame Roberts, ce n'est pas votre tour. Je suis désolée.

Madame Larouche, vous avez la parole pour deux minutes et demie. Comment ai-je pu vous oublier?

Andréanne Larouche: Ça va, madame la présidente.

Je vous remercie encore, mesdames, d'être avec nous aujourd'hui.

Madame Demers, vous avez parlé d'une étude réalisée au Royaume-Uni.

Existe-t-il d'autres études ailleurs?

Y a-t-il d'autres endroits dans le monde que nous pourrions garder en tête, d'autres études qui pourraient nous inspirer, ici?

Sylvie Demers: Des études sur les hormones bio-identiques, il y en a beaucoup.

Je suis une pionnière du dosage sérique d'estradiol et de progestérone. Je fais ça depuis janvier 2005. J'ai été mon propre profes-

seur. Il n'y avait rien là-dessus. On disait toujours que, le dosage d'hormones féminines, ça ne donnait rien. Je suis allée voir la littérature, j'ai vérifié les revues, et il n'y avait rien là-dessus.

Il y avait quand même beaucoup de petites recherches. Par exemple, en cardiologie, on observait que, lorsque les femmes d'âge moyen avaient un dosage donné en périménopause, elles commençaient à souffrir d'hypo-œstrogénie et d'ostéoporose.

On a fait de petites études sur l'hypertension artérielle, sur la dépression, et ainsi de suite. On a aussi fait quand même beaucoup d'études sur l'ostéoporose, notamment en ce qui concerne les facteurs protecteurs. Quand on met tout ça ensemble, maintenant, plusieurs médecins partout dans le monde dosent l'hormonothérapie.

L'étude dont je parlais, c'était une grosse étude qui a paru au Royaume-Uni et qui arrivait à peu près aux mêmes conclusions que les miennes.

Andréanne Larouche: Nous avons beaucoup parlé de la question de la santé.

Il ne me reste qu'un peu plus d'une minute, alors je vais procéder rapidement.

La question s'adresse aux deux témoins, parce que vous avez toutes les deux abordé la question des conséquences économiques dans le milieu du travail. J'aimerais donc revenir là-dessus. Veuillez répondre en 30 secondes chacune.

Quelles mesures pourrions-nous suggérer?

Devrions-nous ajouter quelque chose de particulier, comme une réforme de l'assurance-emploi?

Devrions-nous nous assurer que les femmes ont un soutien, de la formation en milieu de travail?

Que devons-nous faire pour limiter les répercussions sur le plan économique?

Madame O'Hearn, vous pouvez commencer.

[Traduction]

Shawna O'Hearn: C'est une question importante. Je dirais que la formation en milieu de travail constitue assurément un point de départ essentiel, et les données probantes montrent...

[Français]

La présidente: Excusez-moi de vous interrompre, madame O'Hearn.

Il n'y a pas d'interprétation.

C'est réglé, vous pouvez continuer, madame O'Hearn.

[Traduction]

Shawna O'Hearn: La formation en milieu de travail est essentielle, tout comme les groupes de soutien en milieu de travail dont j'ai parlé.

L'Australie et le Royaume-Uni sont deux pays où d'excellents travaux de recherche ont été menés sur les répercussions de la ménopause sur le marché du travail. Je vous ferai parvenir certaines de ces études. Ces pays ont pris une longueur d'avance dans la réflexion sur la ménopause en milieu de travail, grâce à des mesures législatives et à des programmes ciblés.

• (1145)

[Français]

La présidente: Merci beaucoup, madame O'Hearn.

Madame Roberts, vous avez la parole.

[Traduction]

Anna Roberts: Merci, madame la présidente.

Je sais que la ménopause comporte de nombreux symptômes: bouffées de chaleur, sueurs nocturnes, frissons, insomnie. Mentionnons aussi le brouillard mental, la prise de poids, les douleurs articulaires et musculaires ainsi que l'amincissement des cheveux. L'hormonothérapie pourrait-elle contribuer à prévenir certains de ces maux?

[Français]

Sylvie Demers: En fait, l'hormonothérapie, même si je la précise, n'est pas une solution magique. Il reste quand même des symptômes qui, je pense, sont attribuables à d'autres facteurs. Je fais des hypothèses. Cependant, pour de nombreuses femmes, elle va prévenir effectivement beaucoup de problèmes.

D'ailleurs, il faut parler des douleurs articulaires et des douleurs musculaires. Maintenant, c'est officiel. Il y a un syndrome musculosquelettique qui est lié à la périménopause et à la ménopause. Il y a eu des études à ce sujet. On sait que ça arrive bien avant la ménopause. On parle présentement de périménopause, mais, en fait, on devrait parler aussi de préménopause. Je le vois lorsque les femmes ont encore des cycles menstruels réguliers. Typiquement, parmi les symptômes musculosquelettiques, il y a la tendinite de l'épaule.

Il peut donc y avoir des aspects préventifs liés à l'hormonothérapie. Ce n'est pas parfait, parce qu'il y a quand même des altérations, des changements qui vont rester. Cependant, si on le reconnaît et qu'on travaille dès le départ avec ce qui me semble — selon les données — être le meilleur type d'hormonothérapie qu'on peut prescrire aux femmes, en faisant un dosage pour chacune, on peut tenter d'améliorer le tout.

Effectivement, il y a des aspects préventifs pour les femmes qui commencent le traitement de façon précoce. Plus on commence de façon précoce, plus c'est préventif.

[Traduction]

Anna Roberts: Si une femme doit subir une hystérectomie parce qu'elle souffre d'endométriose ou d'un autre problème de santé, cette intervention risque-t-elle de provoquer une ménopause précoce?

[Français]

Sylvie Demers: Cette question a fait l'objet de débats parmi les obstétriciens-gynécologues pendant des années et, maintenant, ceux-ci disent que cela a effectivement tendance à précipiter la ménopause de quelques années. Cependant, c'est sûr que c'est encore du cas par cas. Mentionnons, par exemple, le cas des fumeuses.

Pour répondre à votre question, ça pourrait effectivement mener à une ménopause précoce, parce qu'il y a quand même un peu moins de vascularisation dans les ovaires une fois l'utérus enlevé. Par contre, encore là, c'est du cas par cas.

[Traduction]

Anna Roberts: Nous avons parlé de douleurs musculaires, et cela me fait rire un peu. J'ai pratiqué des sports toute ma vie, parfois dans des équipes mixtes, parce que je ne craignais pas le jeu ro-

buste. L'autre jour, mon fils m'a dit: « Tu sais, les femmes ne sont pas aussi fortes que les hommes et, en vieillissant, elles perdent encore plus de force. » Eh bien, croyez-le ou non, je lui ai donné tort. Je lui ai demandé d'aller chercher son gant de baseball. Nous sommes sortis jouer, et il en est ressorti la main toute rouge. Je n'avais donc pas perdu toute ma force musculaire. Suis-je moins rapide qu'avant? Oui. Ai-je perdu de la force? Pas tant que cela. Suis-je un peu moins forte qu'avant? C'est probable.

Si l'on m'avait proposé des traitements hormonaux, cela aurait-il pu m'aider?

[Français]

Sylvie Demers: Oui, cela aurait pu vous aider. C'est sûr que l'hygiène de vie est importante. Je dis toujours que, la base de la médecine préventive, c'est un bilan hormonal équilibré et de bonnes habitudes de vie. La prise d'hormones n'est assurément pas une solution magique. Plus jeunes, nous avions toutes nos hormones et nous pouvions quand même avoir des problèmes de santé. Nous pouvions être fatiguées. C'est sûr que d'adopter de bonnes habitudes de vie, ça reste important toute notre vie.

Effectivement, c'est aussi une question de qualité. On sait maintenant que les estrogènes et la progestérone — ici, on ne parle pas de la testostérone — jouent un rôle dans toutes les structures musculosquelettiques, que ce soit l'os, le muscle, l'articulation ou le tendon. Donc, ça joue un rôle partout dans l'organisme, en fait.

[Traduction]

Anna Roberts: Est-il également important que les médecins, hommes ou femmes, comprennent l'importance de ces traitements? J'entends parfois des commentaires du genre: « Ah, elle est en ménopause » ou « Ah, elle est de mauvaise humeur à cause de la ménopause ». Je ne suis pas convaincue que ce soit toujours aussi simple. Bien d'autres facteurs peuvent influencer l'état d'esprit d'une personne. Devons-nous sensibiliser davantage les médecins, en particulier les médecins de famille, pour qu'ils comprennent les bienfaits de l'hormonothérapie? Pour être tout à fait honnête, je n'ai jamais entendu parler de ses effets positifs. Ce que j'apprends aujourd'hui me paraît donc très encourageant. Serait-il utile d'y sensibiliser les médecins dès leurs études?

[Français]

Sylvie Demers: Je dirais qu'au Québec, c'est en train de se faire. De plus en plus de médecins sont formés et, personnellement, j'en forme tous les mois. Il y a vraiment un mouvement dans ce sens. Ces médecins et infirmières praticiennes donnent aussi des formations. Il y a vraiment un mouvement qui s'installe.

Je dirais qu'au Québec, il y a une révolution en cours, et c'est probablement également le cas au Royaume-Uni. Ça se passe actuellement. Ce n'est pas pour rien que vous faites une étude. Les femmes expriment des insatisfactions qu'elles n'exprimaient pas auparavant.

• (1150)

La présidente: Merci beaucoup, madame Demers.

Madame Ménard, vous avez la parole.

Marie-Gabrielle Ménard (Hochelaga—Rosemont-Est, Lib.): Merci beaucoup, madame la présidente.

Mesdames Demers et O'Hearn, je vous remercie d'être parmi nous. Comme vous le voyez, nous sommes pendus à vos lèvres. Vous avez un public très intéressé.

Madame O'Hearn, je vais commencer par vous. Je pense qu'on doit brosser un portrait un peu sombre de la progression professionnelle des femmes dans les divers milieux de travail. Lorsqu'elles sont dans la vingtaine, alors qu'elles sortent de l'école, certains employeurs sont réticents à leur confier certains postes, pensant déjà que celles qui en ont envie vont prendre congé sous peu pour fonder une famille. Ils se disent qu'elles s'absenteront peut-être un peu plus que d'autres qui se trouvent dans la trentaine ou la quarantaine. La famille conditionne parfois ça. Dans la quarantaine et la cinquantaine, la progression est incertaine; la ménopause les guette.

Je pense que, encore en 2026, nos milieux de travail sont minés par des préjugés sexistes. Dans vos recommandations, vous avez beaucoup parlé de sensibiliser les milieux de travail.

Pourriez-vous nous donner des exemples de meilleures pratiques, pour que ça ne reste pas un peu théorique?

Qu'est-ce qui pourrait être efficace?

Lorsqu'on parle de périménopause et de ménopause, c'est banalisé ou ridiculisé. Je vous épargne les blagues douteuses servies de façon très décomplexée à certaines femmes. Il y a quelque chose qui me heurte dans cette façon de faire.

Que pourriez-vous nous recommander, aujourd'hui?

[Traduction]

Shawna O'Hearn: Je vous remercie de cette question. Elle est importante.

Vous avez raison. L'âgisme sexiste demeure bien présent dans nos milieux de travail, et il refait surface dans les discussions sur la ménopause.

J'aimerais également souligner qu'il faut éviter de réduire cette question à une responsabilité individuelle. Il s'agit avant tout d'un enjeu qui concerne les milieux de travail. Je trouve formidable que le Comité s'intéresse aux répercussions de la ménopause dans ce contexte afin que les personnes concernées n'aient pas à composer seules avec cette réalité.

Pour ce qui est des exemples concrets d'initiatives, j'ai mentionné les groupes de soutien et le rôle de leadership que peut jouer une personne en rassemblant celles et ceux qui souhaitent prendre part à ces discussions. Il peut s'agir d'alliés, mais aussi de membres du personnel qui sont en ménopause. Les discussions pourraient porter sur plusieurs des thèmes abordés aujourd'hui, notamment l'adoption de bonnes habitudes de vie ou l'importance de connaître son équipe de soins de santé.

Nous avons beaucoup parlé aujourd'hui des médecins et des infirmières praticiennes, mais il ne faut pas oublier les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les diététistes, les nutritionnistes et les professionnels de la santé mentale. Il est important que les employées sachent vers qui se tourner et connaissent leurs avantages sociaux, comme je l'ai mentionné plus tôt. Il faut savoir ce qui est couvert et ce qui ne l'est pas afin d'éviter la création d'un système à deux vitesses. Si je peux me permettre de payer un service alors que d'autres ne le peuvent pas, ce n'est pas juste non plus. Je pense qu'il s'agit là d'éléments importants dans nos milieux de travail.

Il est également essentiel que nous nous demandions qui est laissé pour compte dans ces conversations. Comme je l'ai dit tout à l'heure, les discussions portent souvent sur les professionnelles qui travaillent dans des bureaux, mais nous n'examinons pas la situa-

tion des personnes qui occupent des emplois précaires, qui ne bénéficient pas d'avantages sociaux, qui n'ont pas accès à des mesures de soutien ou qui sont propriétaires de petites entreprises. Comment notre pays soutient-il l'ensemble des travailleuses? Je reconnais que mes observations sont plus générales que concrètes, mais je veux simplement souligner que les données disponibles portent principalement sur les personnes qui évoluent dans des milieux de travail très structurés. Ce faisant, nous oublions celles qui se trouvent en marge de ces structures.

[Français]

Marie-Gabrielle Ménard: Merci beaucoup. C'est éclairant.

Docteure Demers, je cite vos propos d'il y a quelques minutes: « Je me bats pour une hormonothérapie sécuritaire. » Je veux simplement vérifier quelque chose.

Est-ce que ça sous-entend qu'il y a de l'hormonothérapie inefficace ou non sécuritaire en ce moment, au pays? Pouvez-vous préciser ce que vous voulez dire?

Sylvie Demers: On sait que, par exemple, si on prend des estrogènes par voie orale ou des estrogènes non bio-identiques, ça va faire augmenter le risque de formation de caillots sanguins. Donc, il y a des risques, et beaucoup de gens y sont exposés. Quand on parle de caillots sanguins, ça peut comprendre des thrombophlébites, des embolies pulmonaires, des accidents vasculaires cérébraux, ou AVC, entre autres choses. Donc, il est important que ce soit de l'estradiol. Il faut que ce soit bio-identique et administré par voie transdermique pour éviter le risque de caillots.

Quand on parle de la progestérone et des progestines, c'est tout un monde. Les progestines sont responsables de la grande majorité des risques démontrés quant à l'hormonothérapie. Il est donc extrêmement important de donner de la progestérone. Tout s'explique sur le plan moléculaire, si on veut.

Alors, il faut offrir une hormonothérapie sécuritaire, et ce n'est pas un hasard si nos propres hormones sont les plus sécuritaires. Elles sont identiques sur le plan chimique.

● (1155)

Marie-Gabrielle Ménard: Il nous reste quelques petites secondes de temps de parole, si jamais vous voulez nous en dire davantage.

Je suis désolée, on me dit que c'est terminé. C'est cruel.

La présidente: Madame O'Hearn, docteure Demers, merci beaucoup. Franchement, c'était tellement intéressant. Nous aurions pu passer le restant de l'après-midi avec vous. C'est très frustrant pour moi, parce que j'ai plein de questions que je ne vous pose pas.

Mesdames, nous restons ici. Nous attendons notre deuxième groupe de témoins.

Je remercie encore les deux témoins.

Je suspends la réunion pour quelques minutes.

● (1155)

(Pause)

● (1200)

La présidente: Nous sommes de retour pour notre deuxième heure.

Avant de commencer, j'aimerais transmettre certaines consignes aux témoins et aux députés.

Avant de prendre la parole, les participants doivent attendre que je les nomme.

Ceux qui participent à la réunion par vidéoconférence doivent cliquer sur l'icône du microphone pour l'activer. Ils doivent veiller à mettre leur microphone en mode sourdine lorsqu'ils ne l'utilisent pas.

Si des participants souhaitent prendre la parole, ils doivent lever la main. Ceux qui utilisent l'application Zoom doivent utiliser la fonction « Lever la main ».

Pour ce qui est de l'interprétation, les participants qui utilisent l'application Zoom ont le choix, au bas de leur écran, entre le parqué, l'anglais ou le français. Les participants qui sont dans la salle peuvent utiliser l'écouteur et choisir le canal désiré.

Je tiens à rappeler aux témoins que les membres du Comité peuvent poser leurs questions en français ou en anglais. S'ils ont besoin de l'interprétation, je les prie de prendre un moment maintenant pour ajuster leur oreillette.

Je rappelle que toutes les interventions des députés et des témoins doivent être adressées à la présidence, mais, comme je ne veux pas briser le rythme, je n'interviens que très peu, sinon pour mettre fin à la conversation.

J'aimerais maintenant souhaiter la bienvenue aux témoins.

Du Réseau d'action des femmes handicapées du Canada, nous recevons Evelyn Huntjens, directrice, Initiatives autochtones.

De la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, nous recevons la Dre Anne-Patricia Prévost.

Du Réseau québécois d'action pour la santé des femmes, nous recevons Élise Brunot, directrice.

Je crois savoir que Mme Brunot a des problèmes d'ordre technique. Nous allons tout simplement commencer par les autres invités, puis nous passerons à Mme Brunot.

[Traduction]

Bienvenue. Nous allons commencer par les déclarations préliminaires.

Madame Huntjens, la parole est à vous pour cinq minutes.

● (1205)

Evelyn Huntjens (directrice, Initiatives autochtones, Réseau d'action des femmes handicapées du Canada): Madame la présidente et distinguées membres du Comité, je vous remercie d'avoir invité le Réseau d'action des femmes handicapées du Canada, ou RAFHC, à contribuer à cette importante étude.

Je m'appelle Evelyn Huntjens, et je suis directrice des initiatives autochtones au sein du RAFHC. J'occupe également un poste interfonctionnel auprès d'Indigenous Disability Canada. Je suis heureuse de prendre la parole aujourd'hui pour aborder la question sous l'angle de la justice pour les personnes handicapées, de l'inclusion des Autochtones, de l'accessibilité, de l'équité entre les sexes et des droits de la personne.

La ménopause et la périménopause sont souvent considérées comme des questions de santé privées; pourtant, les données montrent de plus en plus qu'il s'agit aussi de questions liées à la main-d'œuvre, à l'accessibilité en milieu de travail, à l'équité en matière de santé et aux droits de la personne.

Partout au Canada, les femmes de tous horizons — en particulier les femmes autochtones, sourdes, racisées et handicapées —, ainsi que les personnes bispirituelles et de diverses identités de genre nous disent que la ménopause demeure entourée de préjugés, mal comprise et insuffisamment soutenue dans les milieux de travail, les systèmes de santé et les politiques publiques.

Des symptômes comme la fatigue, les troubles du sommeil, l'anxiété, la douleur chronique, les sensibilités sensorielles, les changements cognitifs, les troubles de la mémoire et les problèmes de concentration peuvent avoir des répercussions importantes sur la participation au marché du travail et aux activités de la vie quotidienne. Bien que la ménopause constitue une transition naturelle de la vie, ses effets peuvent être invalidants sur le plan fonctionnel. Bon nombre des symptômes fluctuent dans le temps et s'apparentent fortement aux obstacles associés aux handicaps épisodiques et invisibles, mais la ménopause est rarement reconnue dans les mesures d'adaptation aux handicaps ou dans les politiques d'accessibilité en milieu de travail. Cela représente une lacune importante sur le plan des politiques.

Selon Statistique Canada, environ 30 % des femmes au Canada vivent avec un handicap. Beaucoup d'entre elles doivent déjà composer avec des maladies chroniques, des douleurs, de la fatigue, des contraintes de mobilité, des sensibilités sensorielles, des responsabilités de proche aidance et des obstacles systémiques avant même l'apparition des symptômes de la ménopause.

Des travaux de recherche menés récemment au Canada montrent que la ménopause peut exacerber des handicaps et des affections chroniques qui existent déjà. Les recherches menées par Spinal Cord Injury BC ont révélé que, chez les femmes vivant avec une lésion médullaire, la ménopause amplifie souvent des problèmes de santé déjà présents, notamment la douleur, la fatigue, les troubles cognitifs, les risques cardiovasculaires, la perte osseuse et le dysfonctionnement de la vessie. Fait important, les participantes ont signalé que les symptômes de la ménopause étaient souvent mal compris, banalisés ou attribués exclusivement à leur handicap. Ainsi, nombre d'entre elles peinent à obtenir les soins, les mesures d'adaptation en milieu de travail et le soutien dont elles ont besoin.

Malgré le nombre croissant de Canadiennes qui vieillissent avec un handicap, la ménopause et les handicaps demeurent des sujets largement sous-étudiés et négligés dans les politiques de santé, la planification des milieux de travail et le financement de la recherche.

Les répercussions sur la population active sont considérables. Selon une recherche de la Fondation canadienne de la ménopause, la ménopause coûte environ 3,5 milliards de dollars par année à l'économie canadienne et contribue à environ 540 000 jours de travail perdus chaque année. Un tiers des travailleuses déclarent que la ménopause a des conséquences négatives sur leur rendement au travail. Près de la moitié se disent trop gênées de demander de l'aide ou des mesures d'adaptation. Les deux tiers affirment ne pas oser en parler à leur supérieur.

Il est important de souligner que la ménopause survient souvent à une période de la vie professionnelle où les revenus, les responsabilités de leadership et les possibilités d'avancement devraient être à leur apogée. De nombreuses personnes qui traversent cette étape doivent jongler avec des responsabilités importantes tant au travail qu'à la maison. Lorsque les milieux de travail n'offrent pas le soutien nécessaire, le Canada risque de perdre des travailleuses chevronnées, des dirigeantes, des mentores et des personnes qui détiennent des connaissances institutionnelles.

Ces constats révèlent un silence culturel généralisé entourant la ménopause. Comme l'a fait valoir l'experte en ménopause, la Dre Jen Gunter, la banalisation de la souffrance et les préjugés sexistes persistants dans le domaine de la médecine expliquent en partie pourquoi la ménopause demeure un sujet peu étudié, peu reconnu et insuffisamment pris en compte, malgré ses effets considérables sur la qualité de vie et la participation au marché du travail.

• (1210)

Des études indiquent également que la culture d'entreprise elle-même peut constituer un obstacle. De nombreuses entreprises continuent d'exercer leurs activités...

[Français]

La présidente: Merci beaucoup. Cinq minutes, ça passe très vite.

Nous accueillons maintenant Mme Élise Brunot, directrice du Réseau québécois d'action pour la santé des femmes.

Je pense que le problème lié à la technologie est maintenant réglé. Vous avez donc la parole pour cinq minutes, madame Brunot.

Élise Brunot (directrice, Réseau québécois d'action pour la santé des femmes): Merci, madame la présidente.

Je prends la parole aujourd'hui pour parler d'un sujet que l'on évite encore trop souvent ici, comme dans la plupart des milieux de travail au Canada, soit la périménopause et la ménopause.

Permettez-moi d'être directe. La ménopause n'est pas une maladie. Ce n'est pas une faiblesse non plus. Des millions de femmes et de personnes de la diversité de genre vivent les menstruations, la périménopause et la ménopause, qui sont des étapes normales de leur vie, et notre façon collective de l'ignorer au travail dit quelque chose de très révélateur sur les valeurs qui structurent encore notre monde professionnel.

La première chose à dire, c'est que nous devons faire face à un problème systémique, et non individuel. Depuis des décennies, la recherche en gestion et en psychologie du travail a largement ignoré les réalités corporelles des femmes. Le sommeil, la fatigue, le stress chronique sont reconnus comme des facteurs influençant la performance au travail. Or, le corps des femmes, qui sont menstruées, qui traversent la périménopause, qui vivent la ménopause, est resté absent de ces analyses.

Cela est le reflet d'un monde du travail historiquement construit autour d'une norme de disponibilité continue qui correspond davantage à l'expérience masculine telle qu'elle a été traditionnellement définie, en tout cas. Quand on mesure la « performance » à l'aune de cette norme, les femmes évidemment dévient. Ce n'est pas le corps des femmes qui pose un problème, c'est la norme.

Le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes rappelle que ces réalités — les menstruations, la grossesse, la périméno-

pause et la ménopause — sont systématiquement traitées comme des obstacles individuels, alors qu'elles sont des enjeux collectifs de conditions de travail. Tant que nous ne changerons pas ce regard, nous continuerons à perdre des femmes compétentes et expérimentées.

La deuxième chose à dire, c'est que le silence coûte très cher, en dignité d'abord. Des 2 millions de travailleuses canadiennes âgées de 45 à 55 ans, la vaste majorité traverse la périménopause ou la ménopause. Beaucoup vivent cette période dans le silence et la honte. Selon les données de la Fondation canadienne de la ménopause, deux femmes sur trois n'osent pas en parler à leur supérieur. La moitié se sent gênée de demander un accommodement.

Pourquoi ce silence? Notre culture associe encore la ménopause à l'âgisme et à la dévalorisation. Les femmes craignent d'être perçues comme fragiles ou moins compétentes si elles nomment leur réalité. Le modèle du « travailleur idéal » — toujours disponible, toujours performant, « sans corps » — s'applique encore de façon implacable aux femmes qui aspirent à un poste de direction.

Ce silence a des conséquences réelles: honte, présentéisme, désengagement progressif, départs prématurés. Il représente surtout une atteinte quotidienne à la dignité de millions de femmes.

Ce dont nous avons besoin, c'est de la prévention, de l'écoute et des aménagements. L'approche que je défends au nom du Réseau québécois d'action pour la santé des femmes, ou RQASF, est celle que l'organisme porte depuis des décennies: une approche globale, féministe et intersectionnelle de la santé. Cela signifie concrètement trois choses.

Premièrement, il ne faut pas pathologiser. La périménopause et la ménopause ne sont pas des maladies à traiter. Ce sont des processus biologiques normaux, vécus de façon très diverse selon les personnes concernées, selon leur contexte de vie, selon leurs conditions de travail. Il faut d'abord les reconnaître comme tels, normaux et légitimes, avant de chercher à les gérer.

Deuxièmement, il faut écouter les femmes. Elles savent ce dont elles ont besoin. Elles ne demandent pas grand-chose, finalement. Elles veulent pouvoir parler de ce qu'elles vivent sans jugement, disposer de flexibilité, travailler dans un environnement physique adapté. Ce que les sondages révèlent sans ambiguïté, c'est que plus de 9 femmes sur 10 sont favorables à des aménagements et que les employeurs qui y répondent fidélisent leurs équipes et renforcent leur culture organisationnelle.

Troisièmement, il faut agir structurellement. Ce n'est pas aux femmes de s'adapter en silence. Ce sont les milieux de travail qui doivent s'adapter à la réalité de la moitié de la population. Des mesures simples existent: actions de prévention et de sensibilisation pour l'ensemble des employés, politiques de flexibilité, accès à des espaces de repos, formation des gestionnaires à l'écoute active et à la communication non stigmatisante, accès gratuit aux produits menstruels qui sont très utiles en période de périménopause, congés santé, couverture d'assurance collective adéquate.

Le point de vigilance doit toujours être de s'assurer que les mesures adoptées ne créent pas une nouvelle couche de plafond de verre ou de nouveaux freins à l'embauche.

À titre de plus grand employeur au Canada, le gouvernement fédéral a une responsabilité et une occasion uniques.

Il peut reconnaître officiellement la périménopause et la ménopause comme des réalités de santé au travail, au même titre que d'autres enjeux de santé reconnus dans le Code canadien du travail.

Il peut former les gestionnaires de la fonction publique fédérale à une approche empathique, non stigmatisante, pour créer des environnements sécuritaires, où les femmes peuvent parler de leur réalité sans crainte.

Il peut déplacer la responsabilité du silence de l'individu vers l'organisation, en faisant de l'inclusion menstruelle et hormonale une responsabilité de l'employeur, pas un fardeau personnel de chaque femme.

Enfin, il peut investir dans la prévention et la recherche, notamment sur les conditions de travail qui aggravent ou atténuent les manifestations liées à la ménopause.

Pour conclure, je dirai que, changer la norme du travail pour qu'elle inclue la réalité du corps des femmes et des personnes de la diversité de genre concernées par les cycles naturels de leur corps, ce n'est pas demander un privilège. C'est exiger l'égalité réelle.

• (1215)

Je ne parle pas de l'égalité formelle qui traite tout le monde de la même façon. Je parle de l'égalité réelle qui reconnaît que les femmes ont des corps, des réalités, et que ces réalités méritent d'être prises en compte, sans honte, sans tabou et sans avoir à choisir entre leur santé et leur carrière.

Je vous remercie.

La présidente: Merci beaucoup, madame Brunot. De toute évidence, tout fonctionne très bien de votre côté sur le plan de la technologie.

Docteure Anne-Patricia Prévost, vous avez la parole pour cinq minutes pour faire vos remarques préliminaires.

Anne-Patricia Prévost (médecin, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec): Merci, madame la présidente.

Bonjour, tout le monde. C'est un plaisir d'être ici.

Je m'appelle Anne-Patricia Prévost. Je suis médecin de famille. Je suis membre du conseil d'administration de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. Je travaille dans un milieu d'enseignement lié à l'Université de Sherbrooke. Je suis ici aujourd'hui pour vous offrir une perspective enracinée dans la réalité clinique des femmes que nous accompagnons, comme médecins de famille.

Comme Mme Brunot l'a mentionné, la périménopause ou la ménopause ne sont pas des maladies. Ce sont des phases normales de la vie des femmes, comme d'autres transitions de la vie telles que la grossesse et le vieillissement. Certaines femmes vont vivre des symptômes qui sont suffisamment importants pour nuire à leur fonctionnement, y compris au travail.

En tant que médecins de famille, nous devons éviter deux écueils. Banaliser des symptômes lorsqu'ils deviennent incapacitants ou, à l'inverse, médicaliser systématiquement une transition normale de la vie. Ce sont donc nos deux défis. Sur le terrain, l'expérience est très variable. Certaines femmes vont traverser cette phase avec peu de répercussions et d'autres vont avoir des symptômes qui vont perturber leur sommeil, leur cognition, leur humeur et leur capacité fonctionnelle. Donc, c'est très hétérogène.

Les femmes qui consultent un médecin le font surtout parce qu'elles ont des symptômes comme des troubles du sommeil, du brouillard mental, des fluctuations d'humeur, des douleurs articulaires, des sueurs nocturnes et des bouffées de chaleur. Notre devoir, c'est de bien mesurer l'impact et de chercher les causes possibles de ces symptômes, parce qu'il y en a plusieurs. Compte tenu de ces symptômes, il y a des diagnostics différentiels à faire.

C'est également de notre devoir de pouvoir, d'abord et avant tout, promouvoir auprès de ces femmes de saines habitudes de vie et d'offrir des soins suffisants et pertinents. Je pense à une patiente qui croyait faire un épuisement professionnel, car elle avait des troubles importants du sommeil. Finalement, c'était lié à sa périménopause. D'un autre côté, j'avais une autre patiente qui, à cause de symptômes de sueurs nocturnes et de brouillard mental, pensait que c'était lié à sa ménopause. Or, elle faisait de l'apnée du sommeil. Donc, c'est très important d'avoir une approche globale pour bien différencier les différentes maladies liées aux symptômes.

Aussi, on remarque qu'il y a une très grande variabilité des connaissances cliniques. Il y a beaucoup de sous-diagnostic, de surdiagnostic et de méconnaissance des symptômes. Il y a de la confusion dans les médias, il y a des mythes, il y a de fausses croyances qui sont fréquentes. Il faut se méfier de la désinformation, de la commercialisation excessive de certaines approches et de la multiplication des tests ou des traitements qui n'ont pas de bénéfice démontré. À l'inverse, il faut aussi éviter que les femmes qui ont des symptômes importants n'aient pas d'accès à des traitements efficaces, lorsque c'est indiqué.

Je vais maintenant parler de l'impact de ça en lien avec le travail. Les symptômes liés à la ménopause ou à la périménopause peuvent nuire au fonctionnement du quotidien. C'est bien réel. Toutefois, ces répercussions sont souvent invisibles, banalisées ou non reconnues. De petites ou grandes adaptations peuvent être faites. Un meilleur accès aux soins peut aussi avoir un effet positif pour le maintien de l'emploi. En tant que médecins, c'est notre rôle de soutenir les capacités fonctionnelles de ces femmes, y compris leur participation au travail, quand la transition devient difficile.

Je serais par contre prudente par rapport aux messages qui laissent entendre que les femmes en périménopause ou en ménopause sont moins capables de travailler ou moins productives. La plupart poursuivent leur vie professionnelle avec succès. Il faut plutôt éviter que celles qui vivent des symptômes importants se trouvent sans soutien, sans traitement ou incomprises.

Pour ce faire, j'ai un plan concret à vous proposer. Il se déploie en trois actions: mieux informer, mieux soutenir et mieux soigner.

Premièrement, on devrait améliorer l'éducation du public, des employeurs et des gestionnaires pour normaliser la conversation sans stigmatiser.

Deuxièmement, on devrait favoriser des accommodements simples, flexibles et peu coûteux en milieu de travail.

Finalement, on devrait améliorer la formation des professionnels et l'accès rapide à des soins pertinents et de qualité basés sur des données probantes.

Si vous aviez à retenir une seule phrase, aujourd'hui, ce serait de normaliser sans banaliser et de soutenir sans médicaliser à outrance. Il y a des femmes qui traversent cette transition avec succès. Quant à celles qui vivent des symptômes importants, elles ne devraient jamais être invisibles, ni incomprises, ni laissées sans soutien.

Je vous remercie beaucoup de votre écoute.

• (1220)

La présidente: Voilà, c'est dit, madame Prévost.

Nous allons maintenant entreprendre nos échanges.

Madame Cody, vous avez la parole pour six minutes.

[Traduction]

Connie Cody (Cambridge, PCC): Merci.

Par votre intermédiaire, madame la présidente, je tiens à remercier les témoins d'être venues aujourd'hui pour aborder un sujet qui a des répercussions sur les femmes dans le monde du travail et même pendant leur retraite, puisqu'une perte d'emploi pourrait réduire leurs revenus. C'est donc une très bonne chose que nous ayons cette discussion.

J'aimerais adresser mes premières questions à la Dre Prévost.

Certaines femmes préfèrent avoir recours à des produits de santé naturels, qui peuvent s'avérer coûteux par rapport aux médicaments. Que diriez-vous aux femmes qui privilégient ces produits, mais qui se retrouvent prises au piège d'un système où les choix en matière de santé deviennent un fardeau financier?

[Français]

Anne-Patricia Prévost: Je pense que, avant d'utiliser un produit, les femmes qui vivent des symptômes et qui n'en connaissent pas la cause doivent consulter un médecin pour avoir un diagnostic médical et éliminer les autres causes possibles.

[Traduction]

Connie Cody: D'accord, mais les honoraires des naturopathes ou des praticiens de médecine naturelle ne sont souvent pas pris en charge par les régimes d'assurance maladie. Que vous disent les femmes qui préfèrent s'adresser à des praticiens de médecine naturelle ou à des naturopathes quant à l'incidence que cela a sur leur capacité à se faire soigner? Où voyez-vous une possibilité de changement?

[Français]

Anne-Patricia Prévost: Mon opinion reste la même. Il faut consulter un médecin ou un professionnel de première ligne qui a les compétences médicales nécessaires pour déterminer la source du problème.

Selon moi, ce n'est pas l'idéal d'aller d'emblée vers les produits naturels sans nécessairement avoir un éclairage adéquat quant aux risques, aux bénéfices et aux effets escomptés. On doit parler à un professionnel de la santé.

[Traduction]

Connie Cody: Les femmes doivent souvent demander à consulter un spécialiste et attendre des mois, voire des années, avant de pouvoir bénéficier d'un traitement pour des problèmes de santé courants.

Pourquoi pensez-vous que les médecins de famille ne sont pas formés pour reconnaître la totalité des signes clés de la ménopause?

[Français]

Anne-Patricia Prévost: Je pense que les médecins spécialistes, les médecins de famille et les infirmiers praticiens spécialisés qui viennent dans nos milieux d'enseignement reçoivent une formation adéquate sur la ménopause. Nous utilisons les données probantes

qui sont à notre portée. Il y a des cours qui portent sur la ménopause. Moi-même, je donne un cours sur la ménopause dans mon unité d'enseignement. Je dirais que la formation est adéquate.

Cela dit, ce ne sont pas nécessairement tous les médecins qui maintiennent leurs compétences en ménopause par la suite. Il y a des médecins qui se spécialisent dans d'autres domaines, comme la santé musculosquelettique, la santé mentale ou la santé des femmes, par exemple.

À la base, il y a des objectifs clairs, qui sont définis par le Collège des médecins de famille du Canada, en lien avec les examens de médecine.

[Traduction]

Connie Cody: Merci.

J'aimerais maintenant interroger Mme Brunot.

Pensez-vous que nous disposons d'un nombre suffisant de médecins formés pour prendre en charge et soigner toutes les femmes de notre pays qui sont en période de ménopause? Cela entraîne-t-il un retard dans la prise en charge de ces personnes, un retard qui peut aboutir à des diagnostics erronés ou à des soins tardifs?

[Français]

Élise Brunot: J'aurais tendance à dire que la formation des professionnels de la santé comprend les menstruations et la ménopause. Il a pu y avoir des préjugés par le passé concernant la façon dont le corps des femmes a été perçu. Comme je l'ai dit tout à l'heure, on part de la pensée qu'il y a quelque chose de défaillant, alors qu'il faudrait changer de paradigme et privilégier l'accompagnement.

Nous sommes aujourd'hui sur le bon chemin, mais il faut du temps pour corriger ces idées préconçues et faire preuve d'une écoute ouverte et non stigmatisante lors de la recherche de solutions, lorsqu'on recherche les causes profondes d'un problème.

Toutes ces notions doivent être intégrées au parcours de formation des professionnels de la santé, afin de sortir de cette médicalisation unique et évidente. Comme l'a dit la Dre Prévost, il faut essayer de voir comment nous pouvons aussi sensibiliser les femmes au moyen de recommandations en lien avec les bonnes conditions de vie, entre autres choses.

Il s'agit donc d'une pratique à enrichir, que ce soit sur le plan des menstruations ou sur celui de la ménopause. Je le précise, parce que ce sont quand même deux phénomènes naturels très intimement liés.

• (1225)

[Traduction]

Connie Cody: Merci.

Disposez-vous de chiffres ou de statistiques concernant les femmes qui font l'objet d'un diagnostic erroné et qui sont traitées pour une affection qui n'est pas la leur pendant leur ménopause, ainsi que concernant le coût cumulatif que ces erreurs pourraient entraîner? Si ce n'est pas le cas, pourquoi?

[Français]

Élise Brunot: Non, nous n'avons jamais eu de financement pour mener des sondages.

Par contre, ce qui est sûr, c'est que nous sommes énormément interpellées par le grand public, par les groupes communautaires et par les entreprises pour sensibiliser les gens à la ménopause et donner des conseils. Nous faisons appel au gros bon sens pour que l'on nous écoute, que l'on échange sur le sujet et que l'on affaiblisse les tabous.

Ce que nous entendons dire sur le terrain — et je le précise, parce que nous menons vraiment des recherches et nous faisons remonter la parole du terrain —, c'est que, selon l'immense majorité des femmes, il y a un manque d'écoute. Ces faits sont appuyés par les sondages de la Fondation canadienne de la ménopause. Il y a une difficulté à parler ouvertement de ce que nous rencontrons, sans craindre que ce soit minimisé ou que les effets puissent être considérables sur la vie professionnelle, et même sur la vie privée.

Nous nous rendons compte que c'est très profond. Il y a une honte qui est très touchante à écouter. Il y a vraiment un point de vulnérabilité, et c'est toujours très émouvant, parce que nous nous disons que ça fait partie de notre vie de femme. Nous devrions être capables d'en parler tranquillement.

La présidente: Merci beaucoup, madame Brunot.

Madame Nguyen, vous avez la parole pour six minutes.

[Traduction]

Chi Nguyen (Spadina—Harbourfront, Lib.): Merci beaucoup.

Je vais commencer par poser des questions à Mme Huntjens.

Je vous remercie infiniment de vous être jointe à nous aujourd'hui. J'aimerais approfondir un peu ce sujet. Je me demande si nous disposons de données fiables concernant l'intersection entre les handicaps et la ménopause, s'il s'agit d'un domaine de recherche auquel nous devrions nous intéresser, et si vous pourriez nous donner votre point de vue à ce sujet.

Evelyn Huntjens: Les recherches sur l'intersection entre les handicaps et la ménopause sont insuffisantes, en particulier en ce qui a trait aux femmes autochtones et aux personnes bispirituelles. De nombreuses collectivités des Premières Nations ne disposent pas des données nécessaires pour étudier vraiment les soins holistiques et pour déterminer certains des obstacles auxquels leurs membres se heurtent lorsqu'ils tentent d'avoir accès à des soins de santé. Nous savons que les données montrent que ces obstacles constituent bel et bien un déterminant social de la santé, mais comment pouvons-nous surmonter ces obstacles?

Lorsque les collectivités n'ont même pas la capacité de répondre aux besoins en matière de soins de santé primaires — quand elles ont recours à des remplaçants, à des infirmiers itinérants, et que des relations avec des professionnels de la santé ne sont pas établies — et que vous entrez en périménopause puis en ménopause, c'est souvent un problème de santé qui va être négligé, car vous n'avez pas la relation requise avec votre médecin. Là encore, comme l'incompréhension règne, une souffrance silencieuse et invisible s'installe.

Chi Nguyen: Pourriez-vous nous parler un peu des pratiques culturelles, des adaptations ou des façons d'appréhender et de comprendre ce qu'est la ménopause au sein des collectivités autochtones? Il existe évidemment de nombreuses façons de la vivre, mais s'il y a des observations que vous aimeriez nous communiquer à ce sujet, cela nous serait très utile.

Evelyn Huntjens: Je pense que l'essentiel, pour les collectivités autochtones, réside dans une approche holistique. C'est une question de bien-être émotionnel, mental, physique et spirituel. Le pro-

blème ne se limite pas aux symptômes physiques, ni même au bien-être émotionnel. Il faut prendre en compte tous ces aspects dans leur ensemble et disposer de services de soutien au sein de la communauté pour pouvoir distinguer les problèmes et apporter les soins nécessaires.

• (1230)

Chi Nguyen: Merci, madame Huntjens.

Je vais maintenant poser une question à la Dre Prévost.

Vous avez brièvement évoqué les réseaux sociaux et toutes les informations qui y circulent. J'ai un certain âge, et mon fil d'actualité Instagram est donc entièrement consacré à la périménopause. J'ai l'impression que certaines d'entre nous reçoivent des conseils, des idées de traitement à suivre et des suggestions concernant les mesures qu'elles devraient prendre.

Comment pouvons-nous faire en sorte que les Canadiennes aient accès à des renseignements fiables et de qualité, surtout face au flot d'informations superflues et à la désinformation qui circulent? Que pouvons-nous faire pour contribuer à ce résultat?

[Français]

Anne-Patricia Prévost: Comme vous le dites, les mythes et la désinformation sont effectivement de gros problèmes. La prise de poids, l'excès de cortisol et les symptômes de périménopause sont des choses qui nous touchent beaucoup, donc tout le monde veut nous faire acheter des produits naturels.

À l'heure actuelle, il n'y a pas suffisamment de données probantes pour confirmer l'efficacité des produits naturels, à part quelques données positives sur le soja. Il faut donc se méfier.

Comment pouvons-nous faire? Est-ce qu'il faut structurer les médias sociaux? Est-ce qu'il faut les encadrer? Parfois, quelqu'un peut même dire être médecin, alors qu'il ne l'est pas. Donc, c'est très dangereux.

De plus, la femme qui vit ces symptômes est dans une position de vulnérabilité, elle a donc tendance aussi à se tourner vers ça. C'est pour ça qu'il faut avoir des soins qui sont accessibles. C'est pour répondre aux besoins des femmes.

[Traduction]

Chi Nguyen: Existe-t-il des modèles de groupes d'entraide qui fonctionnent bien en matière d'échange de renseignements utiles?

[Français]

Anne-Patricia Prévost: Je ne le sais pas, mais ça existe probablement. Il y a peut-être des forums sur la périménopause et la ménopause.

[Traduction]

Chi Nguyen: Merci beaucoup.

Mes dernières questions sont destinées à Mme Brunot.

J'aimerais discuter un peu plus longuement de votre approche féministe à l'égard de cet enjeu et savoir s'il existe des pratiques exemplaires dont vous pourriez nous parler. Y a-t-il des organisations féministes qui accomplissent ce travail de manière particulièrement efficace du point de vue des ressources humaines et dont nous devrions nous inspirer pour en tirer des enseignements et des idées utiles?

[Français]

Élise Brunot: Je ne le sais pas. Je ne dis pas qu'il n'y en a pas, mais pas à ma connaissance. Je pense que, ce qui peut démontrer ça, c'est justement l'attrait qu'il y a, aujourd'hui, pour le contenu de notre site sur la prise en charge des menstruations et de la ménopause par le milieu professionnel. C'est un nouveau contenu pour nous, au RQASF, depuis cette année. Nous l'avons mis en place en raison des nombreuses demandes que nous avons reçues et qui portent, par exemple, sur la façon d'aborder ces sujets en milieu de travail.

Nous faisons notre travail avec les ressources qui sont les nôtres. Je ne vous surprendrai pas en vous disant que nous ne sommes pas 20 personnes à travailler au RQASF. Nous essayons de répondre à la demande.

Pour résumer, à ma connaissance, il n'y a pas de tels organismes, mais le besoin est là. Évidemment, les très nombreuses demandes que reçoit le RQASF en témoignent.

[Traduction]

Chi Nguyen: Voici ma dernière question.

L'une de ces trois témoins propose-t-elle une approche stratégique universelle ou une solution à envisager comme recommandation à mettre en œuvre?

[Français]

La présidente: Je suis désolée, chère collègue. Votre temps de parole est écoulé.

Madame Larouche, vous avez la parole pour six minutes.

[Traduction]

Chi Nguyen: Vous pourriez nous faire part de cette approche ou de cette solution par écrit.

[Français]

Andréanne Larouche: Merci beaucoup, madame la présidente.

Je vous remercie, madame la députée. Je remercie également les témoins, soit mesdames Huntjens et Brunot ainsi que la Dre Prévost, d'être parmi nous. Je vous en suis reconnaissante.

D'entrée de jeu, j'avais dit à la première rencontre sur cette étude que celle-ci était beaucoup plus vaste que juste la question de la ménopause sur le plan de la santé. Comme on l'a dit, il y a des sujets qui caractérisent la santé des femmes, allant des menstruations jusqu'à la préménopause, la ménopause et la périménopause, en passant par la grossesse. On voit qu'à toutes les étapes de la vie, les femmes vivent certaines réalités. Lorsque le Comité permanent de la santé étudiait la santé féminine, qui comporte beaucoup d'aspects, il essayait de démystifier les choses en se demandant s'il y avait un manque d'études, un manque de données probantes ou un manque de connaissances.

Pourquoi a-t-on toujours l'impression qu'en ce qui concerne la santé des femmes, c'est plus difficile de trouver des solutions et de l'étudier scientifiquement? C'est ce qu'on entend dire. On ne parle pas de l'aspect économique. Il y a des préjugés, par exemple, concernant une adolescente qui manque des journées d'école et qui est stigmatisée, concernant une femme qui essaie d'avoir son premier emploi dans la vingtaine et à qui on demande directement si elle a l'intention d'avoir des enfants, concernant une femme qui, dans la trentaine ou la quarantaine, sera débordée par sa vie familiale ou concernant une femme de qui l'on pense, lors d'une em-

bauche, qu'elle subira aussi les conséquences de la périménopause ou de la ménopause dans la quarantaine ou la cinquantaine.

Cependant, vous l'avez dit, elle est souvent au sommet de sa carrière professionnelle. C'est là où, souvent, la femme a acquis toutes ses connaissances et pourrait réussir aussi à avoir un meilleur salaire pour préparer sa retraite.

Donc, cette étude est beaucoup plus vaste tant sur le plan de la santé que sur celui des finances. Encore là, il faut démystifier ce qui relève de l'administration de la santé. Les bureaux de médecins sont plutôt du ressort du Québec, tandis que la recherche et les médicaments relèvent du fédéral. Donc, c'est tout ça qu'il faut démêler.

Commençons par la question de la santé. Nous avons entendu dire, tout à l'heure, qu'il y aurait des études sur la périménopause et la ménopause, mais que le problème résidait dans l'intégration subéquente des connaissances dans la pratique du corps médical.

Est-ce que vous confirmez ce fait qui nous a été transmis par les témoins précédents?

Madame Brunot, vous pouvez répondre en premier.

• (1235)

Élise Brunot: Oui, je suis de votre avis.

Il est clair qu'il manque considérablement d'études sur la santé des femmes et qu'il faut ensuite, effectivement, faire le lien. Qu'est-ce qu'on fait de ces données? Comment entreprend-on quelque chose d'aussi massif que les politiques de travail? Au-delà des politiques, il y a la vision générale du monde du travail selon laquelle les femmes, on le sait et je ne vous apprends rien, n'ont pas été incluses au même moment que les hommes, pas de manière massive, en tout cas.

Il y a aussi le fait que leurs corps ont été oubliés. Je ne voudrais pas avoir l'impression d'oublier les hommes, bien que nous soyons un organisme féministe. Je pense que les hommes en pâtissent aussi. Je tenais à le préciser. Le fait est que le corps des femmes a été oublié. Je pense que ça résonne dans chacune d'entre nous, quand on parle de grossesse, de menstruations, de ménopause et, évidemment, de toutes les difficultés qui peuvent être liées aux menstruations.

C'est une chose à laquelle on ne pense pas, en fait. Les femmes, les premières, hésitent à mettre ça en avant parce qu'elles ont peur des répercussions. C'est ça que je voudrais dire.

Je ne sais pas si je réponds exactement à votre question, mais c'est difficile d'articuler tout ça. Est-ce qu'on veut s'engager, ou pas? Quel va être le retour de bâton? On manque d'études. C'est global, en fait. C'est ça, la réalité. Et c'est pour ça que c'est très important d'en parler aujourd'hui. Il reste beaucoup à faire pour avancer sur ce sujet. C'est très important que les femmes concernées puissent s'exprimer sur ce sujet.

Andréanne Larouche: Docteure Prévost, quelle est votre opinion à cet égard?

J'aimerais aussi vous poser une autre question.

Y a-t-il des bonnes pratiques, à l'échelle internationale, desquelles on pourrait s'inspirer en matière de recherche en santé?

Anne-Patricia Prévost: Il y a effectivement de la recherche. L'évolution, on la retrouve dans tous les milieux. Il y a une évolution au sujet de la ménopause, mais aussi pour ce qui est des maladies cardiovasculaires et du diabète.

Tout à l'heure, la Dre Demers parlait de l'étude WHI, menée en 2002. Par la suite, on est passé à un traitement qu'on devait arrêter au bout de cinq ans. Plus tard, on a dit que ce n'était pas nécessaire, puisque la dose était faible.

Maintenant, on a accès à d'autres données basées sur l'âge ou la durée de la ménopause. Il faut continuer à faire de la recherche, bien évidemment, car elle fait évoluer la médecine. C'est vrai que nous changeons parfois nos pratiques, mais on le fait aussi pour plusieurs autres sujets sur lesquels on n'avait pas nécessairement fait de la recherche. Ça ne s'applique donc pas juste à la recherche sur la ménopause.

Andréanne Larouche: Madame Huntjens, qu'avez-vous à nous dire concernant cette stigmatisation à propos de la santé féminine et de la difficulté de faire des études à ce sujet? Lorsqu'on a des études, il est parfois difficile de bien les intégrer sur le terrain, c'est-à-dire dans les bureaux de médecins.

Que pourrait-on améliorer?

Que pourrait-on faire pour améliorer l'intégration de ces données?

Comment pourrait-on pallier le manque de données, le cas échéant?

[Traduction]

Evelyn Huntjens: Je suis désolée, mais mon écouteur ne fonctionne pas.

[Français]

La présidente: Madame Larouche, il reste 15 secondes à votre temps de parole.

Madame Huntjens, avez-vous entendu la question?

[Traduction]

Evelyn Huntjens: Je n'ai pas entendu la question.

[Français]

La présidente: Madame Larouche, vous avez la parole pendant 20 secondes au total.

Andréanne Larouche: Madame Huntjens, selon vous, le problème est-il le manque de données ou le manque d'intégration des données et des bonnes pratiques dans les bureaux médicaux?

Quel est le principal problème?

● (1240)

[Traduction]

Evelyn Huntjens: Si l'on considère la question du point de vue des femmes autochtones qui sont en périménopause ou en ménopause, le principal problème découle souvent d'un manque de confiance dans les systèmes de santé qui est véritablement à l'origine de ce problème. L'accès aux soins de santé est un déterminant social de la santé, et lorsque l'on l'examine...

[Français]

La présidente: Merci beaucoup, madame Huntjens.

[Traduction]

Je suis désolée, mais je dois vous interrompre.

[Français]

Madame Roberts, vous avez la parole pour cinq minutes.

[Traduction]

Anna Roberts: Merci, madame la présidente.

Je remercie également les témoins de leur présence.

J'adresse ma première question à la Dre Prévost.

Des études ont-elles été menées sur les effets indésirables liés aux interactions entre différents médicaments pris par une femme?

[Français]

Anne-Patricia Prévost: En fait, il y a des contre-indications au traitement, par exemple si on a déjà eu un cancer.

Pour ce qui est des interactions avec d'autres médicaments, on le voit surtout avec les produits naturels. On ne sait pas toujours quels sont les additifs dans ces produits. Sinon, outre l'hormonothérapie, il y a d'autres traitements pour traiter des symptômes en lien avec la ménopause. Il peut y avoir des contre-indications quant à l'usage de certains médicaments. Ce sont des choses qui sont documentées dans les lignes directrices.

[Traduction]

Anna Roberts: L'hormonothérapie améliore la qualité de vie de nombreuses femmes. Un reportage documentaire diffusé au Québec a contribué à rendre les hormones bio-identiques accessibles à toutes celles qui souhaitent en prendre.

Quelle est, à l'heure actuelle, la situation des femmes du reste du Canada à cet égard?

Docteur Prévost, le savez-vous?

[Français]

Anne-Patricia Prévost: Pouvez-vous répéter la question?

[Traduction]

Anna Roberts: Bien sûr.

L'hormonothérapie améliore la qualité de vie de nombreuses femmes. C'est ce qu'a également souligné le groupe d'experts précédent. Un reportage documentaire diffusé au Québec a contribué à rendre les hormones bio-identiques accessibles à toutes celles qui souhaitent en prendre.

Quelle est, à l'heure actuelle, la situation à cet égard dans le reste du Canada? Cet accès existe-t-il dans toutes les provinces, ou uniquement au Québec?

[Français]

Anne-Patricia Prévost: Je ne pourrais pas vous le dire. Je suis au courant de ce qui se passe au Québec, mais je ne peux pas vous dire ce qui se passe ailleurs au Canada. Je suis désolée.

[Traduction]

Anna Roberts: D'accord.

En votre qualité de médecin de famille de première ligne, constatez-vous une augmentation du nombre de femmes qui consultent des professionnels de la santé pour des symptômes liés à la ménopause? Les ressources humaines du système de santé sont-elles suffisantes pour répondre à cette demande?

[Français]

Anne-Patricia Prévost: Il y a une augmentation du nombre de consultations au sujet des symptômes liés à la ménopause. On le voit sur le terrain. Les gens se posent des questions, et ils viennent nous voir.

Pour ce qui est de savoir si l'accès est adéquat, je peux dire qu'il y a une pénurie de médecins de famille, mais on essaie vraiment d'avoir des accès privilégiés en matière de santé des femmes. Il y a des cliniques en santé des femmes. Dans nos cliniques, nous sommes accessibles. Nous avons des trajectoires cliniques. Il est donc possible pour les femmes d'avoir des consultations en lien avec leurs symptômes.

[Traduction]

Anna Roberts: En Ontario et dans ma circonscription de King—Vaughan, on entend souvent dire que les gens sont inscrits sur des listes d'attente pour trouver un médecin de famille et que nous faisons face à une pénurie de médecins de famille. D'ailleurs, l'Université York construit en ce moment une faculté précisément vouée à la formation des médecins de famille, à côté de l'hôpital Cortellucci.

Quels conseils donneriez-vous au gouvernement pour la mise en place, la promotion ou le soutien de cette pratique? Bon nombre de nos jeunes étudiants sont contraints de partir à l'étranger parce qu'il n'y a pas de place ici, au Canada, pour suivre cette formation. Quels conseils donneriez-vous au gouvernement pour faire en sorte que nous disposions d'un nombre suffisant de médecins de famille pour prendre en charge une population de plus de 40 millions de personnes?

Quelqu'un aimerait-il essayer de répondre à cette question?

[Français]

Anne-Patricia Prévost: Votre inquiétude est-elle liée au fait que les médecins sont moins bien formés en matière de ménopause?

[Traduction]

Anna Roberts: Y a-t-il une pénurie de médecins de famille? C'est la question que je me pose, car c'est ce que j'entends les gens dire.

[Français]

Anne-Patricia Prévost: Oui. Il y a un manque de médecins de famille, bien évidemment.

• (1245)

[Traduction]

Anna Roberts: D'accord.

J'ai une question à poser à Evelyn Huntjens.

Êtes-vous d'accord pour dire que nous devons aller de l'avant afin de faire en sorte que le nombre de médecins de famille soit suffisant pour répondre aux besoins de la population?

Evelyn Huntjens: Je sais qu'il y a une pénurie incroyable de médecins. Nous le constatons particulièrement au sein de la communauté des personnes handicapées et dans le cadre de notre travail

visant à faciliter l'accès à des médecins. Quand on a affaire à des problèmes qui peuvent être chroniques ou épisodiques, et quand on n'a pas...

[Français]

La présidente: Merci beaucoup. Le temps de parole est déjà écoulé.

Madame Gladu, vous avez la parole pour cinq minutes.

[Traduction]

Marilyn Gladu (Sarnia—Lambton—Bkejwanong, Lib.): Merci, madame la présidente.

Je remercie également les témoins de s'être jointes à nous aujourd'hui.

Je vais commencer par préciser que je prends la parole en ma qualité d'ingénieure chimiste ayant exercé ce métier pendant plus de 32 ans dans un milieu grandement dominé par les hommes, où il n'y avait absolument aucune possibilité de montrer la moindre faiblesse; je suis donc vraiment ravie d'entendre la discussion que nous avons aujourd'hui et de constater que nous réalisons des progrès.

Je vais commencer par interroger la Dre Prévost.

Vous avez évoqué trois aspects: le fait de mieux informer les femmes, de mieux les appuyer et de mieux les soigner. Selon vous, de quelles mesures d'adaptation aura-t-on besoin?

[Français]

Anne-Patricia Prévost: Les accommodements concernant le travail pourraient inclure les horaires, le télétravail, la température. Différents types d'accommodement, selon les symptômes vécus, pourraient faciliter les choses pour les femmes.

[Traduction]

Marilyn Gladu: C'est une excellente réponse. Je vous remercie.

Madame Huntjens, nous savons que les symptômes de la ménopause varient et qu'il y a des lacunes partout dans les services, mais les lacunes sont-elles plus importantes dans les services qui visent les personnes handicapées et les groupes marginalisés, ou est-ce qu'elles les touchent peut-être davantage?

Evelyn Huntjens: Souvent, les symptômes de la périménopause ou de la ménopause peuvent aggraver d'autres symptômes et passer inaperçus ou être ignorés; c'est pourquoi je pense qu'il est nécessaire de faire preuve d'une plus grande souplesse dans les milieux de travail en proposant des options de travail hybride, en offrant un accompagnement en matière de repos et de bien-être, en permettant la régulation de la température, en mettant en place des politiques de congés inclusives et en proposant des mesures d'adaptation sensorielle et environnementale pour le personnel.

Marilyn Gladu: Parfait. Je vous remercie.

Madame Brunot, la question suivante est une question à laquelle il est vraiment difficile de répondre. Nous avons parlé du manque de sommeil, de la fatigue, du stress chronique, de la confusion mentale... bref, de tous les problèmes qui peuvent survenir. Vous avez mentionné qu'il fallait changer de perspective.

Comment fait-on cela?

[Français]

Élise Brunot: Je ne vais pas vous mentir. Nous ne le ferons pas en deux secondes, évidemment.

Nous nous concentrons en ce moment sur ce qui fait peur, sur ce qui ne va pas, sur la faiblesse. Il faut se décaler un peu de cette perspective. À partir du moment où nous nous sentons légitimes de vivre ces changements — parce qu'ils font partie de la vie —, ça change déjà beaucoup de choses dans la manière de se voir, pour les personnes, dans la manière dont elles les ressentent.

La manière dont nous sommes éduquées, tout comme la manière dont le savoir vient à nous vont directement influencer la façon dont nous vivons les choses. Heureusement, ce sont aujourd'hui des choses qui sont documentées, beaucoup plus en matière de menstruations que sur la ménopause, d'ailleurs. Je vous prie de m'excuser, car je parle beaucoup de menstruations.

Nous savons que la manière dont nous apprenons, au sujet des menstruations, importe. Si c'est d'un point de vue positif, si nous les valorisons, le vécu des femmes sera beaucoup moins douloureux et difficile que si notre premier contact avec le sang dans notre culotte, à huit ou neuf ans, nous fait penser que nous allons mourir. Je précise que l'âge de la ménarche a tendance à reculer et que ça arrive aujourd'hui très jeune. Cette perspective touche durablement la relation que nous avons par rapport à nos menstruations. Ça paraît bête, mais c'est le cas. Aujourd'hui, c'est documenté.

J'aurais donc tendance à dire qu'il faudrait un effort collectif pour balayer les stéréotypes qui entourent la ménopause. De plus, en ce qui concerne le manque d'études, il faut aussi savoir qu'il y en a quand même quelques-unes, et qu'elles pointent aussi vers le côté positif de la ménopause. Elles parlent d'une certaine libération, d'un contrôle émotionnel, d'activités cognitives qui évoluent.

À la base, c'est vraiment une question d'éducation. Ça commence jeune, dans la perception de ce que va être notre vécu de femme dans notre corps, de ce que nous allons vivre potentiellement. Ça peut être difficile, mais ça peut être aussi une belle aventure.

Attention, je ne suis pas là pour minimiser ce qui est difficile — ça peut paraître ainsi, mais ce n'est absolument pas le cas —, mais pour rappeler qu'il y a une diversité de vécus et que nous avons vraiment à apprendre les unes des autres là-dessus.

• (1250)

[Traduction]

Marilyn Gladu: Je vous remercie.

J'ai l'impression que de nombreux témoins ont souligné la nécessité de la sensibilisation et de la formation. Je pense que le type de formation que la Dre Prévost donne aux médecins qui suivent ses cours... Si nous pouvions mettre en place quelque chose de semblable en ligne, ce serait formidable.

[Français]

La présidente: Je suis désolée, madame Gladu. Je dois vous interrompre.

[Traduction]

Marilyn Gladu: Je vous remercie.

[Français]

La présidente: Je vous remercie.

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

Andréanne Larouche: Merci, madame la présidente.

Madame Huntjens, encore une fois, je vous remercie beaucoup de vous être déplacée pour venir nous parler. Mes remerciements s'adressent aussi à mesdames Prévost et Brunot.

Comme je l'ai dit tout à l'heure, il y a un défi en matière de santé. Rappelons aussi qu'il y a des choses sur lesquelles le fédéral peut intervenir, comme la recherche et la question de l'homologation des médicaments. Il y a cependant quelque chose qui ne nous appartient pas. Je parle ici de l'application du système de santé.

Par contre, je rappellerais que, quand nous parlons du besoin en matière de médecins, ça passe aussi par le fait de donner plus de moyens au système de santé. À ce sujet, nous espérons plus de transferts en reconnaissance de tout ce que font les spécialistes du système de santé. Il faudrait donner plus d'air et d'oxygène, plus de moyens financiers au Québec et aux provinces sur ce plan.

J'aimerais revenir sur un autre aspect qui, comme je l'ai dit, est plus global, soit la question économique.

Madame Prévost, je retiens que vous avez proposé trois recommandations: mieux informer, mieux soutenir, mieux former. Au-delà de ça, parlons des effets économiques dans le milieu du travail. Madame Prévost, vous pouvez répondre d'abord, et, si Mme Brunot le veut, elle peut ajouter quelque chose.

Nous avons beaucoup parlé d'aménagement du lieu de travail, mais aussi plus globalement de congés menstruels.

Si ces congés existaient, devrions-nous penser aussi à aménager des congés précis pour celles qui ressentent des conséquences plus graves liées à la pérимénopause et à la ménopause?

Est-ce que certaines prestations de l'assurance-emploi pourraient permettre aux femmes de prendre soin d'elles, pendant un certain temps?

Par où devons-nous commencer pour les aider sur le plan économique?

Anne-Patricia Prévost: Vous l'avez dit, ça concernerait certaines femmes. Je ne serais donc vraiment pas en faveur de quelque chose d'uniforme. Il ne faut vraiment pas stigmatiser tout ça.

Je pense qu'il faut vraiment s'attarder aux incapacités que peuvent donner les symptômes et les documenter, tout comme n'importe quel autre symptôme que nous pourrions avoir.

Andréanne Larouche: Madame Brunot, voulez-vous ajouter quelque chose?

Élise Brunot: Je suis complètement d'accord avec la Dre Prévost.

Nous avons aujourd'hui un exemple très concret. Il s'agit de l'Espagne, qui a pris un peu de recul sur l'instauration d'un congé menstruel.

De notre côté, notre position est extrêmement nuancée, car il ne faut pas faire de stigmatisation. C'est en effet ça, le défi. L'idée serait que des congés pour des raisons de santé soient disponibles et que ces congés liés à la ménopause fassent partie de ce type de congé.

Nous savons que la question des congés menstruels est une question très médiatisée. C'est normal. Il est important d'avoir quand même un peu de nuances, de clairvoyance par rapport à ces questions.

Andréanne Larouche: Je sais que mon temps de parole est terminé, mais j'aimerais parler de la réforme...

La présidente: Votre temps de parole est écoulé, madame Larouche. Je suis désolée.

Madame Goodridge, vous avez la parole.

[Traduction]

Laila Goodridge: Merci, madame la présidente.

Je remercie également toutes nos témoins d'être venues aujourd'hui.

Madame Huntjens, quelques-unes de mes questions vous seront destinées.

Je me demandais quel type de savoirs traditionnels autochtones sont liés à la ménopause et à la périménopause. J'ai souvent l'impression que nous disposons de savoirs traditionnels, de plantes et de remèdes, mais qu'ils ne sont pas nécessairement intégrés à la médecine et aux croyances occidentales. Nous avons souvent beaucoup à apprendre de ces savoirs. Je sais que j'ai eu la chance de pouvoir compter sur une sage-femme autochtone pour la naissance de mes deux garçons. J'ai ainsi été en mesure de découvrir différentes herbes et d'autres choses de ce genre. Y a-t-il des milieux où l'on peut se renseigner sur la ménopause et la périménopause sous l'angle des savoirs traditionnels autochtones?

Evelyn Huntjens: Oui. L'accent est mis sur le bien-être émotionnel, spirituel et physique de la personne, dans le cadre d'une approche holistique du bien-être, au lieu de se limiter à une perspective occidentale qui considère uniquement la ménopause et la périménopause comme des problèmes de santé et qui les traite comme tels. Il existe des remèdes traditionnels qui soulagent les symptômes, mais il faut également prendre en compte le bien-être spirituel, émotionnel et mental de la personne.

• (1255)

Laila Goodridge: C'est merveilleux.

Connaissez-vous des milieux qui mènent des recherches sur la santé des femmes autochtones et sur l'intégration des savoirs traditionnels dans la prise en charge de la périménopause ou de la ménopause, au Canada ou ailleurs dans le monde?

Evelyn Huntjens: L'Australie a mené de nombreux travaux sur la ménopause et la périménopause, et elle s'est également intéressée aux populations autochtones. Des pays comme le Royaume-Uni et l'Australie ont une longueur d'avance dans certains aspects de la recherche sur la ménopause et la périménopause. Certains de ces cadres pourraient vraiment être...

Laila Goodridge: Ces cadres concernent-ils plus particulièrement les savoirs traditionnels des peuples autochtones?

Evelyn Huntjens: Je ne sais pas si des recherches sont en cours, mais je sais que certaines communautés examinent certains de leurs remèdes pour soulager les symptômes de la périménopause et de la ménopause. Ces communautés estiment qu'une communauté fonctionne en incluant tout le monde. Voilà pourquoi elles ont souvent une vision différente des handicaps. En ce qui concerne les états de santé comme la périménopause et la ménopause, ils peuvent être soignés de manière très différente en fonction des collectivités du

Canada dans lesquelles on se trouve et en fonction des remèdes locaux et de la manière dont ces collectivités soutiennent leurs membres. Il n'y a pas d'approche unique valable pour tous.

Laila Goodridge: Je ne voulais pas laisser entendre qu'il y aurait une approche unique valable pour tous. Il y a une diversité de milieux différents. Je m'estime heureuse d'être la députée de Fort McMurray—Cold Lake. Cette circonscription englobe des territoires visés par le Traité n° 6 et le Traité n° 8. Il y a des différences entre ces deux Premières Nations et la manière dont elles abordent certaines de ces questions.

J'ai été très émue d'observer l'échange d'informations entre les générations, le respect envers les aînés et le genre de discussions qui n'ont pas forcément lieu dans la société en général. Personnellement, j'ai eu la chance que des aînés autochtones me transmettent certaines de leurs façons traditionnelles de porter les bébés lorsqu'ils sont malades, ainsi que d'autres conseils de ce genre qui m'ont vraiment aidée dans mon travail et dans mon rôle de maman.

Si vous aviez l'occasion de présenter ne serait-ce que votre collectivité et certaines de ses activités, ce serait formidable pour notre comité.

Evelyn Huntjens: Je ne dispose d'aucun renseignement précis sur les traitements particuliers liés à la périménopause et à la ménopause. Je vis loin de ma Première Nation, alors je n'ai pas accès à ces soins. Souvent, lorsque les gens quittent leur communauté... Malheureusement, à cause de la colonisation, mes grands-parents ont quitté notre communauté. Je ne bénéficie donc pas de ce lien avec elle. Cependant, comme j'ai travaillé avec des communautés des Premières Nations et que j'ai été exposée à l'approche holistique qui y est adoptée, je sais que des soins y sont prodigués, et que les types de...

[Français]

La présidente: Merci beaucoup, madame Huntjens.

Il reste une intervenante, soit Mme Nathan. Elle aura la parole pour cinq minutes.

Par la suite, les membres du Comité devront rester ici pendant deux petites minutes, puisque nous avons des décisions à prendre.

Madame Nathan, vous avez la parole.

[Traduction]

Juanita Nathan: Merci, madame la présidente. Par votre intermédiaire, je vais adresser la question suivante à Mme Brunot.

Je suis tout à fait consciente que toutes les femmes ne disposent pas des mêmes moyens pour faire face à la ménopause. Une professionnelle qui bénéficie de congés de maladie payés, d'une souplesse en matière de lieux de travail et de prestations d'assurance-maladie complémentaires peut se prévaloir de choix qui ne sont tout simplement pas offerts à celles qui travaillent par quarts, cumulent plusieurs emplois ou occupent un emploi précaire. Le risque est grand que bon nombre des solutions dont nous discutons profitent aux femmes qui ont déjà accès à des services de soutien dans leurs milieux de travail, alors que celles qui subissent les plus fortes pressions économiques sont laissées pour compte.

En quoi l'expérience de la ménopause diffère-t-elle pour les femmes qui occupent des emplois à faibles revenus, des emplois précaires ou des emplois de première ligne, ou qui travaillent par quarts? Quelles mesures permettraient de faire en sorte que ces femmes ne soient pas laissées pour compte?

• (1300)

[Français]

Élise Brunot: Je vais essayer de répondre brièvement à cette question, qui est forcément très générale.

Je dirais qu'il faut écouter la parole de ces femmes. Il faut ouvrir les discussions dans les milieux de travail. De notre côté, c'est ce que nous allons toujours préconiser. Quand un milieu de travail s'intéresse à la question et que l'on communique avec nous, notre première recommandation, c'est de mettre sur pied un comité au sein du milieu de travail et de dire aux femmes que leur parole va être accueillie sans jugement.

Nous préconisons ce genre de rencontre. Nous essayons de partir de la parole des femmes concernées pour mettre en place, au sein du milieu de travail, quelque chose de cohérent avec le milieu de travail lui-même.

Il est difficile d'uniformiser les pratiques. Nous voyons que des milieux de travail mettent en place, de manière complètement individuelle et au moyen de projets pilotes, des façons de soutenir les femmes par rapport aux menstruations et à la ménopause.

En résumé, je dirais qu'il faut écouter les femmes.

[Traduction]

Juanita Nathan: Si vous pouviez élaborer des politiques à ce sujet qui s'appliqueraient à l'ensemble des emplois offerts au Canada, ou si vous pouviez légiférer en la matière, à quoi cela ressemblerait-il?

[Français]

Élise Brunot: Je ne m'attendais pas à cette question.

Je dirais qu'il faut faire passer l'éducation avant tout. J'aurais tendance à dire que, quoi qu'on décide de manière extrêmement précise pour ce qui est des lois, rien ne peut se faire sans une éducation solide qui, je le précise, concerne l'ensemble de la population.

Quand nous parlons de projet pilote pour la distribution de produits menstruels dans les écoles et dans les milieux de travail, nous répétons toujours la même chose. On peut mettre en place ce que l'on veut, si aucune sensibilisation n'est faite auprès de l'ensemble de la population pour démontrer le bien-fondé de ces mesures, pour faire entendre la parole des femmes et pour s'assurer que les personnes non concernées adhèrent à ce qui est mis en place, ça ne peut pas fonctionner.

On parle de quelque chose de tellement enraciné qu'il faut libérer la parole, faire de la sensibilisation, prendre le temps d'en discuter, se remettre en question et évaluer ce qui est mis en place. Ça aussi, c'est très important. Il ne faut pas seulement implanter quelque chose, puis dire que c'est fait. Il faut évaluer la situation régulièrement. Il faut s'ajuster, au besoin, pour s'assurer que personne n'est laissé de côté.

Si on le dit comme ça, ça semble évidemment énorme. Nous savons que cela ne se fera pas en claquant des doigts.

[Traduction]

Juanita Nathan: Je vous remercie.

Docteur Prévost, comment les déterminants sociaux de la santé au sens large influencent-ils la façon dont les femmes vivent la ménopause? Outre le secteur de la santé, dans quel autre domaine le

gouvernement devrait-il envisager de mettre en œuvre des politiques?

[Français]

Anne-Patricia Prévost: Encore là, il faudrait éviter la stigmatisation et l'uniformisation.

Personnellement, je suis tout à fait d'accord avec Mme Brunot. Il faut faire de la sensibilisation et de l'éducation. C'est d'abord vers là qu'on devrait aller, avant de tenter de légiférer ou de mettre en place des politiques. C'est ça qui va faire que nous allons changer notre approche et notre culture. Nous allons être plus sensibles. C'est vraiment cette approche qui va être gagnante.

[Traduction]

Juanita Nathan: Je vous remercie.

J'adresse ma dernière question à Mme Huntjens. Plusieurs études démographiques ont mis en évidence des lacunes importantes dans les données relatives aux populations marginalisées, ce qui rend très difficile l'élaboration de politiques et de mesures de soutien ciblées...

[Français]

La présidente: Madame Nathan, je suis désolée, mais je vais devoir vous interrompre. Le temps passe si vite.

Chères témoins, nous aurions voulu connaître votre opinion sur beaucoup de choses. Je vous ai souvent interrompues, et je vous présente mes excuses. Nous souhaitons recevoir par écrit les commentaires que vous n'avez pas pu compléter ou les informations que vous jugez pertinentes.

Mesdames les députées, je ne vous retiendrai pas longtemps. Vous savez qu'il arrive que nous recevions des mémoires confidentiels ou anonymes. Dans le cas des mémoires confidentiels, ils ne sont pas rendus publics.

Êtes-vous d'accord pour que nous les acceptions?

Des voix: D'accord.

La présidente: C'est parfait.

Dans le cas des mémoires anonymes, nous les accepterons si vous êtes d'accord, mais nous ne les publierons pas.

J'ai oublié de remercier nos témoins. Mesdames, vous avez été formidables, et je vous remercie infiniment. Le temps presse tellement. À bientôt.

En ce qui concerne le calendrier pour l'automne, nous devons le prévoir maintenant parce que nous terminons cette semaine.

Êtes-vous d'accord que nous consacrons notre première réunion de l'automne aux travaux du Comité pour déterminer quelles études nous ferons à la suite de celle sur la ménopause?

Nous pourrions ensuite donner les instructions nécessaires pour la rédaction du rapport sur l'étude portant sur les refuges, puis enchaîner avec le rapport sur les aînées — nous avons prévu deux rencontres pour étudier ensemble le rapport — et, comme troisième élément, terminer les deux rencontres manquantes pour l'étude sur la ménopause.

La première réunion sera donc consacrée aux travaux du Comité pour déterminer notre prochaine étude. Ensuite, nous nous pencherons sur le rapport sur les aînées et, pour terminer, sur l'étude portant sur la ménopause.

Madame Ménard, vous avez la parole.

• (1305)

Marie-Gabrielle Ménard: Merci, madame la présidente.

Je devrais le savoir, mais je n'ai pas le calendrier sous les yeux.

Avons-nous terminé nos rencontres avec les témoins concernant les refuges?

La présidente: Non, nous continuons l'étude sur les refuges jeudi.

Marie-Gabrielle Ménard: C'est parfait, alors nous aurons terminé en septembre.

La présidente: Oui, c'est cela.

Marie-Gabrielle Ménard: C'est parfait.

La présidente: C'est pour ça que nous serons en mesure de donner les instructions nécessaires pour la rédaction du rapport sur les refuges lors de la première rencontre.

Donc, nous déterminerons le sujet de la prochaine étude, et nous travaillerons aussi sur les consignes à donner aux analystes pour le rapport sur les refuges.

Est-ce que ça vous va?

Des voix: D'accord.

La présidente: Très bien.

Vous avez été vraiment extraordinaires, comme d'habitude.

La séance est levée.

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

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

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

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

SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

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

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